

Pedro CLARÓS BLANCH

**LAS ONGs MÉDICAS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL
UN ESTUDIO A LA LUZ DE LA FUNDACIÓN CLARÓS**

***EXPERIENCIA DE 25 AÑOS DE
COOPERACIÓN INTERNACIONAL***

*Tesis doctoral
dirigida por*

*Prof. Dra. Carmen Parra Rodríguez
Prof. Dr. Santiago Ripol Carulla*

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Derecho
Programa de doctorado en Estudio Europeo y Relación Internacional
Departamento de Derecho y Economía

2022

**A mis padres, a los que no olvidaré nunca
A mi esposa, a mis tres hijos y cuatro nietos**

**No siempre podemos hacer grandes cosas, pero sí podemos
hacer cosas pequeñas con gran amor**

(Teresa de Calcuta)

RESUMEN

Introducción

La realización de una misión humanitaria por parte de una ONGs de carácter médico comporta una actividad en la que hay muchos vacíos jurídicos y con frecuencia, estas, no cumplen con los requisitos adecuados y menos en la rendición de cuentas de las actividades realizadas. Hoy, o no hay o es escasa la obligación de reportar los resultados obtenidos al término de una *Short Term Medical Mission International*, tanto ya sea en territorio nacional o internacional.

Objetivos

El objetivo principal de esta Tesis Doctoral es poner de manifiesto la importancia de los diferentes aspectos del Derecho Internacional en el funcionamiento de una ONG de carácter médico, ligándolos con las estructuras de organización, gestión, actividades y, sobre todo, el cumplimiento de los objetivos marcados por las ONGs. Así mismo se busca hacer hincapié en la falta o vacío de normas estrictas que deben guiar los resultados alcanzados por estas instituciones. Se pretende detectar, analizar y detallar los fallos encontrados por el autor de esta Tesis Doctoral a lo largo de una experiencia de 25 años con el ejercicio de un número importante de STMMIs en un gran número de países emergentes donde se han llevado a término dichas misiones.

Resultados

Tras la exposición de todos los aspectos que se han tratado en la Tesis Doctoral se ha llegado a las conclusiones que hace falta establecer unas normas que compongan un Código de Conducta, Carta o Guía de las ONGs que regulen la actuación de las misiones humanitarias en actividades de STMMIs contemplando las reglas del Derecho Internacional. A su vez este vacío en las leyes reguladoras es el responsable de la falta de transparencia de la actuación en algunas ONGs, y solo con un control más estricto a nivel nacional e internacional se podrán disminuir los defectos de forma y actuación. Si las ONGs colaboran con los Estados se podrá conseguir que estas tengan más influencia y votos posibles delante de la OMS para incorporar los cambios oportunos. Del mismo modo, así se podría obligar a todas las instituciones a que colaboren con estas normas. Las ONGs son independientes del Estado, pero es bueno que este las escuche y ayude.

RESUM

Introducció

La realització d'una missió humanitària per part de les ONGs mèdiques comporta una activitat en la qual hi ha moltes llacunes jurídiques i, sovint, aquestes, no compleixen els requisits adequats i menys en la presentació dels resultats obtinguts en les seves activitats. Avui en dia, hi ha o té poca obligació d'informar dels resultats obtinguts al final d'una Missió Mèdica a Curt Termini Internacional, tant a nivell nacional com internacional.

Objectius

L'objectiu principal d'aquesta Tesi Doctoral és posar en relleu la importància dels diferents aspectes del Dret Internacional en el funcionament d'una ONG mèdica, aportant-los juntament amb les estructures d'organització, gestió, activitats i, sobretot, el compliment dels objectius fixats per les ONGs. També posa l'accent en la manca o el buit de normes estrictes que han de guiar els resultats obtinguts per aquestes institucions. Detectar, analitzar i detallar les fallades trobades al llarg d'una experiència de 25 anys amb l'exercici d'un nombre significatiu d'STMMIs per part de l'autor de la Tesi en un gran nombre de països emergents on s'ha completat aquestes missions.

Resultats

Després de la presentació de tots els aspectes tractats en la Tesi Doctoral, s'ha arribat a conclusions que cal establir normes que constitueixin un Codi de Conducta, Carta o Guia d'ONG que reguli les accions de missions humanitàries en les activitats de les STMMIs mitjançant la prestació del reglament del Dret Internacional.

Al seu torn, aquesta bretxa en les lleis reguladores és responsable de la manca de transparència d'actuació en algunes ONG, i només amb un control més estricte a nivell nacional i internacional es poden reduir els defectes en forma i acció.

Si les ONG col·laboren amb els Estats, es podrà aconseguir que aquestes tinguin més veus i vots possibles davant l'OMS per incorporar els canvis oportuns. Obligar totes les institucions que col·laborin amb aquestes normes.

ABSTRACT

Introduction

The performance of a humanitarian mission by a medical NGO involves an activity in which there are many legal loopholes and often they do not comply with the appropriate requirements and even less in the accountability of the activities carried out. Today, there is little or no obligation to report on the results obtained at the end of a STMMI, whether on national or international territory.

Objectives

The main objective of this Doctoral Thesis is to highlight the importance of the different aspects of International Law in the operation of a medical NGO, linking them with the organizational structures, management, activities and, above all, the fulfillment of the objectives set by the NGOs. In addition, to emphasize the lack or void of strict rules that should guide the results achieved by these institutions. To detect, analyze and detail the failures encountered during 25 years of experience with the exercise of a significant number of STMMIs conducted by the author of the Doctoral Thesis in a large number of emerging countries where these missions were completed.

Results

After the exposition of all the aspects that have been dealt with in the Doctoral Thesis, we have reached the conclusions that it is necessary to establish norms that compose a Code of Conduct, Charter or Guide for NGOs that regulate the performance of humanitarian missions in STMMIs activities, contemplating the rules of International law. In turn, this vacuum in the regulatory laws is responsible for the lack of transparency in the performance of some NGOs, and only with stricter control at the national and international level will it be possible to reduce the defects of form and performance. If the NGOs collaborate with the States, it will be possible for them to have more influence and possible votes before the WHO to incorporate the appropriate changes. In the same way, oblige all institutions to collaborate with these norms. NGOs are independent from the state, but it is good that the State listens to them and helps them, as well.

PALABRAS CLAVES:

ONG, Derecho Internacional, Código de Conducta de las STMMIs, normativas vigentes, Guía para organizar una ONG, mala praxis

PARAULES CLAU:

ONG, Dret Internacional, Codi de conducta de les STMM, normatives vigents, Guia per organitzar una ONG, malpraxis

KEYWORDS:

NGO, International Law, Conduct Code of the STMMIs, current regulations, Guide to organize an NGO, Malpraxis

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	19
I. LA FUNDACIÓN CLARÓS (FC), 25 AÑOS Y 115 MISIONES	
1- Punto de partida	33
1.1. <i>Historia y evolución de las ONGs a nivel Internacional</i>	33
1.2. <i>Historia y evolución de las ONGs en España</i>	35
2- Fundación Clarós	37
2.1. <i>Su Historia</i>	37
2.2. <i>Principios y compromisos fundamentales de la FC</i>	43
2.3. <i>Código de conducta y política de donaciones</i>	44
3- Características de las misiones realizadas por la Fundación Clarós	50
3.1. <i>Las misiones. Valores y su tipología</i>	50
3.2. <i>La compleja preparación de una misión humanitaria</i>	63
3.2.1. <i>Una cuestión previa: la obligación de evitar la enfermedad de los cooperantes</i>	63
3.2.2. <i>La coordinación con los profesionales del país de acogida para organizar una STMMI</i>	75
3.2.3. <i>Cuestiones administrativas</i>	93
3.3. <i>El capital humano</i>	96
3.3.1. <i>El personal de la misión. Los cooperantes</i>	96
3.3.2. <i>El papel de liderazgo del director de la misión</i>	99
3.4. <i>Los pacientes o el sentido de la misión</i>	105
3.4.1. <i>Selección de los pacientes</i>	106
3.4.2. <i>Los límites de la cirugía ¿Es ético realizar todo tipo de cirugías durante una STMMI?</i>	108
3.4.3. <i>¿Es oportuno realizar varias STMMIs al mismo tiempo?</i>	109
3.4.4. <i>Preparación y relatoría de los informes médicos y quirúrgicos</i>	110
3.4.5. <i>Papel del médico coordinador de las STMMIs en relación a la atención al enfermo</i>	115
II. SITUACIONES CON RELEVANCIA INTERNACIONAL EN LA PREPARACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE LAS MISIONES	
1- Situaciones de riesgo relacionadas con el país de recepción	117
1.1. <i>Corrupción en las ONGs</i>	117
1.2. <i>Inestabilidad Política en país receptor</i>	129
1.3. <i>Secuestro o tentativa de secuestro del personal de la misión</i>	133
2- Marco de relación misión / población	145

2.1. <i>Las relaciones con los medios de comunicación locales</i>	145
2.2. <i>Las leyes del país anfitrión</i>	151
2.3. <i>El respeto del cuerpo humano y las costumbres étnicas o religiosas</i>	163
2.4. <i>La misión ante el rito de la muerte</i>	165
III. SITUACIONES CON RELEVANCIA INTERNACIONAL EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES	
1- Marco de relación misión/ pacientes	171
1.1. <i>Responsabilidad Civil y Profesional del personal de las STMMIs</i>	171
1.2. <i>Supuestos de negligencia profesional y mala praxis</i>	190
1.3. <i>La dignidad y autonomía del paciente</i>	203
1.3.1. <i>Dificultades para el consentimiento informado</i>	204
1.3.2. <i>Publicación y difusión de imágenes y autorización de los pacientes</i>	215
2- La problemática de los medicamentos y fármacos en las STMMIs	221
2.1. <i>Uso legal y manejo de los fármacos en las STMMIs</i>	221
2.2. <i>Medicamentos falsificados en los países de cooperación. Los llamados medicamentos “Mickey Mouse”</i>	230
2.3. <i>El Banco Mundial de Medicamentos. Drug-Bank</i>	238
2.4. <i>Directrices de la OMS y AEMPS sobre donaciones de medicamentos a una STMMI</i>	247
2.5. <i>Financiación de los proyectos y envíos de medicamentos a través de Farmamundi</i>	248
IV. SITUACIONES CON RELEVANCIA INTERNACIONAL EN EL DESARROLLO DE LA MISIÓN	
1- Situaciones en el desarrollo de la misión	253
1.1. <i>Actitud de la FC en la repatriación de un cooperante de una STMMI</i>	253
1.2. <i>Actitud de la FC frente al abuso sexual en una ONG</i>	257
2- La misión ante la sospecha o evidencia de delitos internacionales del cuerpo humano	261
2.1. <i>Actos de tortura</i>	262
2.2. <i>Mutilación genital femenina</i>	268
2.3. <i>Tráfico de órganos</i>	277
2.4. <i>Racismo o xenofobia</i>	281
2.5. <i>Signos de canibalismo en una STMMI. Mordeduras humanas</i>	285

CONCLUSIONES	291
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	311
ANEXOS	335

SUMARIO DE TABLAS

- Tabla.I. Cuadro resumen de 115 misiones de la FC 1992-2020
- Tabla.II. Plan de necesidades de FC en una STMMI
- Tabla.III. Distribución de las misiones realizadas por la FC en el mundo
- Tabla.IV. Programa quirúrgico de las STMMIs de la FC
- Tabla.V. Gráfica que especifica los idiomas utilizados en las misiones de la FC
- Tabla.VI. Diferentes tipos de adquisición de medicamentos y recursos de cooperación sus ventajas e inconvenientes
- Tabla.VII. Medicamentos falsificados analizados por el Centro Nacional del Control de Calidad, por año y tipo de falsificación. Perú 2005-2008
- Tabla.VIII. Lesiones de mordedura, por sexo, sobre 51 pacientes tratados por FC
- Tabla.IX. Tiempo entre la aparición de la lesión y acudir a un hospital
- Tabla.X. Funciones que pueden hacer las Embajadas y Consulados
- Tabla.XI. Funciones que no puede hacer las Embajadas y Consulados

SUMARIO DE FIGURAS

- Fig.1. Modelo de un Certificado de Donación de la FC a persona física
- Fig.2. Modelo de certificado de donación de la FC de empresa
- Fig.3. Avión medicalizado del RACC como medio de transporte para repatriar a un cooperante enfermo acontecido en el transcurso de una STMMI
- Fig.4. Evacuación de un miembro de la FC por enfermedad
- Fig.5. Traslado de un miembro de la FC por avión medicalizado por enfermedad en una misión en Cabo Verde, abril 2017.
- Fig.6. Kit de diagnóstico rápido de VIH y sus instrucciones.
- Fig.7. Esquema de la organización de una STMMI en un país emergente.
- Fig.8. La Primera Dama de Congo, Mme. Marie Olive Kabila recibiendo a los componentes de la FC junto a los miembros del Staff. Hospital de Kinshasa en 2014.
- Fig.9. Recepción en el Palacio Presidencial de Dakar, (Senegal) con Mme. Viviane Wade, la Primera Dama de Senegal.
- Fig.10. Mme. Viviane Wade, la Primera Dama de Senegal, con el autor de la Tesis en el Palacio Presidencial de Senegal y viajando en avión al interior de Senegal. 2011.
- Fig.11. Avión del Gobierno de la República de Senegal que transportó a los miembros de la FC a Kédougou, ciudad en la región sureste de Senegal,

cerca de la frontera con Mali y Guinea. La STMMI se realizó en el Hospital de Ninefecha, en la provincia de Tambacounda.

- Fig.12. Salas de espera improvisadas en los patios de la Fundación Amissa Bongo Ondimba (FAABO) en Libreville, Gabón 2012.
- Fig.13. Anuncio de la existencia de una misión humanitaria conjunta.
- Fig.14. Los pacientes esperando en las puertas de la “*Foundation Albertina Amissa Bongo Ondimba*”, en Libreville, Gabón en 2012, donde la FC realizó una de sus misiones humanitarias conjunta con la FB. Abril 2011.
- Fig.15. Dispensario del Hospital Dantec. Dakar 2008.
- Fig.16. Equipamiento y quirófano Hospital Dantec Dakar, Senegal 2008.
- Fig.17. Depósito de fungibles escondido en algún lugar del Hospital a recaudo de los supervisores.
- Fig.18. Valoración de los recursos médicos de quirófano en los hospitales receptores, a la llegada de la FC, por un miembro de nuestra organización.
- Fig.19. Modelo de Carta que la FC manda siempre a las instituciones receptoras de la FC para dejar claro sus necesidades, lo consideramos básico para seguir con la negociación de la STMMI.
- Fig.20. Planos de la distribución del quirófano según las necesidades de la FC en una STMMI.
- Fig.21. Dibujos de los planos de las necesidades de la FC en el bloque quirúrgico.
- Fig.22. Disposición de los quirófanos dobles que la FC organizó en una de las misiones en Libreville, Gabón en 2016, en la *Foundation Amissa Bongo*.
- Fig.23. Lámina descriptiva de la selección de patologías y su terminología clínica, para facilitar el reconocimiento y la selección de los pacientes para la STMMI de la FC.
- Fig.24. Estado en que nos encontrábamos, habitualmente, en uno de los quirófanos en el Hospital de Serrekunda, Banjul, (Gambia), por la mañana tras una noche de urgencias de ginecología, en 2018.
- Fig.25. Pólizas de seguro personal y profesional de RC, que se detallan en el capítulo correspondiente.
- Fig.26. Facturas del equipo de la FC correspondiente a la estancia en *Green Hills Hotel*, en la ciudad de Nyeri, Kenia. 2014.
- Fig.27. Pase de visita y selección de pacientes en el Hospital de Buyumbura, Burundi en 2020.
- Fig.28. Control meticuloso de la FC en la selección de los pacientes.

- Fig.29. Casos muy complicados de malformaciones faciales que son de muy difícil y complejo tratamiento, por lo que hay que evitar que los médicos jóvenes y sin experiencia quieran operarlos.
- Fig.30. Anuncio de una misión doble de Otorrinolaringología y Oftalmología en Gabón.
- Fig.31. Descripción quirúrgica en una STMMI
- Fig.32. Relatorio de una intervención quirúrgica de STMMI de la FC.
- Fig.33. Yekatit 12 Hospital. Addis Ababa (Ethiopia). 2008.
- Fig.34. Email del día 10 de julio de 2014 de la misión en Ghana.
- Fig.35. Copia del email recibido del *Manna Hospital* donde se excusan de no poder aportar pacientes si no se les proporciona medios económicos.
- Fig.36. Copia del email de *Equatorial Coca-Cola Bottling Company* a la FC notificando la extorsión a la que está sometida para continuar con la STMMI.
- Fig.37. Copia del email que se remitió a todos los miembros de la FC y los responsables de Coca Cola por parte del director de FC notificando la cancelación de la STMMI en Accra, Ghana.
- Fig.38. Email de la Fundación AMREF que comunica que el CCBT Hospital pide una cantidad de 500€ para seleccionar pacientes para operar por la FC.
- Fig.39. Modelo de carta remitida a la Embajada de España en Gabón para informar del lugar de destino de la próxima STMMI de la FC.
- Fig.40. Modelo de carta remitida a la Embajada de España en Kenia informando de la próxima STMMI de la FC en 2014.
- Fig.41. Anuncios publicitarios en las puertas del Hospital en Serrekunda, Gambia.
- Fig.42. Periódico *Gabón Matin* del 19 de abril de 2011, donde se anuncia la presencia de las Misiones humanitarias de Fundación Barraquer y Fundación Clarós de España, convocando a los interesados de Libreville a ser atendidos gratuitamente en la sede de la *Foundation Amissa Bongo Ondimba*.
- Fig.43. Periódico *Gabón Matin* del 19 de abril de 2011, continuación de los anuncios de la presencia de equipos Españoles (FB y FC), convocando a los interesados de Libreville a ser atendidos gratuitamente en la sede de la *Foundation Amissa Bongo Ondimba*.
- Fig.44. Publicidad de la FC en Gambia en 2015, en una colaboración con la compañía *White Star*, filial de Gallina Blanca, que se realizó en Serrekunda Hospital.
- Fig.45. Traducción jurada del título de médico especialista para ejercer
- Fig.46. Dorso del Documento Notarial de la legitimación de un título oficial de
- Fig.47. Acta notarial de legitimación del título de médico para ejercer en STMMI en Rumania.
- Fig.48. *Good Standing Certificate*. Colegio de Médicos de Barcelona.

- Fig.49. Certificado de *Good Standing* del Colegio de Médicos de Barcelona.
- Fig.50. Documento de validez temporal de la Cobertura de la Responsabilidad Civil Profesional en Rumania
- Fig.51. *Application for Temporary Licence for Foreign Doctors*. Anverso
- Fig.52. *Application for Temporary Licence for Foreign Doctors*. Reverso.
- Fig.53. Application for Temporary Licence for Nurses.
- Fig.54. Certificado de Temporary Licence for Doctors. *Sudan Medical Council*.
- Fig.55. Varón con tumor de parótida gigante que falleció durante la intervención quirúrgica programada para su extirpación, por negligencia del equipo local de anestesia que no tuvo medios para su monitorización durante el acto quirúrgico.
- Fig.56. Modelo de Póliza de Responsabilidad Civil para viajar y ejercer la profesión en un país fuera de la UE.
- Fig.57. Modelo de Póliza de Responsabilidad Civil en inglés para viajar y ejercer la profesión en un país fuera de España.
- Fig.58. Recién nacido de 3 semanas con malformación facial de labio leporino y escaso peso que no fue aceptado para operar por representar un riesgo excesivo en la STMMI de la FC en el Hospital Universitario de Buyumbura, Burundi, en enero de 2020.
- Fig.59. Una de nuestras anestesistas preparando los fármacos aportados por la FC en una misión en Burundi 2019, *Centre Medico Chirurgical De Kinindo*, Buyumbura.
- Fig.60. Estado en que se encuentran algunos de los fármacos anestésicos en el Hospital de Serrekunda, Banjul, Gambia 2017.
- Fig.61. La docencia y el intercambio de conocimientos entre los componentes de una STMMI en Buyumbura 2020 (Burundi) y los médicos, en este caso, anestesistas es muy importante para ambas partes.
- Fig.62. Disposición de nuestro material anestésico en el quirófano durante una reciente STMMI de la FC (Burundi 2020). Todo él estéril y en perfecto estado, como se utiliza en nuestro propio centro en Barcelona.
- Fig.63. Caso de una cesárea realizada en Ninefecha, región de Kédougou en el estado de Tambacounda, en 2010, (Senegal Este) por un cirujano de cabeza y cuello de la FC en ausencia de un médico obstetra. Era la única opción posible.
- Fig.64. Ejemplo de un caso clínico de una paciente intervenida de un tumor benigno de la parótida izquierda (Adenoma Pleomorfo) por un cooperante joven de una

ONG extranjera, sin experiencia, que visitó antes de la llegada de la FC al mismo enclave geográfico que le produjo una parálisis facial permanente.

- Fig.65. Modelo de consentimiento informado de la FC para las STMMIs.
- Fig.66. Modelo de consentimiento informado de la FC en inglés para las STMMIs.
- Fig.67. Documento de autorización de fotografías de FC para las STMMIs en inglés.
- Fig.68. Falsificaciones de los medicamentos, sus efectos y el lugar donde se han producido.
- Fig.69. Adquisición de medicamentos en el mundo. Solo el 14% de la población mundial consume el 80% de los medicamentos que se hallan en el mercado. Informe sobre "Medicamentos y Desarrollo". Se presentó en el 40 aniversario de Medicus Mundi.
- Fig.70. Aspecto físico de un medicamento falso y otro auténtico donde es muy difícil detectar su identificación.
- Fig.71. Puntos de venta de "Farmacias Ambulantes o Volantes" en los mercados de África.
- Fig.72. *Rutas de los medicamentos falsos*. A-Fabricación de Origen en Asia (China e India). B- Entrada de los medicamentos en el continente africano a través de Togo. C- Extensión rápida por África en los países próximos.
- Fig.73. Sistema de un código rascable que permite detectar los medicamentos falsos.
- Fig.74. Uso de vendas en pacientes intervenidos de uso veterinario (caballos de carreras) para pacientes en Etiopía en 2011, procedentes de una donación de una Fundación Americana.
- Fig.75. Mapa de la distribución de la MGF en el mundo en 2017, según la Fundación Wassu-UAB.
- Fig.76. Mapa de distribución de la MGF en África. Basado en datos de UNICEF por la Fundación Wassu-UAB 2020.
- Fig.77. Mapa de la distribución de la MGF en España, por comunidades autónomas. (2016). Según la Fundación Wassu-UAB.
- Fig.78. Lesiones del pabellón por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.
- Fig.79. Lesiones de la nariz por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.
- Fig.80. Lesiones del labio por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.
- Fig.81. Lesiones del párpado por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.

INTRODUCCIÓN

Las ONGs de carácter médico tienen un papel muy representativo en la gestión de la sanidad en países con déficit de ella. Su papel asistencial dirigido a una población muy amplia, le autoriza a posicionarse como un medio sustitutivo en muchos países carentes de la infraestructura sanitaria necesaria. Su naturaleza de carácter *no lucrativo*, le hace poseer unas características singulares que atrae a una ciudadanía generosa que, con cierta facilidad, está dispuesta a prestar ayuda económica e identificarse con una causa muy noble.

Las aportaciones de capital, ya sea privado o público, permite que se establezca una estrategia de actuación profesional para poder alcanzar esta finalidad. Por ello hay que ser muy transparente en las aportaciones para que no se recele de su actuación. El que no se hagan bien las cosas conduce a que se tengan dudas en torno a su forma de colaboración. Muchos de ellos conocen ejemplos de otras entidades donde la falta de rigor ha hecho que se lapide el tiempo y el dinero. Desde esta óptica, es fundamental demostrar a los cuatro vientos que el modo de operar de estas instituciones es intachable para dar confianza a los grupos de apoyo y al público en general, que desea hacerlo. Esto impediría que las noticias que aparecen frecuentemente en los sistemas de difusión de prensa, poniendo en alerta a la población de evitar realizar donaciones a entidades con una mala gestión de los fondos confiados a los proyectos benéficos.

La presente investigación aborda en sus diferentes bloques de estudio la experiencia de una Fundación humanitaria de carácter médico (FC) que ha podido realizar muchas misiones en diversos lugares necesitados del planeta. Durante ellas se han detectado muchas irregularidades por parte de otras Fundaciones, tanto médicas como administrativas, y muy especialmente un vacío de aspectos tan importantes, como el protocolo, las normas del Derecho Internacional (DI) y las responsabilidades del seguimiento de los resultados a las instituciones de carácter nacional e internacional. Es cierto, y es un gran alivio, pensar que no todas las ONGs incumplen estos criterios de calidad en los resultados obtenidos.

Justificación del estudio

Cuando en 1992 iniciamos la trayectoria de cumplir con nuestros ideales humanitarios de la Fundación Clarós descubrimos el interés y beneficios que podríamos aportar con nuestra ayuda inicialmente en ciertos países emergentes como India, Rumanía, Moldavia (Europa del Este) y luego otros muchos en África.

Con el paso de los años pudimos observar una mejora muy importante en las normativas y formas de conducir una misión humanitaria a través de lo que llamamos las Misiones Humanitarias Internacionales de corta duración (STMMI) en países necesitados con actuaciones de cooperación internacional.

Los errores que en aquellos momentos iniciales pudimos hacer durante la realización de las primeras misiones fueron, básicamente, por ignorancia de las normas internacionales o, incluso, por la experiencia limitada de nuestras primeras actividades humanitarias, que se fueron corrigiendo a lo largo de los años gracias a una preparación más exquisita y detallada de las misiones con el aprendizaje de nuestros propios errores cometidos, y así, lograr unos resultados mejores en nuestros objetivos.

Por todo ello, al llevar más de 115 misiones (STMMIs) en muchos países, diferentes todos ellos entre sí, nos ha tentado escribir una Tesis Doctoral en la que se detallen todos los aspectos legales y organizativos que podrían ayudar a las nuevas ONGs de nuestro país de reciente o futura creación y sobre todo ver la evolución positiva de lo ocurrido en los últimos años con la nuestra.

Entendemos que para escribir una Tesis Doctoral hay que tener básicamente tres cosas “algo que contar, mucho que investigar y un legado que dejar”, que será útil para los que quieran seguir, en un futuro, este mismo camino. Pensamos que en este caso con nuestra experiencia, observaciones y conclusiones se cumplen estos tres puntos mencionados. Así mismo analizaremos las irregularidades que hemos podido conocer y vivir durante estos 25 años en que se han realizado actividades de ayuda internacional.

Sorprendentemente aún falta mucho camino que recorrer para que las Fundaciones, ONGs y otras entidades similares puedan ser consideradas como de una actuación exquisita y estar exentas de errores éticos, morales, profesionales o simplemente humanos. No obstante las misiones periódicas que hemos realizado durante el transcurso de todos estos años nos han demostrado que hemos avanzado mucho en todos los aspectos, desde los puramente técnicos a los que podríamos calificar como morales, sociales e incluso de seguridad para todos los cooperantes que la forman.

También hemos sido testigos, en primera persona, de las irregularidades que se producen, con frecuencia, por otras ONGs médicas o de Desarrollo que han actuado previamente en nuestros lugares en el transcurso de una STMMI. Es evidente que al ser unos actores que vienen a suplir una carencia de asistencia médica, de *supuesta buena voluntad*, no se les exija todas las responsabilidades que se debería por ley. Sin embargo, se debe evitar, que existan fallos y una mala praxis que puedan afectar a todos aquellos que reciben el trato de la asistencia sanitaria.

En los capítulos que vendrán a continuación, detallaremos todo lo referente a estos contenidos, muy necesarios, para la realización de una STMMI en sus mejores condiciones, el fruto de las lecciones aprendidas en cada una de ellas. Con los objetivos que se proponen en la Tesis, deseamos que sirvan para mejorar la actuación profesional de las nuevas ONGs con mentalidad abierta, rentabilizando mejor sus recursos, su imagen y sus resultados. La gestión adecuada y transparente de los recursos, servirá para obtener mejores resultados y será siempre beneficiosa para la imagen de la propia ONG y la de las demás. Escenario que hace buena falta lograr para corregir aquellos conceptos que se pueden haber creado como consecuencia de las actuaciones carentes de ética y de responsabilidad.

La transparencia de una ONG o Fundación es su parte más noble que tiene y debe existir que esté en todas las actividades que haga o quiera hacer. Su cumplimiento será fundamental, no solo para ella sino que, además, afectará, de un modo u otro, en la valoración de todas las demás. *El fallo de una puede hacer mal pensar a las demás.*

Estado actual del tema "Status questionis"

El crecimiento y el modo de evolución en las ONGs han sido desiguales en muchos lugares, especialmente en España si lo comparamos con los países occidentales. Es un hecho comprobado que las características políticas y sociales que se han dado en nuestro país, así como los hechos históricos ocurridos durante el siglo XX conllevaron a que se produjese un verdadero retraso de la llegada del movimiento social. No hay que olvidar que en España se han dado unas circunstancias muy especiales que son las de *"ser receptores de ayuda"* a *"emisores de recursos para la ayuda a otros países más desfavorecidos"*, y todo ello en un corto periodo de tiempo.

Las ONGs de carácter médico tienen hoy una innegable relevancia en la Cooperación Internacional y en la Ayuda Humanitaria. Siempre ha habido buenas relaciones entre personas, organizaciones o grupos privados para paliar las dolencias o carencias de los países en guerra o con conflictos, pero fue al terminar la Segunda Guerra Mundial

cuando estos grupos no Gubernamentales adquirieron una entidad y presencia, que van en aumento, en las Relaciones Internacionales. Las ONGs no se hallan incluidas en la *Carta de las Naciones Unidas* aunque después hayan desempeñado, en algunos casos, un papel importante, para bien o para mal. De hecho, previamente a la existencia de las Naciones Unidas ya había muchas ONGs, y la Cruz Roja es un ejemplo, entre otros, pero también el CICR.

Hay establecidas unas Obligaciones Generales y Especiales frente al personal de las Organizaciones Humanitarias como las ONGs, contempladas en los Convenios de Ginebra y sus protocolos adicionales, que deben cumplirse por todo y cada uno del personal que compone una ONG de carácter médico. Está claro que la Ayuda Humanitaria (AH) en el mundo actual debe ser planificada, organizada y realizada de manera profesional y por actores profesionales expertos para garantizar los beneficios que de esta ayuda se deriva a la población de los países carentes de una sanidad, ya sean países emergentes o en desarrollo. No obstante, no es sencillo decir que todas las ONGs de carácter médico cumplen con todas estas normas mínimamente exigibles.

La duda sobre la suficiente responsabilidad de los que participan o dirigen las unidades de Ayuda Humanitaria, y la constatación de muchas conductas impropias o inadecuadas en este marco, nos conduce a proponer una revisión de los diferentes comportamientos de las entidades que se dedican, de forma espontánea, a estas actividades. Debido a la experiencia adquirida durante años en la Cooperación Internacional podemos mencionar, las diferentes irregularidades vividas y los efectos catastróficos que se han realizado por algunas entidades llamadas humanitarias, que en realidad no son más que instituciones de "*Turismo-médico-quirúrgico*".

Esta revisión de los conceptos más importantes que deben seguir las ONGs, tanto en su gestión como en su estructura de funcionamiento, nos ha llevado a establecer una disciplina de actuación revisando las estructuras existentes y dejando un modelo de mejora en su actuación.

Objetivos de la investigación

Siguiendo una de las líneas del equipo de investigación en el departamento de Doctorado en Derecho y Economía de la Universidad Abat Oliba queremos contribuir a incluir el tema de nuestra Tesis Doctoral titulada “*Las ONGs Médicas en el Ámbito Internacional. Un Estudio a la Luz de la Fundación Clarós*” que refleja la experiencia de Fundación Clarós (FC) con 25 años en Cooperación Internacional haciendo y aportando datos vividos y documentados convenientemente por personas que lo han experimentado en primera persona en múltiples ocasiones y circunstancias y que pueden dar su testimonio.

El material para la elaboración de la Tesis está suministrado por los documentos que adjunta el doctorando y que están basados en la realización de 115 misiones humanitarias en países de Asia, América, África y Europa del Este. El Interés que suscita este tema está en el hecho de que, actualmente, hay una falta de ética generalizada en muchas ONGs de índole médico que eluden la importancia que tiene el hecho de cumplir las normas del DI y la ética en sus actividades. Algunas veces, esta falta de rigor en cumplir con el DI, llevan a *incidentes internacionales* que podrían ser evitados claramente, si se hubieran seguido sus indicaciones.

La acción de las ONGs es fundamental para cubrir, en general, la ausencia de unos medios de ayuda cultural, social, de proyección, económica, humanitarias, etc., pero mucho más las ONGs de tipo médico que acercan, a los pueblos necesitados o países emergentes, unas posibilidades de solución o Ayuda Humanitaria, que el propio país no puede cubrir para sus nacionales. Es cierto que muchos de los países emergentes se han convertido en grandes receptores de una ayuda humanitaria muy extensa que, incluso, llega a hacer las funciones de una sanidad cubierta por voluntarios extranjeros.

El objetivo principal de esta Tesis Doctoral es poner de manifiesto la importancia que tienen los diferentes aspectos del Derecho Internacional en el funcionamiento de una ONG de carácter médico, ligándolos con las estructuras de organización, gestión, actividades y, sobre todo, el cumplimiento de los objetivos marcados por las ONGs. Así mismo hacer hincapié en la falta o vacío de normas estrictas que deben guiar los resultados alcanzados por estas instituciones.

Los objetivos específicos planteados en la Tesis Doctoral son los siguientes:

Se pretende demostrar la gran implicación del Derecho Internacional (DI) en la actividad diaria y extraordinaria de una ONG de carácter médico humanitario (en adelante ONGm), por ello cabe considerar los puntos siguientes:

1. Importancia que tiene el DI en una ONGm.
2. Creación, organización y funcionamiento de una ONGm con destino en un país receptor de las STMMIs.
3. Colaboración entre las ONGs y el Estado.
4. Responsabilidades civil, jurídica y deontológica de una ONGm.
5. La ONGm y los derechos de los pacientes: Respeto al paciente
6. Actitud y conducta de una ONGm en las diferentes instituciones.
7. Obligaciones de las ONGm con el Ministerio de Asuntos Exteriores.
8. Las ONGm y su respeto por las instituciones diplomáticas y consulares.
9. Las Relaciones inter-ONGsm de los mismos o diferentes países.
10. Valoración de los resultados finales de una misión de una ONGm.
11. Relación coste eficacia en una ONGm.
12. Descripción de las faltas comúnmente cometidas por una ONGm.
13. Memoria anual y cumplimiento con las normas administrativas.
14. Balance de los beneficios e inconvenientes.

El objetivo principal es demostrar la ausencia de control que tienen las ONGs que realizan STMMI en países receptores en las que no está estipulada la necesidad de rendir cuentas o pasar informes a los órganos gubernamentales correspondientes.

Identificar los problemas que se han detectado después de veinticinco años de experiencia en muchos países en los que hemos practicado STMMIs y además observando los fallos que han cometido otras ONGs que han concurrido en el tiempo de forma pre o post a nuestras misiones.

A la luz de nuestra experiencia, obtenida en las variadas misiones realizadas, nunca hemos tenido la obligación de dar ni aportar balance de las actividades que hemos realizado en los diferentes lugares a los que FC ha colaborado con sus cooperantes. Esto no quiere decir que no hayamos intentado realizar nuestras actividades con los criterios éticos morales y profesionales más adecuados, y esforzarnos en cumplir los principios más estrictos que nos han parecido más adecuados. Tampoco estaba descrito a quién había que reportar nuestras actividades realizadas en las misiones en nuestra larga lista de colaboraciones internacionales.

Teniendo en cuenta los detalles de nuestra experiencia, intuimos que” hay una falta de normativas detalladas en un Código, Carta o lista de Normas por las que las ONGs puedan guiarse”. Ni tan siquiera existe la necesidad de preparar documentación antes y después de la misión, como sería lo lógico. Es cierto que muchas organizaciones

presentan el balance económico anual en forma de una memoria al patronato que les financia, más como una forma de seguir gozando de los beneficios económicos que como un medio de demostrar el trabajo bien hecho realizado por ellas. Es un hecho que muchas veces la descripción de las actividades realizadas son más impactantes o ficticias que verdaderas.

Nos consta que se realizan muchas actividades por instituciones, consideradas como filantrópicas, que podrían ser consideradas como *delitos*, si no fuera porque se supone que actúan de buena voluntad y que por lo tanto, no se pueden inculpar de una forma indiscriminada. No obstante, una legislación más adecuada y estricta podría evitar que se exageraran estas actividades que no son todo lo transparentes que deberían ser.

Hay una dificultad añadida a las ONGs de carácter médico que se realiza a muchos kilómetros de distancia del lugar donde se programa y difunde la misión que es el análisis de la calidad respecto a sus actuaciones y el balance en la fase final de sus resultados. No siempre los resultados obtenidos son los adecuados y por ello no se les da publicidad de lo que verdaderamente ha ocurrido. Esto nos debería hacer reflexionar sobre el hecho de que sobre el papel, “muchos proyectos de ONGs médicas son excelentes, representando una mejora en las calidades sociales y de vida antes de su realización, pero “en realidad no es así”. Es más, con suerte podríamos constatar que el resultado ha sido muy mediocre, y en otros, realmente malo. Por todo lo dicho podemos matizar que *“no existe, o al menos, no hemos podido encontrar un sistema de gestión pública que gestione y compruebe la calidad de la actuación de las ONGs sanitarias que tienen su propio programa de trabajo”*.

Pensamos que con el estudio que ha realizado esta Tesis se consiga llamar la atención a los organismos oficiales adecuados para establecer un programa de supervisión de los medios y sistemas de gestión, pautas para su aplicación y, por último, llegar a un control de los resultados obtenidos.

Todas estas propuestas que hacemos a lo largo de este estudio, si se aceptan como beneficiosas, podrían ser transmitidas y aplicadas en los organismos públicos adecuados para que se integrasen en los mecanismos de la OMS, y que, de este modo, sea un órgano internacional el que constate estas irregularidades, y si el resultado es bueno, dar a conocer los efectos positivos de aquellas ONGs que cumplen con todos y cada uno de los objetivos mencionados.

Hipótesis General de trabajo

Las actividades y el buen funcionamiento de una ONG médica vienen condicionados al estricto seguimiento de las normas del DI que regulan su actuación humanitaria, pero no siempre este límite está bien definido y hay algunos vacíos legales que pueden traer consigo una clara falta de ética a la hora de analizar su actuación. Algunas que nos podríamos cuestionar y por supuesto saber contestar podrían ser las siguientes:

- La asunción de las normas humanitarias de DI por parte de las ONGs médicas que puedan redundar en un mejor funcionamiento de su actividad sanitaria.
- Las STMMIs aportan, en general a un país emergente, carente de una sanidad completa, una ayuda que, aunque no es suficiente para todos los ciudadanos, tampoco debe sustituir totalmente la asistencia médica de un país en desarrollo. Sin embargo, cuando esta ayuda está bien organizada da mucha colaboración y servicio.
- Los países emergentes deben confiar en que las ONGs de carácter médico ayuden a solucionar los problemas sanitarios existentes.
- Es un hecho de que existe corrupción y mal uso de las funciones de algunas ONGs médicas, aunque, afortunadamente, esto no se da en todas ellas. De ahí la importancia de describir lo que hemos vivido y visto a lo largo de nuestra experiencia.
- No todas las ONGs médicas son suficientemente eficaces y, algunas de ellas, deberían de dejar de participar en el campo de la ayuda médica humanitaria por sus efectos negativos sobre las poblaciones en las que actúan.
- Las ONGs médicas que regularmente prestan sus servicios en países necesitados no son suficientes, y no pueden dar solución a todos los problemas que tiene la población marginada de estos lugares. Sin embargo, cuando colaboran con los medios locales, como, por ejemplo, con las diferentes Iglesias o confesiones, pueden llegar a hacer una función muy superior.

Metodología empleada y Fuentes utilizadas

La metodología aplicada en esta investigación ha estado realizada según las necesidades que han surgido a lo largo del estudio efectuado, consultando las fuentes documentales más adecuadas, tanto en el marco teórico como en los demás apartados con el fin de hallar datos más propicios para nuestro trabajo académico.

Se han aplicado las normas existentes a nuestro alcance del DI, y cómo se deben aplicar. Hemos procedido a analizar a otras entidades no gubernamentales valorando su trayectoria y observando su conducta de actuación.

Nos ha servido de gran ayuda ver la experiencia y actuación de organizaciones con gran experiencia tales como Cruz Roja (que es diferente del Comité Internacional de la Cruz Roja, CIRC, aunque están muy relacionadas), *Médicos Mundi*, *Save the Children*, *Medecins sans Frontières* u otras Fundaciones amigas, y de nuestra misma localidad con las que hemos viajado conjuntamente en muchas ocasiones (Fundación Barraquer o *Ulls del Món*), con la que hemos aprendido mucho de su experiencia y actuación. Se han analizado, además, todos los documentos que durante años se han logrado reunir en FC como fruto de su experiencia.

Para poder evaluar y tener conocimiento de las funciones que realizan las ONGs médicas tenemos que averiguar e investigar algunos aspectos que son fundamentales para nuestro conocimiento.

Es fácil que algunas ONGs humanitarias no cumplan las normas y los deberes marcados que correspondan, omitiendo su cumplimiento parcial o totalmente. Es muy difícil poder analizar la conducta de muchas fundaciones u ONGs que a simple vista, podrían haber cometido fraude o estafa en sus actividades.

La transparencia de todas las ONGs no es siempre la correcta, por ello la investigación y realización de un protocolo a seguir puede conducir a la detección y corrección de ciertas anomalías de su forma de actuar. Para este objetivo vamos a desarrollar un sistema, que creemos adecuado, copiado de las ONGs humanitarias que conocemos mejor.

La administración y destino en los recursos económicos de una ONG médica debe ceñirse en todos sus aspectos y momentos a las normas legales cumpliendo con igual rigor con ciertos elementos de eficacia.

La actuación de la ética de una ONG médica es aún mucho más complicada que las demás ONGs. Por este motivo, el Presidente y los componentes de la junta de gobierno miembros de la Fundación, y muy especialmente el *leader* encargado de la ONG, tienen que velar por su integridad en todos los detalles. Los gastos e ingresos deberán justificarse en todos ellos hasta el último euro, así como su destino final. La repercusión de los ingresos iniciales y su acción en beneficio final del destinatario es lo importante. La relación coste-beneficio debe ser el objetivo óptimo alcanzado por la ONG.

Hemos podido comprobar en algunas Fundaciones nacionales (españolas), algunos aspectos oscuros de la contabilidad, destinando partidas importantes bajo el concepto de “gastos varios” y otras como “varios gastos”. Todo ello con el comprobante de un censor de cuentas que informa como aceptado.

Estructura del trabajo

La investigación actual se ha realizado contando con la experiencia de una Fundación humanitaria (FC) que tiene 25 años de experiencia, lo que nos ha dado pie a plantear la realización de esta Tesis Doctoral, teniendo en cuenta que se basa en experiencias personales y, de un cierto modo, muy útiles para ser transmitidas en forma de estudio.

Tras una breve introducción general en la que se abordan los conceptos de la motivación, estado de la cuestión, objetivos, hipótesis, se pasa a la metodología y fuentes utilizadas, así como a identificar la planificación de la Tesis Doctoral. El cuerpo de la misma está dividido en cinco capítulos. Cada uno de ellos tiene su propia personalidad y es fundamental para entender la filosofía del Doctorando en materia de Cooperación Internacional.

Capítulo I: Dividido en tres partes. En la primera se hace un resumen de la historia y desarrollo de las ONGs a nivel Internacional y en España. En la segunda se aborda la propia Fundación Clarós con detalles de su historia, compromisos fundamentales y su código de conducta y de donaciones. En la tercera se detallan las características de FC tanto del punto de vista organizativo, administrativo y del valor y potencial humano.

Capítulo II: Aquí también se desarrollan dos subcapítulos diferentes. El primero, revisa las situaciones de riesgo relacionadas con el país de recepción y, el segundo, las que acontecen en el marco de relación misión/ población.

Capítulo III: con dos subcapítulos. En el primero, se describen las que ocurren en el marco de relación misión/pacientes y, en el segundo, se explica la problemática que representan los fármacos en relación a las irregularidades y suministros en los países emergentes.

Capítulo IV: que lo constituyen dos subcapítulos diferentes. El primero, sobre los sucesos acontecidos en el desarrollo de la misión y el segundo, sobre la misión ante la comisión de delitos internacionales, tales como la tortura, mutilación femenina, tráfico de órganos, racismo o canibalismo.

Por último se termina este estudio con las pertinentes conclusiones: Estableceremos los datos más relevantes, y añadiremos unas consideraciones finales que podrían revolucionar el futuro de la actuación de las ONGs de carácter médico, al ayudarles a ser más transparentes.

Bibliografía. Se compone de una lista de autores, así como otras fuentes utilizadas en nuestra investigación.

Anexos. Lugar destinado a adjuntar todos aquellos documentos que se ha creído adecuados para documentar, completar e ilustrar la presente Tesis Doctoral.

AGRADECIMIENTOS

- A mi familia, especialmente a mi esposa María del Carmen, que me ha permitido, animado y ayudado a presentar esta Tesis Doctoral para acceder al grado de Doctor en *Derecho y Economía* por la Universidad Abat Oliba-CEU.
- A mi querido padre, que hace más de 45 años me estimuló a obtener el grado de Doctor en Medicina y Cirugía en la UB, años más tarde alcance los Doctorados en Farmacia en la UB, en Ciencias de la Salud: Neurociencia Básica y Aplicada, en la UCJC y en Humanidades, Comunicación y Educación por la UIC y que hoy estaría muy contento en saber que aspiro a un quinto doctorado en *Derecho y Economía* en la Universidad Abat Oliba-Ceu, en la que baso mi experiencia en lo aprendido en más de las 115 misiones realizadas en países emergentes de África, Asia y Europa del Este durante 25 años de mi vida.
- A mi hermano Andrés, colaborador en todas mis actividades profesionales, que me ha permitido dedicarme todo el tiempo que he necesitado para realizar una nueva Tesis Doctoral en Derecho y Economía.
- Al Prof. Dr. Felio Vilarrubias, buen amigo, que me animó a realizar esta Tesis Doctoral, aconsejándome, con toda su sabiduría, en el mundo del Derecho Internacional a los mejores expertos para que me hicieran de director y tutor.
- A los Profesores Dres. Santiago Ripol Carulla, director de Tesis y Carmen Parra, tutora de la misma, por estar siempre disponible para resolver cualquier duda, ayudarme a encontrar soluciones a los problemas que han ido surgiendo a lo largo de este trabajo y, sobre todo, por su paciencia y su buen carácter.
- A todos los cooperantes y voluntarios de Fundación Clarós que nos han acompañado a las muchas misiones realizadas a lo largo de los 25 años de su existencia, de donde hemos adquirido una gran experiencia que se plasmará a lo largo de esta Tesis Doctoral, comentado los vacíos legales que hemos encontrado en los diferentes aspectos del Derecho Internacional. Con el deseo de que esta Tesis sirva para identificar, clarificar y ayudar a superarlos a las nuevas generaciones de ONGs. Gracias a vosotros hemos conseguido un objetivo que parecía imposible de alcanzar: 115 misiones.

- A los componentes de Clínica Clarós, a los médicos residentes y al informático Ernesto, que han colaborado en la preparación del material bibliográfico necesario para la elaboración de esta Tesis Doctoral, resolviendo todos los problemas que se me han presentado a lo largo de ella.
- A mis amigos y compañeros del Cuerpo Diplomático y Consular de España que me han asesorado en los temas de la Diplomacia Internacional.
- A la Dra. Montse Agut, catedrática del IQS en el ámbito de la Biología-Microbiología que me ha corregido y me ha prestado gran ayuda en la revisión de la Tesis Doctoral.
- Al Dr. Francisco López Muñoz que me ha asesorado en temas farmacológicos en esta tesis y me ha dado sus directrices.

I. LA FUNDACIÓN CLARÓS (FC), 25 AÑOS Y 115 MISIONES

1-Punto de partida: Conocimiento básicos

1.1 Historia y evolución de las ONGs a nivel Internacional

El ejemplo más relevante de las ONGs a nivel internacional es la Cruz Roja que fue fundada por Henry Dunant, banquero suizo (1828-1910) al viajar al norte de Italia, próximo a Solferino donde se estaba enfrentando el ejército austriaco, francés y piemontés el 24 de junio de 1859, en la denominada batalla de Solferino con una gran cantidad de soldados heridos y abandonados que morían sin atención ni asistencia médica. Ante ello convenció a los campesinos de los pueblos de su alrededor para que le ayudaran a paliar la situación tan grave que se había planteado sin mirar de qué bando eran los heridos, destacando la frase *Tutti fratelli*.

Este hecho le hizo reflexionar mucho y escribió un libro titulado "un Recuerdo de Solferino" en el que recogería el germen de lo que luego sería la Cruz Roja Internacional, con una frase que sintetiza su idea que dice textualmente "*cuya finalidad será cuidar de los heridos en tiempo de guerra por medio de voluntarios entusiastas y dedicados, perfectamente cualificados para su trabajo*".

En 1863 se constituye el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), con el apoyo del Gobierno de Suiza firmando el "Primer Convenio de Suiza" en que se acordaron unos puntos que han cambiado al mundo:

- 1-Proteger a los militares heridos en campaña.
- 2-El carácter neutral y protección del personal sanitario y de los hospitales militares.
- 3-La adopción del emblema de la Cruz Roja sobre fondo blanco como símbolo protector.
- 4-El establecimiento de un comité permanente que se denominó "Comité Internacional de la Cruz Roja".
- 5-La promoción internacional de sociedades de socorro.

En España se organizó la Cruz Roja Española¹ en 1864 con la ayuda de la Orden hospitalaria de San Juan de Jerusalén, en la que participó activamente el marqués de Ripalda, Don Nicasio Landa. Desde entonces todos los gobiernos han respetado los principios de esta institución, participando en muchas actuaciones y conflictos bélicos.

¹ The International Review of the Red Cross, International Committee of the Red Cross, (1967), nº 70-81

La reina Isabel II de España dio su reconocimiento a la Cruz Roja en 1863 que se instauró en España en 1864. Pero la Reina Victoria Eugenia, consorte de Alfonso XIII de Borbón, fue la mayor impulsora de la Cruz Roja en España, creando el Cuerpo de Damas Enfermeras y un hospital en 1923 donde se instituyó una Escuela de Enfermeras. A esta reina se le conoce como la “Reina Enfermera” por su gran implicación con la Cruz Roja y creación de enfermeras en nuestro país.

Fue después de acabada la Segunda Guerra Mundial cuando se inician de modo formal las ONGs contemporáneas debido a las evidentes necesidades de ayuda que se generaron después del periodo bélico *“como consecuencia de la construcción de una nueva estructura normativa e institucional y como respuesta a los profundos cambios económicos y sociales que se suceden a partir de estas fechas”*².

A excepción de la Cruz Roja (1864), las primeras ONGs surgieron al término del conflicto bélico de la Segunda Guerra Mundial, estando relacionadas a los colectivos de civiles con experiencia en la cooperación gubernamental, tales como Oxfam en Inglaterra. La Iglesia Católica, cuyo objetivo es confesional y asistencial, no quiso ser menos y potenció las misiones de tipo misionero, un ejemplo de ello fue Cáritas Española en 1942³.

Su papel en el Tercer Mundo se modificó, de ser una asistencia básica a los colectivos más desfavorecidos, a ocuparse de la cooperación de desarrollo de las mismas. Esta alteración quedó condicionada a cuatro factores fundamentalmente:

- La Segunda Guerra Mundial, la aparición de las Naciones Unidas y la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que se ocupaba de temas como la justicia social o la solidaridad para la universalización de los derechos humanos.
- El nacimiento de instituciones tales como el Fondo de la Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) en los diferentes países con el objetivo de obtener medios financieros para mejorar el desarrollo de los colectivos y zonas más desfavorecidas.
- Al aumento de las misiones de carácter social de las diferentes Iglesias, ya sean las católicas o protestantes de cualquier lugar del mundo cuya organización fuese

² GÓMEZ GIL C. *Las ONG en España. De la apariencia a la realidad*. 2005. Madrid: Catarata Editores: Los Libros de la Catarata País: España.

³ ESTÉBANEZ P. *Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en Medicina Humanitaria* 2005. pp. 125-136. Editorial: Ediciones Díaz de Santos. Págs.: 864. Volumen: 1, Edición: 1ª.

indistintamente de tres tipos: religiosa, laica o la de las asociaciones o agrupaciones de voluntarios.

- Con la aparición de los *Ministerios de Cooperación Exterior* cuyo objetivo era de responder frente a los conflictos surgidos tras todos los procesos ocasionados por efectos de la descolonización, y así poder prestar soporte de diferentes tipos en las antiguas colonias.

Las ONGs evolucionaron históricamente a finales de los años sesenta del siglo pasado, al definirse y comprometerse políticamente. Fue a partir de este compromiso que se entendía que era más que asistencial, cuando Bernard Kouschner, cooperante en Cruz Roja, consideró que no bastaba en atender a las víctimas, sino que también existía la obligación de denunciar todo lo que sucedido en las zonas de conflicto a las que atendía la ONG⁴. El fruto de ello condujo a crear “Médicos sin Fronteras” (MSF), por el propio Kouschner.

El compromiso de la ONG MSF se basa en los siguientes puntos:

- *Desde el punto de vista humanitario* se considera que todos los seres humanos tienen derecho a ser atendidos.
- *Es independiente* de cualquier sistema religioso, político o económico.
- *Es Imparcial*: no podrá discriminar a ninguna persona en base a raza, religión o ideología política o cultural.
- *Es neutral*: solo atenderá a las personas que necesiten su ayuda sin tomar partido en ningún aspecto.
- *Su Ética médica es*: la de atender sin producir daños colaterales.

1.2. Historia y evolución de las ONGs en España

Los primeros ejemplos de ONGs, en nuestro país los encontramos en las organizaciones de tipo caritativas y/o asistenciales dependientes de la Iglesia Católica hasta principios del siglo XIX, que es lo que llamamos el *Asistencialismo Religioso*.

En la Europa de finales del siglo XIX, progresivamente, se va afianzando la idea de la creación e implantación de ONGs hasta llegar a mediados del siglo XX. Sin embargo, España, no parece tener interés en ello, a excepción de la Cruz Roja que es la única organización que inicia ayudas en determinadas situaciones catastróficas o de

⁴ GÓMEZ GIL C. *Las ONG en España. De la apariencia a la realidad. Op.Cit.*

diferentes tipos de desastres. La propia Guerra Civil Española (1936-1939) y todos sus efectos colaterales posteriores condujeron a que aumentaran las diferencias en relación con los países vecinos, incluso se llegaron a prohibir las ayudas de aquellas instituciones que no fuese del agrado de gobierno de Franco con todo y que fuesen organizaciones internacionales que ya se habían establecido en los años 40 y 50 en otros países. Tal es así que, durante este periodo, solo surgen en nuestro país instituciones como Cáritas (1942), la Asociación Misionera Seglar (1947), la Federación Española de Religiosos de la Enseñanza (1956), Intermón (1956) o la Obra de Cooperación Apostólica Seglar Hispanoamericana (1957). A finales de la década de los cincuenta, a la que podríamos llamar aperturista, suceden hechos muy importantes, tales como la entrada de España en el Banco Mundial y en el Fondo Monetario Internacional, organizaciones en relación con las instituciones internacionales, como la Asociación de Amigos de las Naciones Unidas (1962), o la Sociedad Internacional de Desarrollo (1966). Simultáneamente, en el tiempo, lo hacen *Médicos Mundi* (1963) y Manos Unidas (1969)⁵.

A pesar de todo ello, España está atrasada en todos aquellos conceptos de las llamadas transformaciones sociales que experimentan los países occidentales, en los que se habían autorizado la creación de un gran número de ONGs ligadas a la “no violencia”, los derechos humanos, las crisis de hambre y las epidemias, el programa para desarrollar a los países más pobres y las campañas para poder colaborar con las ex colonias europeas”⁶.

De 1947 a 1979 se crearon un promedio de 1,2 ONGs anualmente. Pero de 1980 a 1990 aparecieron 51 nuevas ONGs, lo que significa el 76 % de las ONGs inscritas en la sociedad Coordinadora de ONGs españolas⁷.

Con la remodelación producida en el Ministerio de Asuntos Exteriores y la entrada de España en la entonces Comunidad Económica Europea (CEE) se produce un nuevo periodo en la cooperación gubernamental. Entre 1985 y 1989 hasta los inicios de los años noventa se produce un auge, llegando a constituirse jurídicamente más ONGs que en todo el periodo anterior. López señala el año 1985 como el momento en que se produce un acelerón en la creación de estas organizaciones⁸. Para tener una idea

⁵HUERTAS R. *Organizaciones no gubernamentales y Social media. Análisis de las estrategias comunicativas*. Tesis Doctoral, 2015 Málaga.

⁶GÓMEZ GIL C. *Las ONG en España. De la apariencia a la realidad*. Op. Cit.

⁷HUERTAS R. *Organizaciones no gubernamentales y Social media*. Op. Cit.

⁸LÓPEZ REY J.A. *Los medios de comunicación y ONGDS. La conformación de una nueva cultura corporativa en el sector solidario*. Documentación social 2006, nº 140, pp. 39-56.

vemos como anualmente se pasa de 0,81/año durante la dictadura franquista (hasta 1975) a dos ONGs por año durante el periodo de la transición democrática española (1976-1984) y por último entre 1985 a 1988, un crecimiento de 7,25 ONGs anuales⁹.

En muchos países, incluidos España, la cooperación internacional se vincula al Ministerio de Asuntos Exteriores, creándose la “Secretaría de Estado de Cooperación Internacional Para Iberoamérica” (SECIPI), encargada, en los años ochenta, de controlar todo aquello que signifique esfuerzos en materia de cooperación.

Aparece el denominado “Estado de Bienestar” que representa una situación de progreso y tiene un papel determinante en expansión en los años ochenta naciendo el concepto de voluntariado, que entusiasma a ciudadanos conscientes y responsables, con cierto nivel económico, con disposición de tiempo libre y que consideran el concepto de “*solidaridad*”. Ello se produce a consecuencia del desencanto que representa el aumento del consumismo, un grado alto de materialismo y la propia competitividad desenfrenada¹⁰.

2- Fundación Clarós

2.1. Su Historia

La Fundación Clarós se creó formalmente el 21 de julio de 2000 de la mano del actual presidente, Pedro Clarós, y de la madrina de la FC, la soprano Montserrat Caballé, con la finalidad de obtener ayudas destinadas a la lucha contra la sordera profunda y además, el tratamiento de las malformaciones faciales así como de los tumores de cara y cuello. También se contempló la formación profesional de los médicos de la especialidad, en forma de cursos, seminarios y becas.

En realidad, el proyecto había nacido ocho años antes, en 1992, como consecuencia de la solicitud de realizar misiones médicas en países desfavorecidos. El primer viaje de misión humanitaria tuvo lugar al *Sunder Lal Jain Charitable Hospital* de la ciudad de Nueva Delhi, India, por el Dr. Pedro Clarós y su equipo compuesto por tres profesionales de la medicina para realizar actividades quirúrgicas a pacientes necesitados a petición de los médicos especialistas de New Delhi, que habían estado haciendo una formación universitaria y profesional en la Clínica Clarós durante unos meses. Viendo las posibilidades que tenían de aprovechar nuestra ayuda en su país

⁹ HUERTAS R. *Organizaciones no gubernamentales y Social media. Op. Cit.*

¹⁰ RODRÍGUEZ F. *Las ONG en España. De la apariencia a la realidad.* Madrid: Catarata 2005.

decidieron proponer su proyecto. Al mismo tiempo se aprovechó el viaje para donarles un pequeño equipo básico de material médico-quirúrgico así como otros de tipo exploratorio ya que estaban carentes de estos.

En vista de la precaria situación médica en que vivía la población local, se decidió, inicialmente, programar viajes humanitarios de forma regular anualmente a este país. Con posterioridad al programa iniciado en el año 1992 en India, durante los siguientes años hasta el año 2020, se han llevado a cabo múltiples misiones médicas humanitarias en países como Cuba, Moldavia, Rumania, Jordania, Liberia, Etiopía, Senegal, Camerún, Gabón, Sudán, Kenia, Armenia, República Democrática del Congo, Cabo Verde, Gambia, Uzbekistán o Burundi, siempre bajo la propuesta de colaboración por parte de los hospitales locales y organismos gubernamentales. En muchos de estos países se han repetido las misiones de una forma regular cada año. Así por ejemplo en Senegal se han realizado diez misiones, en India un total de catorce misiones, Camerún seis, Cabo Verde diez misiones hasta alcanzar las 115 misiones realizadas en enero 2020, momento que se han detenido por el problema sanitario que ha representado la Covid 19.

La última propuesta recibida es por parte del Obispo de N'Dali en el estado de Parakou en Benín para realizar una primera misión médica en el Hospital "*l'Hôpital Saint Padre Pio*", que, si no hay novedad, se realizará en el 2021, dado que la situación actual de la pandemia global nos aconseja ser prudentes y cancelar todas las misiones que teníamos previstas para el 2020 a excepción de las realizadas antes del abril de este año. Paralelamente se está ultimando otra misión en Lomé, Togo y en Monrovia, Liberia, entre otras posibles.

Según la OMS, la sordera afecta a más de 466 millones de personas en todo el mundo, de ellos 34 millones son niños. Para el año 2050, se prevé que 900 millones de personas sufrirán una pérdida de audición. El 60% de ellos son niños con sorderas producidas por causas que se podrían prevenir.

La situación de la pérdida auditiva que sufren las personas puede modificarse con el programa de diagnóstico precoz, a la utilización de audífonos, el uso de los implantes cocleares y otras prótesis de ayuda auditiva, y es aquí donde la Fundación Clarós actúa para ayudar a las personas sin recursos de los países emergentes o del Tercer Mundo, y de este modo paliar la dolencia que ello comporta aplicando el principio de "*El volver a oír es renacer.*"

La sordera profunda limita, en gran parte, la capacidad de las personas a ser autosuficiente, tener actividades laborales u participar de la atención a su propia familia. Estos trastornos se añaden a los demás defectos y enfermedades de todo tipo que tienen en sus vidas. Hay que pensar que los déficits sensoriales y sensitivos de los sentidos del área otorrinolaringológica son comunes en los países en vías de desarrollo, pero que tienen una fácil solución en nuestra sociedad, a la que los países pobres no pueden acceder por falta de medios ya que se trata de un tratamiento muy especializado. Desde la Fundación Clarós, nos hemos comprometido a colaborar mejorando la calidad de vida de los pacientes sin recursos en los países más pobres donde se dan estas patologías.

Fundación Clarós organiza regularmente campañas, sesiones informativas y talleres para la prevención y sensibilización de la sociedad, en sí misma, del valor de gozar de una buena salud auditiva y la concienciación de los problemas de malformaciones de cara, cabeza y cuello que existen en los países deficientes en materia de sanidad. Con este objetivo cada año la FC concede becas para formar a médicos otorrinolaringólogos con pocos recursos, provenientes, en su mayor parte, de los países donde realiza las expediciones humanitarias de carácter médico. Se les ofrece estancias de 3 y 6 meses de duración en Clínica Clarós durante las cuales, los médicos residentes realizan las prácticas en todas las áreas de la otorrinolaringología, maxilofacial, audiología y odontología así como participando en los diferentes cursos de formación en Otología, Rinología, Cirugía de los senos paranasales y de la órbita que se realizan en el laboratorio permanente de disección y Anatomía de que dispone la FC en Barcelona en colaboración con la Universidad de Barcelona, UB, adquiriendo unos conocimientos y una experiencia que les resultan de gran utilidad para su desempeño profesional futuro en sus países de origen. La FC cubre todos los gastos de alojamiento y dietas de los médicos becarios en formación de su residencia durante su estancia en la Clínica en Barcelona.

Otra línea de actuación de la FC es organizar STMMIs en países en vías de desarrollo con cooperantes, médicos especialistas, voluntarios y otros miembros diversos para el tratamiento quirúrgico de los problemas y malformaciones de cara, cabeza y cuello, así como una parte de formación Universitaria, incluyendo conferencias, seminarios y entrevistas, compartiendo sus resultados, preparando proyectos y estudios que luego se publicarán en revistas de carácter internacional.

Estructura organizativa de FC

Patronos y estatutos

El Patronato de la Fundación Clarós es el órgano que debe procurar que los objetivos que se propone la propia Fundación se cumplan, encargando al Comité Ejecutivo la programación de sus acciones estratégicas. Anualmente, se reúne en sesión ordinaria y siempre que se precise en sesión extraordinaria. De forma mensual, lo hace el Comité Ejecutivo. Por norma, ninguno de los miembros del Patronato, sin excepción, perciben remuneración por el cumplimiento de su cargo.

Estatutos de Fundación Clarós

En este documento se detalla el ámbito de actuación y las finalidades de la Fundación, la responsabilidad y la conformación del Patronato, entre otros aspectos.

Comité Médico

Formado por un Presidente que dirige los pasos de la entidad y revisado por los demás miembros que componen el patronato. Es imprescindible que todas las actividades sean supervisadas y aprobadas por este Comité.

Equipo Operativo

El equipo operativo de la Fundación está formado por su Presidente y el equipo personal de actuación en el terreno que son los miembros de cada misión humanitaria.

Sede

La Fundación Clarós tiene su sede central en la calle Los Vergós, 29-31. 08017 Barcelona. En este edificio trabajan la Presidencia, la Secretaría y es el lugar de reuniones del patronato.

Objetivo importante

Podríamos resumirlo solo en uno “Las cuentas claras” y “los resultados efectivos” Es indispensable contar con una web o página de Transparencia de las Fundaciones para demostrar su integridad.

Durante el año 2020, la Fundación Clarós solo ha podido llevar a término la misión médico humanitaria en Burundi durante el mes de enero. Las demás misiones previstas (Cabo Verde, Benín, Liberia, Togo o Congo) han tenido que ser pospuestas para el año 2021 debido a la pandemia Covid-19.

Equipo médico

La Fundación Clarós cuenta con una red de más de 50 profesionales de la sanidad, cooperantes voluntarios, entre ellos, cirujanos otorrinolaringólogos, cirujanos maxilofaciales, especialistas en cirugía plástica facial, enfermeras instrumentistas, audiólogos, audioprotesistas, anestelistas y otros profesionales de otras especialidades quirúrgicas, como es la cirugía vascular o la oftalmología que periódicamente se van combinando para formar los diferentes equipos que acompañarán a FC en las diferentes misiones. La mayoría de ellos proceden de diferentes ciudades de España, así como de Portugal, Polonia, Rumania, Francia, EEUU y otros países, para incorporarse en las misiones humanitarias de la FC. Todos ellos aportan de forma solidaria sus conocimientos y su trabajo en beneficio de las personas con deficiencias médicas en la esfera de la otorrinolaringología, las malformaciones faciales, patologías tumorales de cara y cuello y los déficits de audición.

El trabajo que todos estos profesionales de la sanidad realizan es posible gracias al soporte que la FC recibe de particulares, empresas privadas y entidades que colaboran y apoyan a la FC, ya sea a través de la aportación económica financiera o a través de la donación de material médico, prestación de servicios o colaboraciones de otros estilos.

La organización de las misiones humanitarias de la FC es fundamental y se basa en campañas quirúrgicas en países y zonas deprimidas para efectuar misiones de identificación, diagnóstica, prevención, tratamiento y docencia para todas ellas tanto para los médicos como para el personal de enfermería. Cada año la FC organiza una media de 4 a 6 misiones en África, India u otros países de Europa del Este, información disponible en la web de *fundaciónclaros.com*. Al tener conciencia de las carencias de los países subdesarrollados o en proceso de desarrollo la FC se ha planteado, desde hace años, la obligación de ayudar a estos colectivos contando con la colaboración de los que están con capacidad de hacerlo según una política sanitaria necesaria.

Financiación de las misiones de la FC

Convenios de FC con otras entidades

La FC ha sido consciente durante muchos años de la necesidad de realizar convenios con diversas entidades privadas o públicas con el fin de poder ampliar sus actividades tanto asistenciales como docentes. Fruto de todo ello ha sido el conseguir estos pactos de tipo:

Docentes:

- Universidad de Barcelona (UB). Facultad de Medicina. Cátedra de Anatomía humana Departamento de donaciones, para el suministro de piezas anatómicas para la realización de los cursos de disección que organiza la FC así como el uso del logo de la UB para utilizar en la docencia de los cursos periódicos que se realizan.
- Universidad Camilo José Cela Madrid (UCJC). Convenio para participar en las misiones humanitarias personales de la UCJC y formar a personal sanitario.
- Universidad Internacional de Cataluña (UIC), con el fin de incorporar personal sanitario de enfermería y medicina de las Facultades correspondientes de esta Universidad. Así mismo se ha firmado un convenio Marco para el desarrollo de investigaciones en el departamento de bioingeniería, en especial en el desarrollo de una nariz artificial y la construcción de un Snell-o-mometer

Comerciales:

- *Equatorial Coca-Cola Bottling Company*, S.L. Ayuda económica
- *Fundació Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona*, "la Caixa". Ayuda económica anual para las misiones y objetivos de la FC.
- Gallina Blanca. Ayuda económica anual destinada a los objetivos de la FC.

Colaboración con otras Fundaciones:

- Fundación África Digna. Organizar misiones en África con el apoyo de esta institución.
- Fundación Barraquer de oftalmología. Organizar misiones compartidas en las dos especialidades.
- Fundación Gaes. Aportación de audífonos para adaptar y distribuir gratuitamente en las Misiones realizadas cada año.

Memoria anual de la Fundación Clarós:

Todas las actividades que se realizan en la Fundación Clarós, desde su inicio, se recogen en una memoria anual en la que se exponen los trámites de gestión, programas realizados, propuestas de futuro y sobre todo lo referente a la transparencia del balance económico y la gestión administrativa en todos sus aspectos.

Es importante que todos los miembros de la junta de gobierno, los socios del patronato, las entidades y personas físicas donantes y cualquier otra persona interesada en conocer las actividades puedan saber todo lo referente a las actuaciones que se han realizado durante el año y las previstas a corto plazo. Se anuncian las actividades que se destinan a la obtención de ingresos a través de conciertos, exposiciones u otros medios previstos. Como muestra se acompaña la última memoria del año 2020, aunque esta está limitada a las pocas actividades que se pudieron hacer a consecuencia de la situación especial en la que ha vivido nuestro país con la COVID19 (Ver anexos).

2.2. Principios y compromisos fundamentales de la FC

La FC, desde su inauguración, ha procurado siempre cumplir con los compromisos acordados en el momento de su constitución ya que su primordial interés es respetar los principios establecidos. Entre ellos están los siguientes:

Humanidad: La Fundación Clarós es una organización privada, no lucrativa, cuyo objetivo es colaborar medicamente y mejorar el dolor de los colectivos en estado deficitario, sin hacer ninguna discriminación y de según los Estatutos de la organización. El organismo se financia en buena parte mediante donaciones privadas. El principio fundamental de la FC es respetar y hacer respetar la dignidad humana y el alivio del sufrimiento de las personas. Todos sus componentes tienen la obligación de respetar los códigos deontológicos de la profesión médica. La FC promueve el respeto de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, y está obligada a hacer cumplir este principio a todos los cooperantes.

Independencia. La FC procura que sus fuentes de financiación sean diversificadas, de este modo, puede garantizar su libertad ética y financiera. No está ligada a ninguna entidad o sistema económico.

Igualdad de oportunidades y equidad de género: La FC presta ayuda a todas aquellas personas y colectivos más vulnerables, sin que exista una distinción en los aspectos sociales, religiosos, étnicos, ni de ningún otro tipo, con el objetivo de mantener la igualdad de oportunidades en el derecho a la salud en los ámbitos que son de su competencia así como fomentar la igualdad de género en todas las circunstancias.

Altruismo: La FC está considerada como una organización cuya finalidad es la prestación de servicios voluntarios (sin remuneración). Todos los voluntarios que colaboran en la FC ofrecen sus servicios profesionales y humanos y se comprometen

con todas las personas y colectivos que reciben su ayuda, con las actividades que realiza la Fundación y con la sociedad en general.

Profesionalidad: Los cooperantes y demás miembros de los equipos médicos que viajan en las misiones, son profesionales experimentados en sus diferentes áreas de actuación deben ser capaces de lograr el máximo rendimiento de sus actuaciones y de los medios que administran.

Transparencia: La FC tiene el compromiso de ayudar a las poblaciones beneficiarias, a sus colaboradores y a todos los donantes a actuar con una total transparencia, reportando el uso y administración de los fondos de la ONG añadiendo todas las garantías que se soliciten para evidenciar su buen funcionamiento.

Compromisos de Actuación

- Sus actuaciones son un compromiso con la población y las autoridades.
- Consideran y apoyan la formación y el desarrollo de los médicos locales como herramienta de futuro. Se les ofrece seguir su formación asistiendo a cursos organizados por la Clínica Clarós-FC, y también la posibilidad de optar a una Beca concedida por esta institución.
- Cooperación, es una forma de colaboración con otras organizaciones que actúan en los países visitados, así como con las autoridades y la red sanitaria local.
- Convenios de colaboración con empresas privadas que subvencionan las misiones.

2.3. Código de conducta y política de donaciones

Las ONGs de carácter médico no disponen de un código universal aplicable a todas ellas, sin embargo, en la FC hemos pretendido que siga un código de conducta aceptable con los criterios que marca Adair¹¹. Seguimos a este autor ya que sus trabajos de 1999 nos parecen consolidados y es un buen argumento para su adaptación como norma. La FC cumple con todas las siguientes normas recomendadas.

¹¹ADAIR A: *Code of conduct for NGOs: a necessary reform. The Institute of Economic Affairs (IEA).* London.1999.

- Su constitución se hizo de forma totalmente legal, con una completa transparencia financiera, incluyendo sus medios de financiación, uso de los fondos y auditar cada año las cuentas.
- Sus objetivos y propósitos están claramente identificados a la vez de cumplir con la obligación de actuar legalmente para la consecución de dichos objetivos. Dentro de ellos está la lucha contra la sordera profunda, el tratamiento quirúrgico de las patologías de cara, cabeza y cuello y la formación de profesionales de países emergentes en forma de becas y estancias de docencia acelerada para ellos.
- La FC dispone de sistemas democráticos, que incluyen la libertad de decisión de la junta directiva y demás socios en el momento de decidir actuaciones tales como la política a seguir o la forma estratégica de hacerlo todo más eficaz.
- La FC se ha comprometido a evitar involucrarse en ningún partido político, fuere el que fuere, y siempre procurando, al mismo tiempo, ser libre y no perseguir objetivos políticos.
- En el seno de la FC rige un código ético estricto que obliga a los directivos, médicos y demás miembros cooperantes a seguir y comprometerse a actuar de forma honrada e íntegra en relación a la administración de los fondos, medios a su alcance e información de sus contactos, tanto dentro como fuera de la institución, para estimular a las personas que intervienen profesionalmente y den tranquilidad moral a los donantes.
- Su presidente vela para evitar todos los posibles conflictos de interés que pudieran existir como resultado de su actividad fundacional. Sin embargo, quiere resaltar que la existencia de un código de conducta y todos aquellos compromisos que se adquieren por su aceptación, no deberían, bajo ningún contexto limitar o modificar la libre flexibilidad de actuación que caracteriza a las ONGs de carácter médico, siendo una de sus ventajas diferenciales al respecto.
- Los miembros del Patronato velan para que se hagan efectivas todas las normas de conducta correcta y están obligados a denunciar cualquier sospecha de mala gestión de la FC con la responsabilidad de que no hacerlo sería una falta grave.

- En todas las misiones, su líder, es el responsable total de que se cumplan todas las normas referentes a prestar asistencia a los pacientes que lo necesiten, sin restricción de raza, religión o partido político, así como denunciar toda sospecha de tortura, explotación, violación, abuso sexual o malos tratos.

El código ético que existe en el caso de las Fundaciones catalanas está basado en un contrato que firman diferentes y variadas fundaciones catalanas de diferentes campos, ya sean del ámbito de la cooperación al desarrollo como aquellas con objetivos sobre los aspectos sociales, sin dejar de incluir a fundaciones que constituyeron empresas o instituciones privadas o públicas (un ejemplo sería la Fundación Agbar). En este código ético se incluyen los rasgos característicos de la identidad de cada una de las fundaciones, sus intereses y el proyecto a largo plazo. La FC sigue la estructura que recoge los objetivos generales de su forma de actuar junto a las orientaciones de la política interna del fundador, miembros del patronato, gestores del patrimonio y orientación financiera para los usuarios y todos aquellos que financian su actuación, ya sean donantes privados o públicos procedentes o no de la administración del Estado.

En septiembre de 2020, la Coordinadora Catalana de Fundaciones (CCF) definió un código de actuación y buen ejercicio que la FC ha seguido estrictamente y en su totalidad. Mediante este código se pretende “facilitar que (las Fundaciones) cumplan, cuando corresponda, las obligaciones de transparencia e información pública establecidas por el *Parlament*”. Se trata de un conjunto de normas de actuación, principios éticos y reglas que se han sometido a los miembros de la Coordinadora para conseguir la máxima adhesión del sector¹².

Política de Donaciones de la FC

Las donaciones que se reciben en la Fundación Clarós a través de los diferentes actores o instituciones, se destinan a la ayuda humanitaria que realiza periódicamente en las STMMIs con la obligación, no solo de garantizar que la FC sea responsable de su aplicación, sino también para demostrar la necesidad de los destinos a los que se han utilizado, siempre con el conocimiento de los miembros del Patronato, y la necesidad de la ayuda cedida, así como de su destino final. Además, aunque es una posibilidad remota de verificar siempre la procedencia legal de las aportaciones económicas recibidas, haciendo las oportunas averiguaciones, si es necesario para garantizar que no procede del blanqueo de dinero o de mercados ilegales del

¹² CCF, *Codi de bon govern i bones pràctiques de gestió per a les fundacions. Informe de govern corporatiu*, Barcelona: Coordinadora Catalana de Fundacions, 2019. info@ccfundacions.cat

contrabando, droga u otros caminos. La FC, como todas las demás organizaciones humanitarias, debe ser transparente con sus donantes y benefactores, así como con el Estado y los gobiernos de los países a los que ofrece sus servicios en materia de salud.

Las organizaciones humanitarias en sí deben pensar que una actividad malversada de los recursos utilizados por algunas de ellas puede manchar la reputación de las demás y, en general, de la comunidad de fundaciones, ONGs y entidades similares como un todo, por ello nos esforzamos constantemente para lograr la más clara transparencia. Tanto es así que a todas las donaciones recibidas en la FC se les corresponde taxativamente con un *certificado de donación* para la persona o entidad que ha realizado la donación, con la redacción de un escrito que certifica la cantidad y su carácter irrevocable de donación de la misma.

Estos certificados de donación pueden ser:

- Certificados de una cantidad monetaria determinada.
- Certificados por un trabajo realizado, con un cálculo de su valor aproximativo, traducido en moneda vigente (Dólares, Euros).
- Certificado de donación de un material médico o quirúrgico, farmacéutico, equipos o fungibles donados y su cálculo en valor de dinero.

Todo ellos se remiten para ser susceptibles de un trato fiscal correspondiente tanto para el donante como para el receptor. Veamos unos ejemplos de ellos y su descripción. (Figs. 1 y 2).



Sr.....
NIF

Patronato de la Fundación

Presidente de Honor:
Dr. Andrés Clarós Doménech (†)

Presidente:
Dr. Pedro Clarós

Vice-Presidente:
D. Antonio Sagnier

Patronos:
D. Ruben Amoretti
D. Jaime Aragall
Dña. Ainhoa Arteta
Dña. Sara Blanch
D. Jaime Bonet
D. José Bros
Dña. Montserrat Caballé (†)
D. Javier Camarasa
D. Carlos Chausson
D. Carlo Colombara
D. Juan Diego Flórez
D. Josep Maria Flotats
Dña. Bárbara Frittoli
D. Ramón Gener
D. Raúl Giménez
D. Marcel Gorgori
D. Juan-Carlos Llarás
Dña. Lucrecia Pérez "Lucrecia"
Dña. Montse Martí Caballé
D. Jean Matabosch Grifoll
Dña. Maria José Montiel
D. Stefano Palatchi
Dña. Raquel Pierotti
D. Juan Pons
Dña. Carmen Pujol
Dña. Isabel Rey
Dña. Ana María Sánchez
D. Joan Manuel Serrat

Secretario y Asesor Jurídico:
Dña. Rosina Fox

Vice-Secretaria:
Dña. Luisa Pujol Herrick

Tesorero:
Dr. Andrés Clarós

Nº de Registro: 1466
CIF: G62421482

Dr. PEDRO CLAROS BLANCH, con D.N.I. nº 37.712.789-B en calidad de Presidente de la **FUNDACIÓN CLARÓS**, domiciliada en Barcelona, Calle Los Vergós 29-31, con C.I.F. G62421482,

CERTIFICA:

Primero.- Que esta fundación se constituyó el día veintiuno de julio de dos mil cumpliendo para ello con todos los requisitos legales establecidos, así como los fijados en los Estatutos de Constitución de la Fundación, e inscrita en el Registro de Fundaciones de Cataluña con el número 1466.

Segundo.- Que es una entidad sin fines lucrativos, que tiene por objeto el promover, divulgar y fomentar el estudio y desarrollo de la investigación de las enfermedades que provocan la Sordera Profunda, y que realiza STMMI (Short Term Medical International Missions) en repetidas ocasiones durante el año para tratar las enfermedades de cara, cabeza y cuello. Que todos los cargos del Patronato son gratuitos, que rinde cuentas anuales al Protectorado citado, y que se encuentra incluida dentro de las entidades reguladas en el Capítulo I, Título II y Art. 16 de la Ley 49/2002, de 23 de Diciembre, de Fundaciones.

Tercero.- Que para ayudar al cumplimiento de los fines estatutarios de la Fundación, Don.....hace entrega a la Fundación Clarós la cantidad de € (Euros).

Cuarto.- Que esta cantidad se libra con el carácter de donación irrevocable.

Lo que certifico a los efectos previstos en el artículo 24 y concordantes de la Ley 49/2002 de 23 de Diciembre.

Expido la presente certificación en Barcelona, a 11 de noviembre de 2019.

Fundación Clarós

Los Vergós,29 -31. Tels. (34) 93 203 12 12. 08017 Barcelona (Spain)
e-mail: clínica@clinicaclaros.com – fundacion@fundacionclaros.com

Fig.1. Modelo de un Certificado de Donación de la FC a persona física.



Sr.
 NIF

Patronato de la Fundación

Presidente de Honor:
 Dr. Andrés Clarós Domènech (†)

Presidente:
 Dr. Pedro Clarós

Vice-Presidente:
 D. Antonio Sagnier

Patronos:
 D. Ruben Amoretti
 D. Jaime Aragall
 Dña. Ainhoa Arteta
 Dña. Sara Blanch
 D. Jaime Bonet
 D. José Bros
 Dña. Montserrat Caballé (†)
 D. Javier Camarena
 D. Carlos Chausson
 D. Carlo Colombara
 D. Juan Diego Flórez
 D. Josep Maria Flotats
 Dña. Bàrbara Fritollí
 D. Ramón Gener
 D. Rajul Giménez
 D. Marcel Gorgon
 D. Juan-Carlos Llaràs
 Dña. Lucrecia Pérez "Lucrecia"
 Dña. Montse Martí Caballé
 D. Joan Matabosch Grifoll
 Dña. Maria José Montiel
 D. Stefano Palatchi
 Dña. Raquel Pierotti
 D. Juan Pons
 Dña. Carmen Pujol
 Dña. Isabel Rey
 Dña. Ana Maria Sánchez
 D. Joan Manuel Serrat

Secretario y Asesor Jurídico:
 Dña. Rosina Foix

Vice-Secretaria:
 Dña. Luisa Pujol Hemck

Tesorero:
 Dr. Andrés Clarós

Nº de Registro: 1466
 C.F.: G62421482

Dr. PEDRO CLAROS BLANCH, con D.N.I. nº 37.712.789-B en calidad de Presidente de la **FUNDACIÓN CLARÓS**, domiciliada en Barcelona, Calle Los Vergós 29-31, con C.I.F. G62421482,

CERTIFICA:

Primero.- Que esta fundación se constituyó el día veintiuno de julio de dos mil cumpliendo para ello con todos los requisitos legales establecidos, así como los fijados en los Estatutos de Constitución de la Fundación, e inscrita en el Registro de Fundaciones de Cataluña con el número 1466.

Segundo.- Que es una entidad sin fines lucrativos, que tiene por objeto el promover, divulgar y fomentar el estudio y desarrollo de la investigación de las enfermedades que provocan la Sordera Profunda, y que realiza STMMI (Short Term Medical International Missions) en repetidas ocasiones durante el año para tratar las enfermedades de cara, cabeza y cuello. Que todos los cargos del Patronato son gratuitos, que rinde cuentas anuales al Protectorado citado, y que se encuentra incluida dentro de las entidades reguladas en el Capítulo I, Título II y Art. 16 de la Ley 49/2002, de 23 de Diciembre, de Fundaciones.

Tercero.- Que para ayudar al cumplimiento de los fines estatutarios de la Fundación, la empresa..... con NIF.....hace entrega a la Fundación Clarós de material fungible con fecha de caducidad dentro del plazo valorado en la cantidad € (Euros).

Cuarto.- Que esta cantidad se libra con el carácter de donación irrevocable.

Lo que certifico a los efectos previstos en el artículo 24 y concordantes de la Ley 49/2002 de 23 de Diciembre.

Expidió la presente certificación en Barcelona, a 27 de diciembre de 2019.

Fundación Clarós

Los Vergós,29 -31. Tels. (34) 93 203 12 12. 08017 Barcelona (Spain)
 e-mail: clinica@clinicaclaros.com – fundacion@fundacionclaros.com

Fig.2. Modelo de certificado de donación de la FC de una empresa.

3- Características de las misiones de la Fundación Clarós

La función que ha desarrollado y sigue desarrollando la FC es la de cumplir con su compromiso humanitario con los países emergentes donde presta su actuación. A continuación vamos a describir los diferentes tipos de misiones y los valores que aplica para cumplir con estos compromisos sociales.

3.1. Las misiones. Valores y su tipología.

La Fundación Clarós está concebida para que pueda actuar en los diferentes lugares donde desarrolla su actividad humanitaria. Para ello ha constituido su equipo médico con un número importante de profesionales de la medicina, enfermería, audiología y otros colaboradores que, de forma altruista, participan en las diferentes misiones.

Muchos de ellos proceden de diferentes ciudades de España, otros de países diversos de Europa o América, incluso de India. Es importante que todos sus participantes tengan una filosofía común que esté dentro de los parámetros de la ayuda humanitaria y de saber colaborar en equipo.

La financiación de estas misiones las toma a su cargo la propia Fundación, si bien el concepto que predica es el de una estricta sobriedad para evitar gastos superfluos o innecesarios.

El tipo de actividad que van a desarrollar se centra en campañas quirúrgicas en países y zonas deprimidas para efectuar misiones de identificación, diagnóstica, prevención, tratamiento y docencia para todas ellas tanto para los médicos como para el personal de enfermería.

Anualmente la FC organiza entre 4 a 6 misiones en zonas necesitadas elegidas previamente y bien programadas para evitar la pérdida de tiempo o su baja productividad en las labores afines que se pretenden. Desde más de 20 años que se iniciaron se ha visto una mejora muy positiva en su evolución y resultados. De cada STMMI se guarda un registro con todos los datos y resultados, así como un registro iconográfico que sirve como muestra de su eficacia para mostrar a los benefactores y al propio patronato y miembros del consejo administrativo.

En las páginas siguientes se podrá observar cada una de las misiones realizadas, su destino y el periodo en el que se realizaron.

Valores: en este punto queremos remarcar los que consideramos adecuados y útiles para la FC, que en breve se resumen como:

- **Valor Altruista**

Todos los cooperantes que participan en las STMMIs de la FC cubren sus propios gastos de viaje, siempre en la línea de *low-cost* y en algunas ocasiones también su alojamiento y manutención. Todos los componentes participantes se preocupan de conseguir unos meses antes de emprender el viaje, material fungible para utilizar en destino, recogiendo y recuperando lo que no se utiliza en los quirófanos de nuestros centros hospitalarios, así como solicitando a las industrias farmacéuticas los productos sobrantes de su producción que estén en buen estado y puedan ser útiles. Contamos con un sistema de recogida de guantes estériles, gasas, suturas quirúrgicas de todo tipo, campos estériles, sustancias antisépticas y material del tipo instrumental quirúrgico.

Esta fase de preparación es fundamental para concienciar a sus componentes de la importancia de ahorro que debemos tener en destino y además preparar a sus componentes de expedición de las necesidades locales. Saber administrar el escaso material, es un concepto que en muchos países desarrollados ya no se conoce.

El transporte de todos estos equipos se realiza utilizando los 23 kilos de peso que autorizan las diversas compañías aéreas por tique de viaje a los usuarios. Los efectos personales de los integrantes del equipo solo se podrán llevar en el equipaje de mano, alrededor de los 10 kilos por persona y boleto. Cada viaje se compone de un equipo de unas 8 a 10 personas (cirujanos, anestesistas, enfermeros, audiólogos, coordinador médico), con el conocimiento de idiomas extranjeros. La duración de estas misiones es de 7 a 10 días, lo que representa las llamadas STMMIs.

Los quirófanos locales se adecuan a nuestras necesidades para que se puedan realizar dos intervenciones en cada uno de ellos simultáneamente, lo que representa que en cada misión se pueden realizar unas 60 intervenciones con anestesia general y otras más con local.

- **Valor Humanitario**

Como premisa se pide el *valor humanitario* que es el que contamos en su día cuando decidimos estudiar medicina y saber que “es mejor dar que recibir”. Según el impacto que se consigue en cada una de las misiones realizadas servirá para valorar y reconsiderar si es adecuado repetir la misión en el mismo lugar. Para ello es

fundamental que exista *un antes y un después de nuestra visita*. En el caso de que los beneficios alcanzados durante la misión humanitaria no alcance un mínimo se debe tomar la decisión de no repetirla en este lugar.

En los últimos tiempos las *Short-Term Medical Service Trips* (MSTs), que equivalen a las STMMIs junto con las publicaciones que se hacen sobre este tema, se han puesto de moda. Sin embargo, casi el 95% de estas publicaciones carecen de unos datos y resultados interesantes y los resultados de las actuaciones e intervenciones quirúrgicas o médicas realizadas no se especifican de un modo claro, por ello dejan mucho que desear en el aspecto de su valoración y evaluación.

La falta de organización estricta y seriedad en la realización de estas misiones hacen que los cooperantes médicos que quieren participar en estas compañías lo hagan con mucho interés, pero las recopilaciones de datos evaluativos de sus participaciones son escasas. Podríamos decir que *“La forma de atender a las poblaciones vulnerables deja mucho que desear con respecto a la ética por parte de los actores de la entidad”*¹³.

Lo mismo ocurre con respecto a los niveles de una investigación recopilación y evaluación de los datos que deberían publicar¹⁴. Los estándares autoimpuestos a los MSTs también deben incluir revisiones críticas básicas basadas en la recogida y evaluación de datos. Recopilar datos sobre la calidad de la atención de pacientes atendidos por MSTs es un desafío, y solo unas pocas organizaciones han mostrado la iniciativa de publicar los datos que recopilan. Las organizaciones pueden estar evaluando sus esfuerzos para mejorar la calidad interna, pero la naturaleza voluntaria de estos esfuerzos y la ausencia de incentivos para su publicación pueden significar que estos resultados no estén ampliamente difundidos. Si estos informes existen, su difusión podría beneficiar los esfuerzos de MST, en general, al permitir que otras entidades aprendan de los éxitos y fracasos de grupos similares.

La evaluación de la rentabilidad es relativamente nueva en el ámbito de las MSTs. Las comparaciones relativas con los estándares de las Naciones Unidas pueden ser problemáticas, y el valor de estas evaluaciones puede limitarse a las comparaciones internas entre viajes para organizaciones de servicios médicos. Los beneficios educativos y el impacto en la competencia cultural de estos viajes para estudiantes pueden representar un área relativamente fácil para una evaluación objetiva en el futuro. Se garantiza, además, un énfasis en la evaluación para mejorar la planificación,

¹³ DUPUIS CC. Humanitarian missions in the third world: a polite dissent. *Plast.Reconstruct. Surg.* 2004; 113 (1):433–435. [PubMed] [Google Scholar]

¹⁴ DECAMP M. Scrutinizing global short-term medical outreach. *Hastings Cent Rep.* 2007; 37(6):21-23.

la implementación y los resultados de las inversiones en las MSTs. Además, el número limitado de publicaciones que describen las MSTs rigurosamente evaluadas puede llevar a la conclusión de que los datos no existen y respaldar aún más las críticas históricas de estas actividades.

Su tipología:

Vamos a mencionar los diferentes tipos de Short Term Medical Missions International (STMMIs) que realizamos desde la Fundación Clarós explicando brevemente su contenido y su repercusión en los diferentes ámbitos en los que nos movemos. Así como a quien van destinadas y como se pueden organizar cada una de ellas para que sean eficaces y rentables (Anexos)

- **a) Campaña: “Oír y hablar”**

Tratamiento de la Sordera

La Fundación Clarós lucha para que los problemas graves de sordera sean identificados, diagnosticados y tratados convenientemente a través de su actuación y la formación de los profesionales locales en los países que se visitan y atienden a sus pacientes. Los planes y objetivos que se pretende es prevenir la hipoacusia con los programas que la FC enseña y guía en los países que se realizan misiones, su tratamiento quirúrgico adecuado y/o la aplicación de audífonos gratuitamente durante nuestras campañas humanitarias. Este es su principal objetivo. Otra labor importante que nos es encomendada es la de concienciar a la opinión pública del respecto a las carencias en la sanidad básica de aquellas zonas para que sean conscientes de los riesgos de sufrirlas.

Nuestra visión

La labor de la FC es concienciar y, así, poder paliar la pérdida de audición así como tratar sus consecuencias en pacientes sin recursos, contribuyendo a la prevención y mejora de la salud en países necesitados. Se realizan cursos de formación para médicos pediatras, otorrinolaringólogos, generalistas, comadronas o enfermería en general para que puedan reconocer y valorar su incidencia.

- **b) Campaña: “Children’s Smile in Africa”**

Tratamiento de las malformaciones orofaciales en niños

Objetivos: procurar erradicar la patología que se da en los niños con labio leporino en África, formando, a la vez, a profesionales autóctonos que trabajen en equipo y coordinando los tiempos quirúrgicos y de rehabilitación según las patologías encontradas. En este grupo se deben incluir cirujanos maxilofaciales, plásticos, otorrinolaringólogos, audiólogos, logopedas, psicólogos, audioprotesistas y pediatras. Este objetivo es ambicioso y por la carencia de médicos especialistas en África debemos ocuparnos desde el mundo favorecido.

¿Qué representa un niño con labio leporino?

El labio leporino y el paladar hendido son anomalías malformativas congénitas que se presentan cuando el esbozo del labio de un niño no se fusiona adecuadamente durante el embarazo. El labio leporino y la fisura del paladar son malformaciones que se producen cuando las estructuras faciales no se desarrollan completamente y pueden afectar los tejidos blandos y también a las estructuras óseas. Estos defectos de nacimiento generalmente se denominan en conjunto como “*fisuras orofaciales*”. Estas condiciones se dan entre las anomalías de nacimiento más frecuentes en los países necesitados aunque también se dan en todos los países del mundo, pero su diagnóstico prenatal puede hacer que se aplique el llamado *aborto terapéutico* y por lo tanto no llegan a nacer.

Incidencia:

La población africana tiene una prevalencia de labio leporino con o sin asociación de paladar hendido de aproximadamente 1 por 1000 nacidos vivos, dependiendo de las condiciones de cada país, de la endogamia, de la alimentación y otras condiciones de vida de cada familia. Es más frecuente en las niñas 2:1, es decir dos mujeres por un varón.

¿Cuáles son sus causas?

Se considera que tiene una causa multifactorial, combinando factores genéticos y factores ambientales. Los factores de riesgo que se correlacionaron con las malformaciones orofaciales son:

- Enfermedad materna: diabetes, diabetes gestacional, fiebre, infecciones maternas.
- Características y comportamiento maternos: tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, estrés, drogas, desnutrición, traumatismo y consanguinidad.
- Malnutrición: bajos niveles de ácido fólico, vitamina A.
- Exposición ambiental: contaminantes en el agua potable, sitios de desechos peligrosos, contaminación del aire, acumulación de pesticidas o efectos de la radioactividad.
- La falta de atención médica general, la mala nutrición, la escasez o la falta de agua potable en las regiones en desarrollo de África son una realidad, por lo que estos factores hacen que la población africana sea más vulnerable a sufrir estas malformaciones.

Repercusiones en niños:

En un niño con labio y/o paladar se presentan muchas dificultades: Los niños con estas malformaciones se enfrentan a situaciones que pueden afectar emocionalmente, aspectos sociales o de comportamiento debido a las diferencias en su aspecto físico y el rechazo de su familia, compañeros y vecinos. Además, está la dificultad de alimentación. En África, después del nacimiento, la preocupación que se plantea a continuación es la alimentación. Pues bien, además, estas anomalías dificultan la succión y eso representa una malnutrición segura y una pérdida de peso importante que va a representar la posible muerte del niño. Pero además esto puede generar infecciones de oído y pérdida de audición. Los niños afectados de paladar hendido tienen mayor riesgo de desarrollar pérdida de audición por infecciones frecuentes de oído medio. Todo esto, sin excluir los problemas odontológicos que comportan alteraciones del desarrollo dental, así como dificultades del habla, no olvidemos que el paladar sirve para emitir los sonidos y el desarrollo del habla normal puede verse afectado por el paladar hendido. El habla suena demasiado nasal.

Gestión y tratamiento:

El tratamiento global y quirúrgico para niños con fisuras orofaciales puede modificarse según la gravedad de la fisura, la edad y necesidades del niño, y la presencia de síndromes asociados u otros defectos de nacimiento, o ambos. El tratamiento de un niño con hendidura orofacial es multidisciplinario, y debe hacerse lo antes posible para obtener un buen resultado.

El protocolo de tratamiento quirúrgico es el siguiente:

1. Reparación primaria del labio a los 3 - 6 meses.
2. Reparación del paladar hendido a los 9 -18 meses.
3. Reparación secundaria del labio y paladar, si es necesario en la adolescencia.

El equipo médico de la FC para tratar a estos niños lo compone:

- Un cirujano maxilofacial otorrinolaringólogo sénior
 - Dos cirujanos junior
 - Dos anesthesiólogos
-
- **c) Campaña: “Erradicación del bocio en la mujer africana”**

Tratamiento de la cirugía tiroidea “bocio”

Objetivos: Operar mujeres afectadas por patología de la glándula tiroidea

¿Qué representa el bocio?

El aumento de volumen de la glándula tiroides conduce a lo que se conoce como bocio. Externamente, deforma la parte anterior del cuello justo por debajo de la laringe y se aprecia una tumoración más o menos grande según su tamaño. Desde el punto de vista del aspecto del bocio se distinguen: bocio difuso, uninodular o multinodular. Teniendo en cuenta la evolución de su aspecto se pueden dividir en los siguientes estados:

- Estado 1: solo la palpación puede detectar.
- Estado 2: solo la hiperextensión del cuello lo ponen en evidencia.
- Estado 3: se aprecia visualmente en posición normal del cuello.
- Estado 4: se detecta a distancia.

Incidencia:

La mujer africana tiene una prevalencia de bocio de aproximadamente un 28 %, dependiendo de las tasas de ingesta de yodo, vida hormonal, y de las condiciones de vida en cada país.

¿Cuáles son sus causas?

La etiología más frecuente del bocio es la carencia de yodo, situación conocida como “bocio endémico”. Sin embargo, hay otras causas endocrinas. El tratamiento y curación

en fase precoz se basa en añadir sal de yodo en la alimentación, ya sea en forma de yoduro o yodato. Sin embargo, en estado avanzado solo será la cirugía la solución.

Actualmente existe una dificultad real en los países carentes de posibilidades económicas, en completar los alimentos básicos con un complemento mineral como parte del programa de alimentación pública. La incidencia de la malignización de la glándula tiroides es alta por lo que se recomienda la tiroidectomía total en gran parte de los casos y un examen anatomopatológico. En África esta cirugía está limitada solamente a personas con posibilidades económicas.

Repercusiones en las mujeres:

En una mujer afectada por bocio, se presentan muchas dificultades que incluso pueden llegar a ocasionar la muerte, por descompensación del estado hormonal. La presencia de esta tumoración a nivel del cuello les afecta además psicológicamente, ocasionando cierto rechazo de la sociedad, familia y especialmente del cónyuge.

Cuando el tamaño es grande, les produce dificultad al tragar y al respirar, y en muchas ocasiones se interioriza hacia el tórax produciéndose el llamado *bocio intratorácico*, que les ocasionará problemas cardiorrespiratorios graves. En estos casos la cirugía es más comprometida y tiene mayores complicaciones.

Gestión y tratamiento:

El tratamiento quirúrgico en las pacientes con bocio requiere un diagnóstico y una determinación del estado hormonal de la glándula tiroides. Algunas de ellas sufren de bocios tóxicos lo cual requiere tratamiento preoperatorio para aliviar parte del riesgo quirúrgico.

Después del tratamiento, en los casos que se ha realizado una tiroidectomía total van a precisar del tratamiento hormonal sustitutivo para toda su vida. En caso de no hacerlo en poco tiempo, morirán por falta de hormona tiroidea sustitutiva.

El equipo médico de la FC para tratar esta patología tiroidea lo compone:

Dos cirujanos otorrinolaringólogos especialistas en cirugía de cuello.

Dos cirujanos ORL junior, ayudantes.

Dos anestesiólogos y Dos enfermeras.

La hospitalización necesaria después de la cirugía de cada uno de los pacientes es de aproximadamente de tres días, sin embargo según las circunstancias se puede disminuir y limitarlo a las primeras 48 horas después de la cirugía con el fin de que se establezca el paciente antes de irse a su domicilio.

Durante este periodo que media entre el inicio de nuestras actividades en 1992 y el momento actual, 2021 se han realizado un total de 115 misiones, según la tabla I adjunta. En ella se especifican los detalles de cada misión, año, país, ciudad y el hospital donde se ha realizado la misión humanitaria.

Tabla I. Cuadro resumen de 115 misiones de la FC, 1992-2020

Nº	Año	País	Ciudad	Hospital
1	1992	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
2	1993	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
3	1994	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
4	1995	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain
5	1998	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
6	1999	India	Udaipur	Ravindra Nath Tagore Medical College
7	1999	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic de Recuperare
8	2000	India	Bombay	Jaslok & Research Centre
9	2000	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic de Recuperare
10	2001	Cuba	La Habana	Centro Neurociencia
11	2001	Cuba	La Habana	Hermanos Valladares
12	2001	Moldavia	Chisinau	Statal Center Hospital
13	2001	Egipto	El Cairo	Hearing & Speech Institute Imbaba

14	2002	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic de Recuperare
15	2002	Moldavia	Chisinau	Statal Center
16	2002	Jordania	Amman	The Farah
17	2003	Romania	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
18	2004	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
19	2005	India	New Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
20	2006	Liberia	Monrovia	Kennedy Medical Center
21	2006	Liberia	Monrovia	Saint Joseph's Catholic
22	2006	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
23	2006	India	Hospital Ajmer	Surgical Camp Mittal
24	2007	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
25	2007	India	Ajmer	Surgical Camp Mittal
26	2007	India	Kota	Surgical Camp Kota
27	2007	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
28	2007	Etiopía	Addis Abeba	Tikur Anbessa Specialized
29	2008	India	Nueva Delhi	Sunder Lal Jain Charitable
30	2008	India	Ajmer	Surgical Camp Mittal
31	2008	India	Jaipur	Sawai Man Singh Medical College
32	2008	Senegal	Dakar	Le Dantec
33	2008	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
34	2008	Etiopía	Addis Abbeba	Black Lion y Yekatit 12
35	2009	India	Nueva Delhi	New Pushpanajari Crossday
36	2009	India	Kota	Surgical Camp Kota
37	2009	India	Jaipur	Sawai Man Singh Medical College

38	2009	Senegal	Tamba y Kedougou	Ninefetcha
39	2009	Camerún	Yaoundé	San Martín de Porres
40	2009	Etiopía	Addis Ababa	Black Lion
41	2009	Etiopía	Addis Abbeba	Yekatit 12
42	2009	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
43	2010	Senegal	Dakar	Le Fann
44	2010	Senegal	Ninefecha	Kedougou
45	2010	Rumania	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
46	2010	India	Nueva Delhi	Pushpanajali Crosslay
47	2010	India	Kota	Rajasthan ENT
48	2010	Gabón	Libreville	Fundation Amissa Bongo
49	2010	Rumanía	Iasi	Spitalul Clinic Recuperare
50	2010	Camerún	Yaoundé	Saint Martín de Porres
51	2010	Etiopía	Addis Ababa	Black Lion y Yekatit 12
52	2011	Gabón	Libreville	Fundation Amissa Bongo
53	2011	Etiopía	Addis Ababa	Yekatit 12
54	2011	India	Nueva Delhi	Max Super Speciality
55	2011	Sudán	Karthoum	AL Doha E.N.T Specialized
56	2011	Camerún	Bafoussam	Saint Dominique de Djunang
57	2011	Senegal	Dakar	Le Fann
58	2012	Senegal	Dakar	Le Fann
59	2012	India	Nueva Delhi	Pushpanajali Crosslay
60	2012	India	Kota	Rajasthan ENT
61	2012	Gabón	Libreville	Fundación Amissa Bongo

62	2012	Sudán	Jartum	AL Doha E.N.T Specialized
63	2012	Sudán	Jartum	Ibn Sena
64	2012	Camerún	Yaoundé	Saint Martín de Porres
65	2012	Kenya	Nyeri	Provincial General
66	2013	Senegal	Dakar	Le Fann
67	2013	Gabón	Libreville	Fundation Amissa Bongo
68	2013	Armenia	Yerevan	Yerevan State Medical University
69	2013	R D Congo	Kinsasha	General Hospital
70	2013	Sudán	Jartum	AL Doha E.N.T Specialized
71	2013	Rumanía	Iasi	Arcadia
72	2013	Camerún	Yaoundé	Saint Martín de Porres, Hospital
73	2013	Kenya	Nyeri	Provincia General Hospital
74	2013	Libia	Tripoli	Burns and Plastic Surgery Hospital
75	2014	Sénegal	Dakar	Le Fann
76	2014	Sudán	Jartum	AL Doha E.N.T Specialized
77	2014	Gambia	Banjul	Serekunda
78	2014	R. D. Congo	Kinshasa	Clinique Ngaliema
79	2014	Kenia	Nyeri	Provincial General
80	2015	Senegal	Dakar	Le Fann
81	2015	Gambia	Banjul	Serrekunda
82	2015	R D Congo	Lubumbashi	General de Sedwe
83	2015	R D Congo	Kinshasa	General de Kinshasa
84	2015	Cabo Verde	Isla Santiago Praia	Agostinho Neto
85	2015	Etiopía	Mekelle	Ayder Referral

86	2015	Rumanía	Iasi	Arcadia
87	2015	Kenia	Maragua	Maragua
88	2016	Senegal	Dakar	Le Fann
89	2016	Cabo Verde	Isla de Santiago	Dr Agostinho Neto
90	2016	Cabo Verde	Isla de San Vicente	San Vicente
91	2016	Gambia	Banjul	Serekunda
92	2016	Cabo Verde	Praia y Fogo	Agostinho Neto y Sao Filipe
93	2016	India	New Delhi	Max Super Speciality
94	2016	India	Kanpur	Kanpur Medical Centre Private
95	2016	India	Udaipur	Geetanjali Medical University
96	2016	Rumanía	Iasi	Arcadia
97	2017	Senegal	Dakar	Le Fann
98	2017	Senegal	Dakar	Militaire
99	2017	Gambia	Banjul	Serrekunda
100	2017	Cabo Verde	Santiago Praia	Dr Agostinho Neto
101	2017	Cabo Verde	Santiago Praia	Dr Agostinho Neto
102	2017	Cabo Verde	Isla de Fogo	Sao Filipe
103	2017	Camerún	Bertoua	Regional
104	2018	Senegal	Dakar	Le Fann
105	2018	Gambia	Banjul	Serrekunda
106	2018	Cabo Verde	Santiago Praia	Dr Agostinho Neto
107	2018	Cabo Verde	San Vicente Mindelo	Baptista de Sousa
108	2018	Uzbekistan	Taskent	General de Taskent
109	2019	Burundi	Buyumbura	Centre Medico-Chirurgical de Kinindo
110	2019	Cabo Verde	Isla Santiago Praia	Dr Agostinho Neto

111	2019	Gabón	Libreville	Universitaire de Owendo
112	2019	Burundi	Buyumbura	Centre Medico-Chirurgical Kinindo CMCK
113	2019	Cabo Verde	Isla de Maio Isla de Santiago Isla San Vicente	Do Maio Dr Agostinho Neto Baptista de Sousa
114	2020	Burundi	Buyumbura	Centre Medico-Chirurgical de Kinindo
115	2020	Cabo Verde	Praia Mindelo	Agostinho Neto Dr Baptista de Sousa

3.2. La compleja preparación de una misión humanitaria

3.2.1. Una cuestión previa: la obligación de evitar la enfermedad de los cooperantes

Los componentes de las STMMIs suelen hacer su trabajo en el tercer mundo, donde están expuestos a riesgos sanitarios durante la mayor parte del tiempo por los riesgos de falta de una buena seguridad laboral ya que los países receptores que acogen a las STMMIs son, en general, los más expuestos a las epidemias de enfermedades infecciosas fúngicas, bacterianas, parasitarias o virales. A este respecto, podemos mencionar la existencia de Paludismo; la virosis del Dengue; Meningitis; hepatitis vírica, Cólera o el VIH/Sida. Las enfermedades infecciosas pueden desembocar en consecuencias desastrosas para los componentes de las STMMIs si no se toman medidas preventivas y correctoras¹⁵. Sin embargo, estos riesgos para la salud de los voluntarios se pueden evitar con medidas apropiadas de precaución sanitarias. Es cierto que guardar una buena salud es una responsabilidad personal para cada uno de los miembros de las STMMIs, pero hay que cumplir las reglas establecidas y respetarlas.

¹⁵MURRAY C. K., HORVATH L. L. An approach to prevention of infectious diseases during military deployments. *Travel Medicine. Clinical Infectious Diseases*. 2007; 44(3):424-30.

- *Realización de un chequeo médico antes del viaje.*

Se recomienda que los componentes de la ONG realicen un examen médico antes de cada viaje que incluirá las informaciones oportunas sobre los riesgos sanitarios más importantes (incluyendo el riesgo de los accidentes de circulación) y las necesidades de vacunaciones obligatorias, dependiendo del país que se visite. Los exámenes clínicos específicos se harán en especial a aquellos cooperantes que sufran de problemas de salud crónicos o recurrentes, edad más avanzada y enfermedades del sistema inmunitario o alergias, así como los estados de embarazo.

- *Contratación de un seguro de enfermedad de viaje.*

En algunos países se exige la obtención de un seguro de enfermedad como una condición de autorización de entrada en el mismo. Pero aunque no se exija este documento, se recomienda que todos los componentes de las STMMI dispongan de este elemento para solventar todos aquellos problemas que puedan presentarse durante la misión humanitaria teniendo en cuenta que en estos países no existen los mismos medios de los que disponemos normalmente en Europa y los tratamientos que se puedan necesitar se deberán hacer en clínicas privadas con menor calidad y mayores costes. Como ya se ha mencionado en el capítulo correspondiente, la muerte de un cooperante conlleva una repatriación del cadáver que suele ser extremadamente cara y difícil de organizar. El responsable de la ONG¹⁶ será el responsable de garantizar que cada uno de los cooperantes tenga su cobertura médica suficiente completa incluyendo la evacuación en caso grave y repatriación del cuerpo¹⁷(Figs.3, 4 y 5).

¹⁶SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. CARE International. 2014.

¹⁷https://www.who.int/ith/precautions/insurance_travellers/en/ consulté le 21/01/2019 à 9h25.



Fig.3. Avión medicalizado del RACC como medio de transporte para repatriar a un cooperante enfermo acontecido en el transcurso de una STMMI.



Fig.4 Evacuación de un miembro de la FC por enfermedad.



Fig. 5. Traslado de un miembro de la FC por avión medicalizado por enfermedad en una misión en Cabo Verde, abril 2017.

- *Previsión de la necesidad de sustituir al jefe de la misión.*

En ocasiones puede ocurrir, como en la ONG de la FC en 2017 en Cabo Verde, que el jefe de la misión sea el afectado, y se tenga que evacuar a su lugar de origen. El interés es que todo siga igual, dentro de sus límites, y por lo tanto debe estar asignado un sustituto en el orden jerárquico.

- *Vacunación adecuada.*

La administración de las correspondientes vacunas profilácticas nos aleja de los riesgos de sufrir ciertas enfermedades infecciosas, en especial a los cooperantes de las STMMI que están mucho más expuestos a los contagios y a las fuentes portadoras de las enfermedades que los demás, pero, con el agravante de que sí el sanitario está contaminado, va a extender la enfermedad a los demás profesionales y a los propios pacientes. En este punto hay que consultar a los centros de medicina tropical y seguir sus indicaciones formalmente antes de viajar.

- *Vacunas recomendadas.*

a-Vacunación inyectable contra la fiebre Tifoidea (polisacárido capsular VI): la forma oral atenuada está fácilmente disponible en Europa y se administra en forma de

cuatro dosis orales semanales, aunque no se recomienda en los casos de personas embarazadas o inmunodeprimidas.

b- Vacunación cuadrivalente contra el Meningococo (A, C, Y, W-135).

c-Hepatitis A (en 2 dosis): es una enfermedad evitable con la vacunación y la más frecuente asociada a los viajes internacionales. Se trata de una vacunación en dos dosis inyectables de virus inactivos administrados con 6-12 meses de intervalo y que sustituye a la utilización de las inmunoglobulinas como terapia protectora.

d-La hepatitis B (serie de 3-4 inyecciones) de 0,1 y 6 meses con una cuarta dosis de recuerdo de 1 a 6 meses después de la 3ª dosis, si no ha habido una seroconversión después de la 3ª dosis.

e-Gripe A o gripe estacional: recomendada cada año para los mayores de 65 años, las personas que sufren enfermedades crónicas, todos los profesionales de la salud y los viajeros internacionales.

f- La vacuna H1N1 (Gripe porcina) estará disponible próximamente.

- *Vacunas obligatorias para los viajeros.*

a- Tétanos / difteria / tos ferina celular: es necesario un documento de haber recibido esta inmunización de forma adecuada con una validez de 10 años.

b- Rubéola es necesaria una documentación de la vacunación para los viajeros nacidos en 1957 o después, sin antecedentes de haber sufrido la enfermedad, con la necesidad de la documentación de haber tenido una doble vacunación en el transcurso de su vida.

c- Vacuna contra el Neumococo : para todos los adultos de más de 65 años o un recordatorio si ellos han recibido una inmunización primaria antes de los 65 años y después de 5 años de la primera dosis.

d- Polio: con certificado de las dosis adecuadas iniciales y 1 dosis IM adulta (Vacuna anti poliomiélica oral.)

e- Varicela: (2 dosis en la vida), antecedentes de infección certera o certificado de laboratorio de inmunidad fiable del laboratorio

f- Fiebre amarilla: obligatoria para los viajeros a un país de riesgo de la enfermedad

- *Precauciones estándares para los que prestan servicios médicos regularmente.*

- *Lavado de manos.*

En el transcurso de una STMMI, las manos están en contacto con muchos objetos y superficies contaminadas por virus y bacterias. Al poner en contacto las manos con los ojos, nariz o boca, se corre el riesgo de contraer infecciones tales como la gripe, catarro, o gastroenteritis. La acción de lavarse las manos regularmente es un sistema de evitar muchas enfermedades y de contaminarlas a los demás. También

se evitará la transmisión del cólera, fiebre tifoidea y de las enfermedades provocadas por los parásitos intestinales como la *criptosporidiasis*¹⁸ entre otras. Asimismo, la higiene de las manos reduce el contagio de trastornos provocados por otros patógenos bacterianos (*salmonelosis*, disenterías bacterianas, *shigelosis*, *campilobacteriasis* y cepas patógenas de *E. coli*).

Insistimos en que las manos se laven con frecuencia y después de estar en contacto con los diferentes pacientes, así como el uso de guantes de forma conveniente. Es cierto que en muchas ocasiones en los países más pobres de África hay cortes en el suministro del agua corriente en los hospitales, pero aun así hay que efectuar estas maniobras preventivas. Si se puede hacer el lavado de manos con jabón durante 15-30 segundos mínimo, y a continuación la desinfección de las mismas con los productos desinfectantes, mucho mejor. No está excluido el uno del otro.

- *Desinfección de las manos.*

Se aconseja el uso de los desinfectantes locales ya que son sustancias antisépticas antibacterianas y antifúngicas. Algunos productos son también esporicidas. Todos los participantes en las STMMIs deberán practicar estas actividades antes y después de explorar a los pacientes en general, pero si es conocido que alguno de ellos está infectado con alguna otra enfermedad, entonces se tendrán mayores precauciones. Es recomendable llevar cada uno su propio botellín con solución hidro-alcohólica y aplicarla convenientemente.

- *Utilización de equipos de protección individual (EPI).*

Los EPI incluyen los dispositivos como batas, cubre batas o delantales, gafas protectoras, mascarillas quirúrgicas, polainas o cubre zapatos. El uso de EPI en una STMMI estará indicado según los diferentes casos y condiciones en las que nos encontremos. El uso de los guantes es, también fundamental en todas las STMMI, aunque algunos pacientes piensen que es un gesto despreciativo para ellos porque son de color y los médicos blancos no quieren estar en contacto con ellos. En este contexto hay que explicarles que es un mecanismo para protegerse mutuamente, en especial, si hay algo de sangre. El uso de los guantes no sustituye el lavado de manos y los guantes se usarán siempre que haya riesgo de contacto de sangre, líquidos biológicos, mucosidades o material contaminado. La reutilización de los

¹⁸ La criptosporidiosis es una enfermedad oportunista causada por el parásito *Cryptosporidium*, presente en algunas comidas o en agua contaminada.

guantes está desaconsejada, es más, puede ser un mecanismo de contaminación extra. Para los cirujanos hay que recordarles que en ciertas operaciones que exista un mayor riesgo de contaminación, es mejor usar un doble guante durante la cirugía. Especial atención se tendrá con las empuñaduras de las puertas y ciertas superficies contaminadas.

Durante una STMMI no da tiempo a realizar a todos los pacientes un test específico serológico, como el VIH, por lo que se deberá pensar que todos están contaminados y, proceder cautelosamente usando batas, doble guantes, gafas protectoras y todos los demás dispositivos de seguridad sanitaria.

- *Uso de los elementos cortantes o punzantes.*

Todos aquellos objetos punzantes o cortantes (agujas, láminas de bisturí, suturas, etc.) que se suponen contaminantes deberán manejarse con especial cuidado ya que pueden estar contaminados por VIH/SIDA, Hepatitis B y otras enfermedades. Una picadura de una aguja quirúrgica para el personal de las STMMIs puede significar la contaminación con un agente infeccioso, por lo que deben evitar que esto suceda. El gesto más comúnmente peligroso es el volver a poner el protector de la aguja usada. Todo el material contaminado debe ir a un recipiente adecuado, conveniente marcado con la señal de contaminación, para su depósito y traslado seguro.

Cuando un miembro activo de la STMMI se lesiona con un pinchazo o corte, debe ser inmediatamente comunicado al responsable de la Misión y realizar las normas adecuadas internacionales y locales para su tratamiento. En la FC disponemos en todas las misiones siempre del sistema del test de diagnóstico rápido de VIH/Sida para una valoración rápida que practicaremos al paciente sospechoso y al sanitario (Fig. 6).



Fig.6. Kit de diagnóstico rápido de VIH y sus instrucciones.

- *Paludismo o Malaria*

El paludismo o malaria es una enfermedad parasitaria endémica en un centenar de países del mundo (África Subsahariana, Asia, América Central y del Sur). Es una urgencia médica. Cada año varios cientos de voluntarios contraen la enfermedad por estar en las zonas endémicas. La malaria se contrae a través de la picadura de un mosquito, el llamado *Anopheles* cuyas hembras transmiten al hombre el protozoo que la causa, especialmente durante la noche y, sobre todo, en los periodos de lluvias. El paludismo en su forma *Falciparum* es la más peligrosa, ya que incluso puede producir la muerte. Se manifiesta por fiebre, temblores, dolor de cabeza, náuseas vómitos, tos, diarreas y si no se le aplica un tratamiento, la muerte.

- *Prevención*

No existe una vacuna específica. Son solo las precauciones del paludismo las que pueden evitarlo en gran manera, en especial las picaduras de los mosquitos y esto se logra usando mosquiteras durante la noche y en el día pantalón largo y camisa con manga larga. La prevención se debe complementar con repelentes de mosquitos, insecticidas y telas metálicas anti-mosquitos en las ventanas.

El uso de los fármacos antipalúdicos es una forma también de proteger al cooperante. Entre ellos están: Atovaquone + proguanil (Malarone®, Atovaquone Plus®). Un comprimido (cp) = atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg. La posología de adulto es de 1 comprimido MALARONE® / ATOVAQUONE PLUS® diario empezando un día antes del viaje, durante todo el mismo y siete días después de regresar del viaje. Su administración se debe hacer en la comida o después de un vaso de leche (los alimentos grasos favorecen su absorción). En caso de diarreas o de vómitos importantes la absorción del fármaco es muy escasa.

- *Las contraindicaciones son:*

Embarazo (por riesgo para el feto humano), alergia a uno de los componentes del medicamento, insuficiencia renal grave, niños menores de 8 años o alteraciones del hígado.

- *Los efectos adversos:*

Son generalmente ligeros y pasajeros. En caso de intolerancia al medicamento se debe dejar de tomar. Y las alternativas a ellos son: RIAMET® (Artemether + Lumefantrine), Doxycycline (monohydrate): (Doxysol®, Supracycline®, Vibramycine®) 1 comprimido de 100mg. Adultos: 1 comprimido una vez al día

empezando el día antes del viaje, durante todo él y seguir durante 4 semanas a la vuelta.

- *Precauciones*

Es un medicamento que puede producir una fotosensibilización, por lo que se aconseja protegerse del sol usando un filtro anti-solar muy alto, gorra, y protección de piernas y brazos. La ingesta se hará al mediodía y no por la noche por el riesgo de úlcera gástrica.

- *Diarreas del viajero*

Muchos de los voluntarios que llegan a África en una misión sufren de este proceso sobre todo en la zona subsahariana¹⁹. Se producen por los alimentos y bebidas contaminadas por los múltiples agentes infecciosos (bacterias, parásitos, virus) y sobre todo por la bacteria *E. Coli*²⁰. Especial atención se debe tener con los alimentos y bebidas no embotelladas. Todos los alimentos deben estar bien cocinados y las frutas peladas delante del comensal o por el mismo. Todo lo correspondiente a ensaladas y bebidas de los vendedores ambulantes se debe evitar. Suelen ser la causa más frecuente de contaminación digestiva. La hidratación con 3-4 litros de agua al día es recomendada a diario. Se debe evitar el consumo de agua de la ducha o lavabo para beber o lavarse los dientes. En cuanto a las bebidas calientes tipo café, té, leche en polvo o bebidas gasificadas no comportan problema alguno²¹.

La prevención de la diarrea se hace con el subsalicilato de bismuto (BSS). En caso de que ya se tenga diarrea nos ayudará la *Loperamida* y las soluciones rehidratantes orales. Tanto el café como el alcohol agravan las deshidrataciones, así como las bebidas azucaradas empeoran las diarreas²².

- *El VIH/ Sida*

El virus de la inmunodeficiencia humana, el VIH, se transmite a través de la sangre, del esperma, secreciones vaginales o de las pequeñas heridas de las mucosas de una persona infectada. La enfermedad no tiene cura si bien se consigue enlentecer mucho y llegar a evitar que sea un contaminante activo. La transmisión por contacto

¹⁹MARKWALDER K. *Travellers' diarrhea*. Ther Umsch. 2001;58(6):367-71. doi: 10.1024/0040-5930.58.6.367.

²⁰ZAIDI D., WINE E. An update on travelers' diarrhea. *Curr Opin Gastroenterol*. Jan 2015; 31 (1): 7-13. doi:10.1097 /MOG. 000000000000133.

²¹MARKWALDER K. *Travellers' diarrhea*. Ther Umsch. *Op. cit*.

²²LIBMAN M. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). Résumé de la Déclaration sur la diarrhée du voyageur du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). *Can Common Dis Rep* 2015; 41 (11):411-25.

sexual o de una jeringuilla de una persona infectada son las causas más frecuentes. En las relaciones sexuales hay un riesgo del 80%, por ello, el uso del preservativo es conveniente en las relaciones con una persona desconocida o infectada.

Los cooperantes de una STMMI deben tener mucho cuidado en los países que les recibe. No existe una vacuna específica contra el VIH, por lo que es fundamental mantener las precauciones quirúrgicas y la manipulación del material punzante y cortante de forma adecuada. Y sobre todo el líder del grupo debe explicar que la misión de los cooperantes es la de atender a una población necesitada, evitando su contacto íntimo.

- *Botiquín de emergencia*

Todas las ONGs que realizan STMMIs deben tener un kit de emergencia con test rápido de diagnóstico de VIH²³, así como un botiquín que contenga medicaciones útiles, como aspirina, paracetamol, antibióticos, antipalúdicos, antidiarreicos, fármacos para las infecciones respiratorias, pomadas cutáneas, desinfectantes, crema anti solar y cremas labiales, por si se precisan.

- *Al regreso de la misión.*

Es importante hacer una revisión médica y los convenientes análisis clínicos para garantizar que los voluntarios, que participaron en una misión, sean portadores de algún proceso en incubación, en especial si hay síntomas como fiebre, diarreas o lesiones cutáneas. Hay que tener en cuenta que hay enfermedades tropicales que tienen un periodo de incubación largo y habrá que seguir controles periódicos.

Régimen interno de la FC en una STMMI

Para poder llevar a cabo una STMMI son imprescindibles los cooperantes voluntarios, que son aquellas personas que han entendido que es importante comprometerse con los necesitados y dar parte de su vida para realizar una ayuda humanitaria internacional. El personal que compone estas misiones puede ser voluntario o asalariado, haciendo prácticamente la misma función. En las STMMIs de la FC casi siempre se seleccionan cooperantes voluntarios, pues estos, al estar motivados emocionalmente pueden hacer una misión muy participativa dedicando su tiempo a

²³SHAUN B. *Personal safety & security Handbook. Op.Cit.*

cumplir los objetivos de la ONG de la FC. Procuramos que sea gente joven con ilusión de participar en actos humanitarios, con habilidades profesionales y que sepan comportarse en grupo.

La función de los cooperantes voluntarios en una STMMI

Lejos de pensar que los cooperantes voluntarios tendrán una misión simplemente administrativa, en la FC procuramos que los cooperantes que se integran en las misiones humanitarias tengan un papel activo y útil para el alcance de los objetivos deseados. Aunque con el desarrollo y evolución profesional de las ONGs ha sido necesario disponer de cooperantes profesionales, los voluntarios siempre tendrán un rol en la vida de la misión y podrán hacer un trabajo importante y necesario. Aquí juegan un papel muy importante los organizadores y el propio líder de la ONG para darles el trato oportuno y consideración máxima para el trabajo de cooperación.

Para la selección del personal voluntario es muy útil valerse del manual *Successful Strategies for Recruiting, Training, and Utilizing Volunteers: A Guide for Faith- and Community-Based Service Providers*²⁴, que nos aportará pistas y consejos de cómo hacerlo con sus cinco capítulos que son 1. Planificación, 2. Reclutamiento 3. Entrenamiento 4. Gestión y 5. Evaluación. Una vez tomada la decisión de contar con los cooperantes voluntarios para una STMMI habrá de describirse el puesto que se quiere cubrir y proceder a la selección de candidatos de un modo razonable. Hay que especificar las funciones para una correcta selección y hacer una preparación de ellas para que sean útiles. A su vez, si quedan claras sus funciones, podrán decidir si es el lugar adecuado para integrarse a una misión. Una forma sencilla es la de hacerles rellenar un cuestionario preparado para ellos²⁵.

La selección de los cooperantes conlleva hacer un plan donde se incluya la valoración de los candidatos, recogida de información, habilidades, intereses motivaciones y finalmente valorar sus aptitudes para el voluntariado. La gestión de los cooperantes es una función que hay que hacer con experiencia por parte del líder. La política de algunas ONGs es la de hacer un contrato o acuerdos con los voluntarios para trabajar en los países emergentes incluyendo sus formas de vestir, conducta profesional, ética, confidencialidad y sobre todo una actuación eficiente²⁶.

²⁴U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. (2005) DHHS Publication No. (SMA) 05-4005.

²⁵DRUCKER P.F. *Managing the Non-Profit Organization: Principles and Practices*. Reprint edition. New York: Harper Business.1992. Pags: 3-49.

²⁶PINSONEAULT D. *Attracting and Managing Volunteers: A Parish Handbook*. Edit. Liguori Publications. 2001.

Preparación de una STMMI

Antes de planificar una STMMI los organizadores de la ONG deben estar seguros de que la misión tiene posibilidades de éxito en el destino escogido. Para ello hay que valorar el proyecto, su realización y los resultados esperados, valorando los siguientes puntos.

1- *Tiempo destinado a la misión*: Las STMMIs pueden tener programas que varían en duración desde fines de semana hasta meses. Los cooperantes deben prever cuánto tiempo pueden dedicar a la misión, según sus obligaciones profesionales y personales para cumplir con las obligaciones laborales, y el deseo de ayudar. Escoger una misión a corto plazo, a medio o largo plazo, estar de acuerdo con el tiempo disponible por el cooperante, etc...

2- *La experiencia de la ONG*, en especial saber cuál es la infraestructura de la institución que les invita a participar, su experiencia y los resultados obtenidos. Es obligación de la ONG mostrarse transparente, y de los cooperantes averiguar el historial de la institución que les invita.

3- *Alcance de la misión humanitaria*: cuál será el objetivo final del nuevo destino, composición de las diferentes instituciones y saber las regulaciones que existen en otros países. Preguntar siempre si los componentes pueden ser capaces de llevar a cabo la atención requerida a los pacientes.

4- *Seguridad y protección*: las misiones médicas, a menudo, se realizan en lugares en los que los recursos de seguridad son escasos y diferentes a los que algunos organizadores están acostumbrados. En otras ocasiones se realizan en zonas afectadas por desastres naturales en los que existen las posibilidades de contaminación por una enfermedad infecciosa de los pacientes a los que se van a tratar.

5- *Destino*: las misiones médicas pueden llevar a los sanitarios a cualquier lugar del mundo, y, en ocasiones, las condiciones (distancia recorrida, clima, climatología, alimentación) pueden variar ampliamente. Algunas misiones implican la necesidad de acampar al aire libre; quedarse con familias anfitrionas locales; o viviendo en hoteles de escasa calidad, escuelas o lugares de culto, como iglesias o conventos de misioneras. Hay que procurar siempre que las condiciones de alojamiento de los cooperantes sean suficientes para tener un buen descanso al final de la jornada asistencial.

6- *Reflexión personal*: Los cooperantes interesados deben estar seguros de que podrán superar las condiciones en que se van a encontrar. Pero... ¿Cómo pueden saber los

participantes de una ONG que son aptos para realizar un trabajo humanitario en una misión? El papel del líder o director del equipo debe, en todo momento, apoyar y ayudar a todo el grupo, en todo momento, ejerciendo verdaderamente de director, pero a la vez con estricto control del equipo que participa en la misión.

7-Sensibilidad cultural: los componentes del grupo seleccionado en la ONG deben ser respetuosos con la sensibilidad cultural del país que van a visitar, tanto para sus costumbres, religión y hábitos generales y, si es preciso, las organizaciones pueden ofrecer capacitación específica a los participantes antes y durante el viaje. Es recomendable que los integrantes del equipo tengan habilidades lingüísticas que serán muy útiles para entenderse con los grupos locales y los pacientes.

3.2.2. La coordinación con los profesionales del país de acogida para organizar una STMMI

Cuando se piensa en organizar una misión humanitaria a un país emergente hay que establecer una serie de pasos en su programación. Por experiencia propia todo este trámite puede durar un año, especialmente cuando se trata de una nueva misión o destino.

Por pasos lo describiremos del siguiente modo y se resumen en el texto de la fig. 7.

1-Confirmar la misión con la institución receptora.

Lo primero es establecer un contacto con el Gobierno del país solicitante, organismo religioso o con un hospital que tenga la infraestructura suficiente para garantizar el éxito de la misión STMMI. A continuación concretar la fecha.

Como se comentó anteriormente el sistema más efectivo es establecer un buen contacto, ya sea con la Primera Dama del país, el Ministro de Sanidad o con un directivo de una organización religiosa o de un Hospital que esté interesado en recibir a una ONG de carácter médico para realizar una STMMI (Figs. 8, 9,10 y 11). A partir de este punto se establecerán conexiones con los coordinadores políticos y el equipo médico local. En realidad, son los médicos especialistas locales los que se encargaran de organizar la parte de mayor importancia en una *Caravane Médicale* como es la de proporcionar suficientes pacientes para ser intervenidos, de seleccionarlos y prepararlos para la cirugía. No se debe olvidar que, si ellos no quieren, o no pueden colaborar, porque no se les da un protagonismo adecuado, por más que exista un interés del Gobierno en que se desarrolle la misión, no se logrará garantizar que sea exitosa. El Gráfico de la fig. 7, describe el mecanismo para la programación de una STMMI que suele utilizar la estrategia de la FC en el desarrollo de las STMMIs.

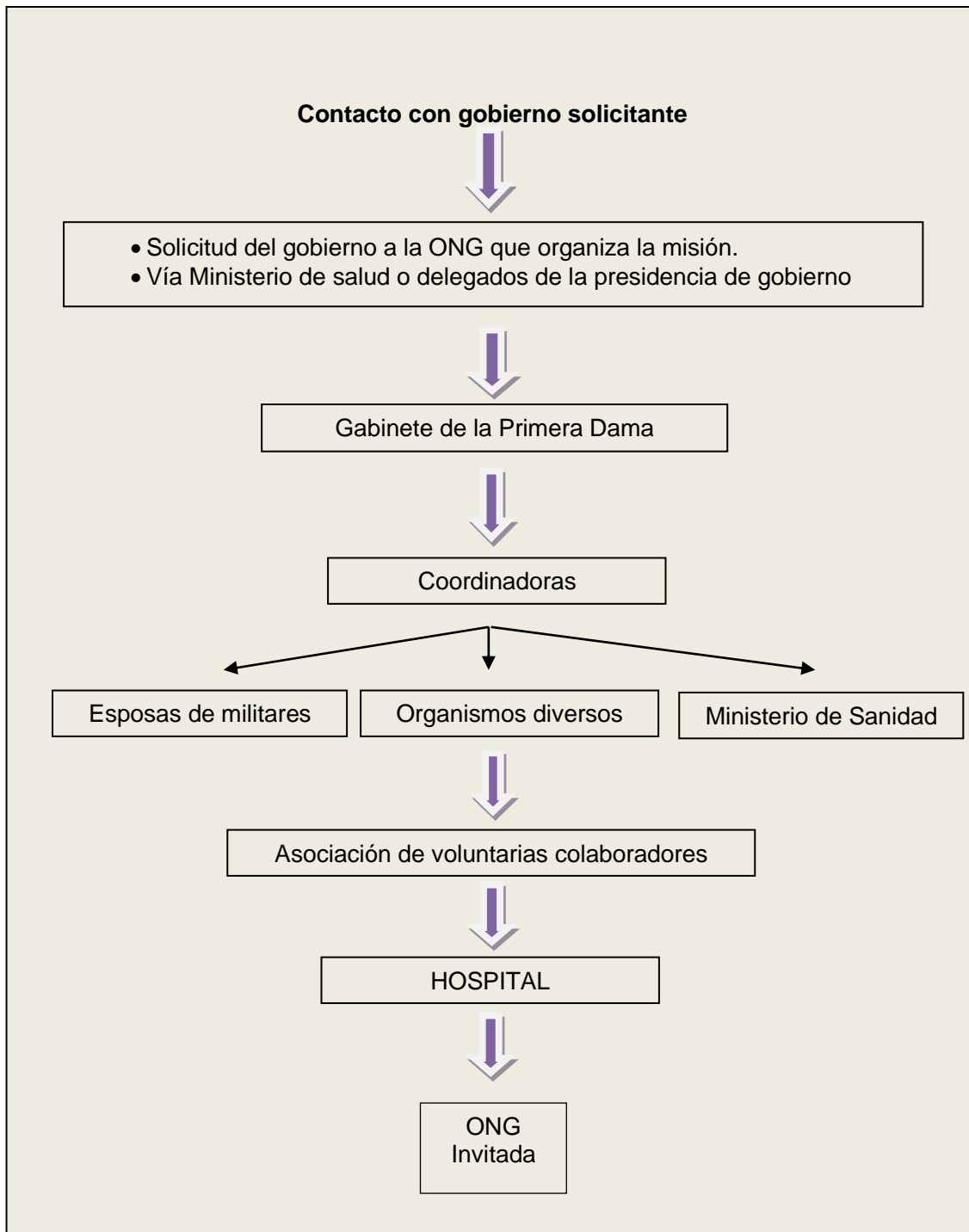


Fig. 7. Esquema de la organización de una STMMI en un país emergente.



Fig.8. La Primera Dama de Congo, Mme. Marie Olive Kabila recibiendo a los componentes de la FC junto a los miembros del Staff. Hospital de Kinshasa en 2014.



Fig. 9. Recepción en el Palacio Presidencial de Dakar, (Senegal) con Mme. Viviane Wade, la Primera Dama de Senegal.



Fig. 10. Mme. Viviane Wade, la Primera Dama de Senegal, con el autor de la Tesis en el Palacio Presidencial de Senegal y viajando en avión al interior de Senegal. 2011.



Fig.11. Avión del Gobierno de la República de Senegal que transportó a los miembros de la FC a Kédougou, ciudad en la región sureste de Senegal, cerca de la frontera con Mali y Guinea. La STMMI se realizó en el Hospital de Ninefecha, en la provincia de Tambacounda.

En la experiencia de la FC hemos visto, en ciertas misiones de diferentes lugares donde se han organizado las STMMIs, fallos organizativos considerables. Es el caso de Gabón en 2019 que, aunque, el propio Presidente Mr. Alí Bongo o la esposa del Primer Ministro, la Sra. Pascaline Bongo estaban muy interesados en su realización, puesto que se cumplía el X aniversario de la muerte del anterior Presidente Omar Bongo, cometieron el gran fallo de no contar con la participación organizativa de los médicos locales. Esto supuso que el colectivo médico se sintiera marginado haciendo el mínimo esfuerzo para conseguir pacientes para ser tratados durante el desarrollo de la Misión. Gracias a la diplomacia de la FC que se dedicó a calmar los ánimos y hacerles ver la importancia de una colaboración conjunta, se llegó, finalmente, a cumplir con los objetivos soñados (Figs. 12,13 y 14).



Fig.12. Salas de espera improvisadas en los patios de la Fundación Amissa Bongo Ondimba (FAABO) en Libreville, Gabón 2012.



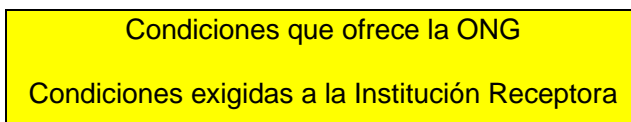
Fig.13. Anuncio de la existencia de una misión humanitaria conjunta.



Fig.14. Los pacientes esperando en las puertas de la “*Foundation Albertina Amissa Bongo Ondimba*”, en Libreville, Gabón en 2012, donde la FC realizó una de sus misiones humanitarias conjunta con la FB. Abril 2011.

2-Fijar los términos de la colaboración mutua.

Se deben garantizar las condiciones de la colaboración mutua entre la ONG organizadora y la institución del país receptor, dejando muy claro los términos que definen lo que debe aportar cada una de las partes.



3- Delimitar funciones de cada una de las partes.

Cuando se inician las conversaciones para poder realizar una misión humanitaria es del todo necesario saber lo que pedimos y conocer lo que se nos puede ofrecer. Es, lo que llamamos, el plan de necesidades. Aunque sabemos que difícilmente vamos a conseguirlo todo, al menos, debemos expresar cuales son, a nuestro modo de ver, los

detalles adecuados para poder operar con un mínimo de comodidades. Es mejor, a ser posible, dejarlo todo por escrito, y con la presencia de una tercera entidad que pueda hacer cumplir lo pactado por cada una de las partes.

Para ello recomendamos mandar una carta al equipo organizador del país receptor explicando las necesidades que solicita la ONG de cooperantes invitada.

4-Conocer la Infraestructura hospitalaria de la institución que recibe a la STMMI en la que se debe solicitar información sobre:

Consultorios

Lugar donde se van a realizar los exámenes de los pacientes antes de operar. En algunos lugares tienen escasos medios a su alcance y hay que adaptarse a ellos con la mejor voluntad posible (Fig. 15).



Fig.15. Dispensario del Hospital Dantec. Dakar 2008.

Quirófano:

Mesas de quirófano, sistemas de iluminación del bloque quirúrgico lámpara de techo tipo *Cialítica*, lámparas auxiliares, taburetes, sistemas de aspiración, equipo de bisturí eléctrico y su estado, equipos de troles de anestesia y los sistemas de gases que se utilizan, sistemas de monitorización, desfibrilador y reservas de oxígeno. Referente a este gas, es importante averiguar si se trata de ese sistema centralizado de oxígeno o solo existe en forma de botellas almacenadas, en este caso es fundamental saber el número de botellas de reserva que hay en el hospital y asegurarse de que el técnico encargado de hacer el cambio de botellas esté todo el tiempo en el hospital. En alguna de nuestras STMMIs hemos tenido ciertos problemas en el suministro de botellas de oxígeno. Esto representa una dificultad añadida cuando se produce en la mitad de una cirugía con los pacientes anestesiados. Por ello, insistimos siempre, en conocer el lugar donde están almacenadas, su número y estado (Fig. 16).



Fig. 16. Equipamiento y quirófano Hospital Dantec Dakar, Senegal 2008.

Sala de Recuperación:

En muchos hospitales de los países en donde se hacen las STMMIs, pero no en todos, disponen de estas salas llamadas de recuperación anestésica donde se puede colocar 4 o 5 pacientes y tenerlos monitorizados durante las primeras horas, hasta que se han recuperado totalmente y pueden pasar a la planta de hospitalización.

Material fungible y equipos de esterilización

Es necesario preguntar por la disponibilidad que tiene el centro de los productos básicos de quirófano tales como: batas, tallas, gasas, suturas, vendajes, y su estado de caducidad. Muchos de ellos son diferentes donaciones que aportan las ONGs visitantes, que posiblemente ya llegan caducados. Si encima se dejan almacenados más tiempo, la garantía que dan es mínima. Sin embargo, hemos de considerar que es mejor esto que nada (Fig.17).



Fig. 17. Depósito de fungibles escondido en algún lugar del Hospital a recaudo de los supervisores.

Debemos conocer los equipos con los que realizan la esterilización del material diariamente, así como de sus técnicos y sus posibilidades de realizar la esterilización. Es aún frecuente que solo se utilicen sistemas de vapor como son los sistemas de

autoclaves, que suelen tener muchos años de funcionamiento y por lo tanto acostumbran a quemar el propio instrumental²⁷. No obstante el miedo al VIH les hace seguir utilizándolos en la mayoría de los lugares visitados.

Productos farmacéuticos.

Básicamente los anestésicos, sus caducidades y su disposición sin olvidar el material fungible y su stock en el hospital (Fig.18).



Fig.18. Valoración de los recursos médicos de quirófano en los hospitales receptores, a la llegada de la FC, por un miembro de nuestra organización.

²⁷ Se trata de un sistema de esterilización que se realiza en un caldero metálico que se cierra herméticamente para poder funcionar a alta presión y así lograr una reacción con esterilización con vapor de agua que sobrepasa los 100º C. Con ello se desnaturalizan las proteínas de los microorganismos con destrucción de los mismos.

Dear Chairman

The aim of all humanitarian medical missions organized by Clarós Foundation is to improve the health of the local people. Aside from conducting Otorhinolaryngology, Maxillofacial, and Facial Plastic surgeries, we provide medical consultations and hearing aid adaptations donated by our Foundation, to people with no financial means.

Following our requirements which should be met by the local Hospital who is inviting us:

1-Selection of a local coordinator specialized in Otorhinolaryngology and Maxillofacial surgery. This Doctor should be responsible for selecting all patients for our mission and will have to keep us informed, during the months prior to the mission, on all the pathologies including the option of sending photos for further confirmation.

2-Will need to know the equipment the local hospital has (number of operating rooms, anaesthesia trolleys, surgical microscopes, surgical instruments, electrical bisturi, aspirator mechanisms, surgical lamps, ...etc.).

3-The Clarós Foundation medical team conducts Otorhinolaryngology and Maxillofacial surgeries (ear, stapedotomies, mastoidectomies, cleft lips, cleft palates, tumours of neck - nose-glands-orbits, pavilion reconstruction, malformations, head and neck surgeries, thyroids, etc.). Also, it is possible to have Vascular Surgeons join our team for arteriovenous interventions, as well as varicose veins.

4-In our team we include an Audiologist responsible for audiometry and hearing aid adaptations.

5-It is frequent that our missions are carried out under the support of the First Lady of the destination country or Health Department, or by any other official institution.

6- It is imperative that the medical team's safety be guaranteed at all times.

7- Clarós Foundation will cover the flight tickets to the final destination. The Hospital or any other organization will cover the Room and Board, as well as local transportation.

As soon as all these sections can be guaranteed, we can start planning a mission.

Attached you will find information where we specify the pathologies we treat and Operating Room plans.

Pedro Clarós

Clarós Foundation. President.

Fig.19. Modelo de Carta que la FC manda siempre a las instituciones receptoras de la FC para dejar claro sus necesidades, lo consideramos básico para seguir con la negociación de la STMMI.

5- Preparar nuestro plan de necesidades de los quirófanos y cómo queremos su disposición.

Es necesario mandar el croquis que la FC tiene con la disposición necesaria para uno o en dos quirófanos, así como el contenido que se precisa en cada uno de ellos. La mejor manera es la de realizar un dibujo, marcando específicamente cada detalle, para que los responsables del hospital y los supervisores del quirófano lo tengan preparado antes de nuestra llegada. Normalmente se solicita disponer de dos quirófanos grandes, uno con una sola mesa quirúrgica y otro, con dos mesas, para la realización de cirugías dobles, uno será con anestesia local y la otra para realizar las intervenciones con anestesia general. La disposición de todos los elementos que se precisan es recomendable tenerlos bien descritos y situados en el plano para que no haya confusiones posibles (Figs. 19, 20,21 y 22) (Tabla II).

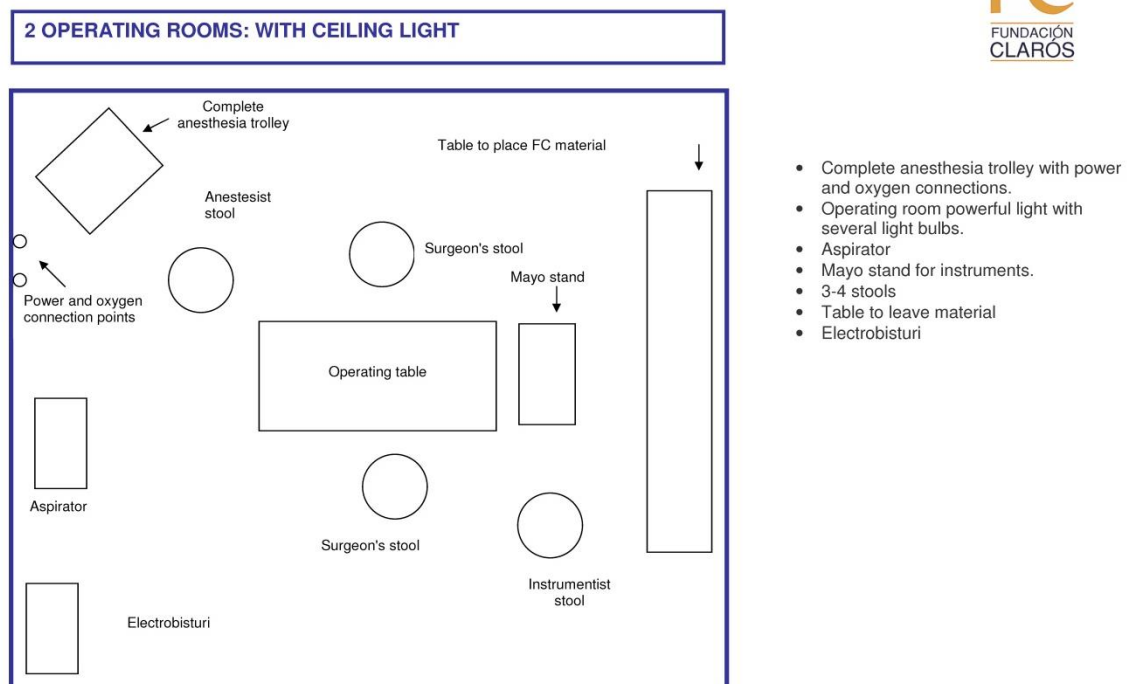


Fig.20 .Planos de la distribución del quirófano según las necesidades de la FC en una STMMI.

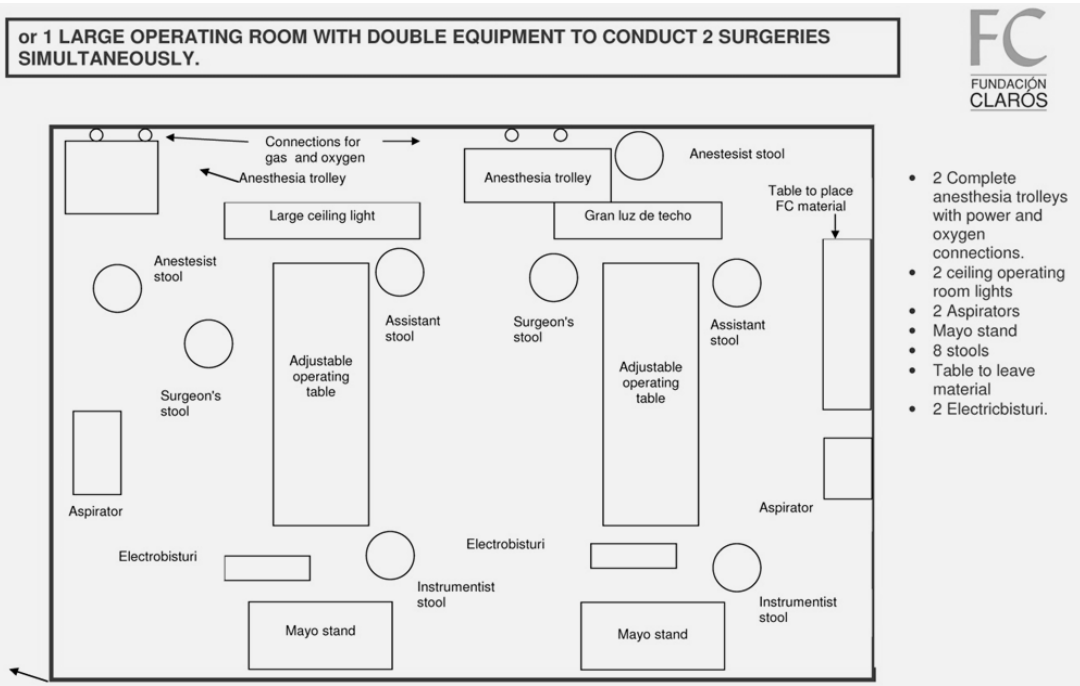



Fig. 21. Dibujos de los planos de las necesidades de la FC en el bloque quirúrgico.



Fig.22 .Disposición de los quirófanos dobles que la FC organizó en una de las misiones en Libreville, Gabón en 2016, en la *Foundation Amissa Bongo*.

Tabla II. Plan de necesidades de FC en una STMMI

	<p><i>Medical equipment at destination</i></p> <p><i>STMMI:</i></p>	<p><i>Date:</i></p>
<p>NECESITIES (Necessary equipment we need at destination).</p>		
<p>In order to carry out our mission for approximately 1 week time length, Clarós Foundation (FC) needs the following:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Authorization to the FC doctors so they can conduct surgeries in: _____. • (Temporary License or the equivalent). 		
<ul style="list-style-type: none"> • Authorization for the entry of necessary drugs for medical consultation, surgeries and post-surgery treatments of the patients selected for the mission. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Authorization for Customs and airline companies to be able to enter surgical material. • A letter from the Hospital that will welcome us stating that the material is to be used in _____ and then returned back to Spain. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Transportation of the FC medical team inside the country during the expedition week. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Food and lodging in a safe and near area to the hospital during the expedition week. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Mosquito nets available in the beds (if they are necessary). 		
<ul style="list-style-type: none"> • Organization of patients: previous announcement and selection upon our arrival. 		
	<p>Premises should have 3 rooms: 2 operating rooms, or 1 spacious operating room with the possibility of double equipment, 1 anaesthesia room and 1 medical consultation room. (See attached).</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Running water, electricity and air conditioning in the rooms. 	

<p>In each operating room:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 operating table, with surgical light in the ceiling. • 3-4 adjustables tools • 1 chair for the anesthetist • 1 auxiliary light for the instrumentist • Several PowerPoint • 2 electrical extension cords with multiple power points. • 2-3 Mayo tables stand for instruments. • 2 Aspirators • 2 Electrobisturi cautery • 2 Stretchers for patient and unit transportation. • 2 complete Anesthesia trolleys with O2 and anesthetic gas access. • 1 table or more with shelves to leave FC material. • 3 large waste baskets for big trash bags • Gallon size trash bags
<p>In the consultation rooms to examine patients prior to surgery:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 desk • 3-4 chairs • 1 power point • 1 waste basket for the selection of patients.
<p>At the pre operating room:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 big washbasin, to wash ourselves prior to operating and a sink to wash the instruments with a surface area of 40x90 cm (or table) to leave the instrument boxes.
<p>The hospital should provide us with:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposable and sterile surgical gowns and gloves. • Sterile covers for each surgery. • Sterilization systems for the surgical instruments belonging to the FC. • Sterile gauze for surgeries. • Frequent medicines used in the operating room (saline solutions). • Have knowledge if the hospital has an ORL surgical microscope in case we need it and which model it is.

6. Pacientes a los que va destinada la STMMI.

Es necesario dejar muy claro al Hospital receptor de que desde éste deben ocuparse de la selección de candidatos para las cirugías que se van a realizar en la STMMI. Debe eliminarse la posibilidad de programar una misión en un lugar donde las necesidades no existiesen para el tratamiento ofertado por la ONG que propone su actividad en un lugar concreto. Por ejemplo, se ha dado el caso de una ONG que realiza actividades *neuroquirúrgicas avanzadas* en una zona donde las necesidades médicas básicas no están cubiertas. En este supuesto habría de estudiarse las posibilidades de éxito. Otro supuesto sería saber quién se ocupará, una vez terminada la misión humanitaria de controlar y seguir la evolución de los pacientes intervenidos. Si no hay nadie capacitado el fracaso está garantizado ya que, con toda seguridad, se producirá una mayor morbilidad y mortalidad de lo esperado.

La selección de los pacientes se debe iniciar tan pronto como se tenga conocimiento de que la STMMI es viable, y que exista cantidad suficiente de pacientes de las patologías seleccionadas. Una forma de hacerlo más fácil es mandar un listado en el que incluyan fotografías del tipo de patologías para ayudar a los encargados de la selección a reconocerlos a simple vista y proponer su tratamiento a cargo de los médicos que próximamente realizarán la misión humanitaria. Cuanto más fácil se realice la identificación de los pacientes, mejor serán los resultados alcanzados. Hay que comunicarlo a todos los niveles, Desde los centros de atención primaria a los departamentos de pediatría o de medicina de familia donde se podrán gestionar estas selecciones de candidatos y guardar una base de datos en las que figuren el nombre del paciente, el de los familiares, tipo de patología, lugar de residencia y, a ser posible, un número de teléfono de contacto. Periódicamente se les irá recordando a las familias la existencia de la misión invitada, con el fin de que ellas confirmen su interés de operarse.

En el esquema de la fig.23 se describe, de un modo fácil de entender, mediante una foto del tipo de pacientes que se quieren seleccionar, evidenciando las malformaciones, defecto o enfermedad, a la que se puede añadir algunos comentarios explicativos, si se creen oportunos. Estos documentos se mandan a los organizadores de las misiones humanitarias para que hagan la oportuna difusión de esta información requerida.

SELECTION OF PATIENTS FOR THE CLARÓS FOUNDATION

1. CLEFT LIP



2. CLEFT PALATE



3- ORBITAL
TUMOR



4- PAROTID
GLAND TUMOR



5- NECK
TUMOR



6- THYROID



7- EYELID
PATHOLOGY



8- MAXILLOFACIAL
TUMOURS



9- OTHER CASES TO CONSIDER

Fig. 23. Lámina descriptiva de la selección de patologías y su terminología clínica, para facilitar el reconocimiento y la selección de los pacientes para la STMMI de la FC.

3.2.3. Cuestiones administrativas:

- **Trámites internacionales de aduana. Cámara de Comercio**

Se estipula que: *La salida temporal del material quirúrgico y médico de una ONG, por tiempo limitado y para su uso con fines profesionales médicos o quirúrgicos, se debe declarar igualmente ante la autoridad aduanera. La correspondiente entrada temporal también tiene que ser declarada ante la autoridad aduanera en el momento de la llegada al país y, además, deberá garantizarse el pago de los derechos de importación de esa mercancía (por si se diera el caso de que se infringieran las condiciones de estancia en el país). Esta garantía se deja generalmente en metálico y se recupera cuando se acredita la salida del país de la mercancía.*

En el caso de un país no perteneciente a la Unión Europea habrá de realizarse cuatro declaraciones aduaneras: salida de la UE, entrada y salida en el tercer país y, finalmente, retorno a la UE. Sin embargo, en nuestro caso en España simplemente se hace la declaración de salida en el mismo aeropuerto ante el agente aduanero de turno, quien lo sellará, comprobará el material y finalmente se quedará con una copia del formato del cuaderno ATA, apuntando el número de vuelo, destino, nombre de la institución y la firma del responsable de la STMMI. Y al regreso se volverá a solicitar la comprobación del material por el funcionario de aduanas en el punto de llegada a nuestro país con el sello de los documentos acreditativos (Anexo)²⁸.

Individualmente, cada país dispone de un impreso o varios de documentos aduaneros nacionales, para efectuar estas declaraciones. En España, también, existe la posibilidad de usar el *Cuaderno ATA*, que tramitan las Cámaras de Comercio, con un procedimiento bastante sencillo, consistente en rellenar el impreso solicitando la exportación en la Cámara de Comercio local²⁹.

- **Cuaderno ATA. Su valor, necesidad y utilidad**

El cuaderno ATA se trata de un permiso de exportación temporal de un material o mercancía a un país extracomunitario y su reimportación, una vez terminada su función

²⁸ ATA carnet en inglés y carnet ATA en francés (combinación del francés y del inglés: Admission Temporaire/Temporary Admission) es un documento internacional que permite la importación temporal (durante un periodo menor de un año) de bienes sin pagar los aranceles e impuestos para ser posteriormente exportados.

²⁹ Fuentes:<https://www.camara.es/blog/comercio-exterior/cuadernos-ata-que-son-y-que-ventajas-tienen>.

por ser propiedad de una empresa o ONG, y estar exento de liquidación de los impuestos y correspondientes aranceles que se aplican a las importaciones³⁰.

Este impreso lo suele utilizar toda empresa u organización que necesite transportar temporalmente una mercancía de un país a otro (ya sea con fines de exposición en una feria de muestras o por tratarse de un material profesional para su uso en destino) y, posteriormente, devolverla a su país sin modificar composición. Se emite por las Cámaras de Comercio y su validez es, solo para aquellos países que se incluyen en el listado del Convenio ATA. La entidad que lo desee utilizar deberá hacer un depósito que garantice su valor delante la Cámara de Comercio según las tarifas que establezca cada país. Los trámites se hacen en la aduana, ya sea marítima, terrestre o del aeropuerto bajo la vigilancia del funcionario correspondiente.

En el caso que el país no esté en la lista que aparece en los mencionados en el cuaderno ATA, no será necesario hacer ningún depósito, pero se requiere contactar con el Consulado correspondiente para saber los trámites adecuados correspondientes que se han de realizar. La reimportación de todo el equipo debe hacerse cumpliendo la duración válida del Cuaderno ATA. Los sistemas aduaneros mundiales proporcionan ventajas para la libre circulación de las mercancías y de este modo se promocionan las relaciones de índole comercial entre los países. A este efecto se formalizó el 6 de diciembre de 1961 el *Convenio Aduanero ATA de Admisión Temporal de Mercancías* y más tarde el 26 de junio de 1990 el Convenio de Estambul³¹.

Las Administraciones Aduaneras de todos los países han venido concediendo, desde hace años, ciertas facilidades para la circulación de mercancías con el fin de estimular las relaciones comerciales entre los diversos países. Por este motivo, el 6 de diciembre de 1961 se firma el y, posteriormente, (Ver en Anexos los diferentes formularios de los Cuadernos ATA utilizados en FC).

³⁰ Instrumento de ratificación por parte de España del Convenio relativo a la importación temporal. BOE, núm. 246, 14 de octubre de 1997.

³¹ Importación temporal - El Convenio de Estambul: "Algunos productos que deben llevarse a cabo en un país por determinadas razones específicas (una exhibición, una demostración comercial, una misión humanitaria, etc.) están exentos de los derechos de aduana bajo la condición expresa de que reexportan dentro de un plazo específico. Esto es lo que se conoce como el procedimiento de admisión temporal. La Convención sobre Admisión Temporal firmada en Estambul el 26 de junio de 1990 proporcionó un medio para reunir y simplificar varios instrumentos que rigen la admisión temporal que ya existían en ese momento. Las herramientas más importantes cubiertas por el Convenio de Estambul son el cuaderno ATA (para mercancías) y el cuaderno CPD (para vehículos), que son documentos estandarizados utilizados por servicio aduanero para verificar las admisiones temporales".

- **Utilidad del Cuaderno ATA**

Se especifica de modo muy contundente que es necesaria:

- Todos los productos no perecederos que deban cruzar las fronteras o aquellos que precisen de elaboración o reparación.
- Material de exposición para Ferias y eventos comerciales, ya sea de índole oficial o que pertenezcan a entidades privadas.
- Muestrarios que utilizan los representantes comerciales en diferentes países sin precisar los documentos que los definen.
- Equipos técnicos usados para labores de tipo profesional como: periodismo, reportajes fotográficos, emisoras de radio, cinematografía, instalaciones técnicas, actividades culturales, acontecimientos deportivos...etc.

- **Ventajas para las ONGs que viajan con frecuencia a un país no comunitario**

La solicitud de dicho documento tiene muchas facilidades para la ONG que organiza una STMMI, tales como:

- Fácil y rápida obtención del documento ATA.
- Coste muy bajo.
- Utilización de un solo documento para viajar por diversos países.
- Trámites aduaneros fáciles y ágiles.
- No se precisa de un aval en las Aduanas de los países visitados.
- Estimula los intercambios comerciales a nivel internacional.

- **Los territorios autorizados a las ONG médica a visitar con Cuaderno ATA**

Alemania, Argelia, Andorra, Australia, Austria, Bélgica, Luxemburgo, Bulgaria, Canadá, Costa de Marfil, Rep. Popular China, Chipre, Croacia, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hong Kong, Hungría, Islandia, India, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Líbano, Macedonia, Malasia, Malta, Marruecos, Isla Mauricio, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rep. Checa, República de Corea, Rep. Eslovaca, Rep. de Sudáfrica, Rumania, Rusia, Senegal, Singapur, Suecia, Suiza, Sri Lanka, Tailandia,

Túnez, Turquía, Botsuana, Lesoto, Namibia, Suazilandia, Jersey, Bailía de Guernesey, Isla de Man, Puerto Rico, Guam, Tasmania, Guadalupe, Martinica, Guyana, Reunión, Nueva Caledonia, Wallis y Futuna, Polinesia Francesa, Saint Pierre y Miquelón o Mayotte³².

Para los países que no estén en el listado como tal, se debe consultar en la Cámara de Comercio y seguir sus indicaciones. Por ejemplo, en experiencia de la FC, hay países como Burundi, Gabón, Gambia, República de Cabo Verde, Sudán, Etiopía o Kenia entre otros que no figuran en el listado, en estos casos hay que buscar una posible solución mediante los funcionarios de Aduanas. En todas la STMMI realizadas por la FC se ha cumplido estrictamente estas normas aduaneras tanto a la salida del país como a su entrada, exhibiendo el documento y sellándolo convenientemente. Su duración es de 12 meses. Se entrega en 48 horas y, actualmente, en el 2020 tenía un coste de 165€ (Tabla III).

Tabla III .Distribución de las misiones realizadas por la FC en el mundo

GRÁFICA DE PAÍSES DE STMMI DE LA FUNDACIÓN CLARÓS	
EUROPA	Rumanía, Moldavia, Serbia, etc.
ASIA	India, Uzbekistán, Irán, Irak, Jordania, Armenia
ÁFRICA	Senegal, Camerún, Gabón, Gambia, Etiopía, Egipto, Liberia, Kenia, Cabo Verde, RD Congo, Libia, Sudán.
AMÉRICA CENTRAL	Cuba

3.3. El capital humano

3.3.1. El personal de la misión. Los cooperantes

La primera y más importante obligación es la de dar una información detallada a los participantes en una STMMI, especialmente si es su primera experiencia. Los equipos que componen las misiones médicas deben trabajar conjuntamente para tratar a los pacientes de la forma más efectiva posible, y, a la vez, resolver los problemas comunitarios que pueden alterar los problemas de salud. En ocasiones la dificultad está en la falta de mecanismos para la esterilización del material quirúrgico, o la falta de

³² Fuente de datos http://www.comercio-exterior.es/es/action-articulos.articulos+art-66+cat10/Articulos+de+comercio+exterior/Aduanas/_Que+es+un+Cuaderno+ATA_.htm

higiene de los profesionales del hospital receptor. En otras está en causas externas, ajenas al hospital, tales como las debidas a las condiciones del agua, en algunas hay falta de suministro y en otras está contaminada, lo que producirá afecciones gastrointestinales. Todos deben recibir conceptos muy claros de lo que es una STMMI y no confundirlo con unos periodos o momento de turismo sanitario. Si alguien pretende hacerlo, hay que aclarar los conceptos malentendidos.

Por lo tanto, añadiremos un apartado que denominaremos: ¿Qué debe conocer el cooperante antes de aceptar una STMMI?

• ***Instalaciones sanitarias:***

Los cooperantes que participan, por primera vez en una ONG médica, suelen estar acostumbrados en su país de origen a realizar su actividad habitual en un hospital moderno, bien equipado, con salas estériles y quirófanos que disponen de todas las tecnologías posibles, pero puede ser que, cuando lleguen al lugar de destino se encuentren que las instalaciones no son como esperaban, y se tendrán que adaptar a las circunstancias. En muchos de los lugares que la FC ha realizado misiones, ha tenido la ocasión de ver que las condiciones de privacidad y/o comodidad de los pacientes son escasas. La consulta se realiza en salas o despachos con poca privacidad y, para crear un espacio más acogedor se tiene que adaptar un habitáculo levantando sábanas o cortinas, o creando una pared humana para proteger al paciente de los demás en la sala de exploración o en las de recuperación u hospitalización. El médico coordinador del grupo también debe pensar en estos detalles.

Somos conscientes que no son lo mismo las condiciones en que solemos trabajar en un mundo sanitario avanzado y desarrollado, como el nuestro, con lo que ocurre en los lugares donde las ONGs se desplazan para realizar tareas asistenciales. La escasez de medios, la falta de preparación del personal, el deterioro y la falta de mantenimiento de las instalaciones llevan a que nos encontremos, con frecuencia, con situaciones poco agradables desde el punto de vista sanitario. Quirófanos sucios, mal conservados y personal con poca preparación profesional (Fig.24).



Fig. 24 .Estado en que nos encontrábamos, habitualmente, uno de los quirófanos en el Hospital de Serrekunda, Banjul, (Gambia), por la mañana tras una noche de urgencias de ginecología, en 2018.

- ***Respeto por el paciente***

Las misiones médicas brindan a los profesionales más jóvenes la oportunidad de aprender cómo atender a pacientes adolescentes o adultos que han vivido toda su existencia en escasas condiciones médicas. Les hará conocer y comprender el dolor y la enfermedad en la pobreza. Desde este prisma, las condiciones ambientales y las amenazas epidemiológicas requieren que los participantes de una ONG tengan ideas imaginativas para poder tratar a los pacientes en condiciones realmente difíciles. Por ejemplo, hemos observado que la resistencia a los antibióticos de las infecciones en algunos pacientes es menor que en países desarrollados. Otro ejemplo es la mayor sensibilidad a la acción de los anestésicos administrados a los pacientes de color en países africanos por no estar acostumbrados a su uso habitual.

La cultura de las familias africanas de mantener su unidad influye, con frecuencia, con nuestros conceptos modernos de hospitalización, y suelen ir acompañados de hijos o nietos o demás miembros de la familia. Explicar los detalles de los tratamientos

médicos o quirúrgicos y las pautas terapéuticas no es fácil en las poblaciones locales por lo que deberemos destinar más tiempo para que nos entiendan y comprendan el plan terapéutico propuesto y así optimizar el resultado deseado con el tiempo.

- ***Condiciones y Cultura local***

Es frecuente que los equipos de profesionales de la sanidad que componen las ONGs colaboren de modo multidisciplinario, incluyendo, si es preciso, a un traductor para ayudar a los pacientes y a los médicos a comunicarse. Es un verdadero arte que hay que aprender, en especial cuando existe la barrera del idioma. Las frases deben ser cortas y claras y recurrir al idioma o dialecto que ellos usan regularmente. Por el mismo concepto, el aspecto cultural, hay ciertas palabras del léxico médico deben evitarse, ya que, con frecuencia, son personas con una alfabetización muy escasa.

Además de las habilidades lingüísticas, que puedan tener, los componentes del grupo de cooperantes pueden recurrir al contacto visual, lenguaje corporal, contacto físico y a las costumbres relacionadas con la cultura local. Recomendamos, en presencia de un traductor, aprender estas costumbres culturales y a utilizar el lenguaje local básico, lo que puede mejorar la relación con un paciente, y les generará mayor confianza, ayudándoles a sentirse más cómodos. Entonces entenderán que les aceptamos tal como son, es decir, sus condiciones culturales.

- ***Colaboración mutua entre los participantes de la misión.***

Durante una STMMI, los diferentes participantes deben fomentar la camaradería de unos con otros para compartir las experiencias, tanto profesionales como emocionales, hablando de las cosas que les sorprendieron. Se recomienda ayudarse mutuamente a resolver los problemas y a relacionarse con personas que van a experimentar las mismas cosas en un futuro muy próximo. Al final de cada jornada de actividad hospitalaria, los participantes van a tener la oportunidad de convivir unas horas al final del día, hay que aprovechar estos momentos.

3.3.2. El papel de liderazgo del director de la misión

El líder de la STMMI debe actuar siempre de forma impecable, pues es el referente del grupo. Facilitará la unidad del equipo, se ocupará de que los objetivos se cumplan y se encargará de crear un entorno que permita, a todos sus integrantes lograr excelentes resultados. Para aquellas organizaciones, con una estructura y organigrama de tipo horizontal, el liderazgo debe extenderse a la mayoría de los cooperantes que están

colaborando en ellas ya sean con el perfil de contrato laboral, beneficencia, voluntarismo, colaboración profesional u otros similares.

El *Modelo EFQM* (Modelo Europeo de Excelencia Empresarial) sirve para dar al liderazgo una atención especial en un área que utiliza a cooperantes de carácter voluntario y con características de personalidad propias, aunque no están exentos de dificultades, pues generalmente, necesitan de una motivación extra debido a que su colaboración no está remunerada económicamente (o si lo es, es muy escasa) además del impacto emocional que representa en periodos cortos de participación.

Con este sistema del modelo EFQM se puede conocer más fácilmente las críticas y quejas que ayudarán a que sus actividades y la propia gestión sean mejor. Con la aplicación de la autoevaluación del sistema el modelo se puede aplicar más eficazmente y reducir los costes lo que le hace adecuado para las ONGs pequeñas.

Estos modelos de gestión diseñados, inicialmente, para las empresas con beneficios a fin de año, cuando se aplican a otras que no los tienen, como las ONGs que no son lucrativas, se van a presentar algunos inconvenientes con el *Modelo EFQM de Excelencia*.

El médico director de una ONG tiene funciones muy específicas e ineludibles, ya que el éxito de la STMMI, depende de cómo se haya organizado, basándose en los dos pilares fundamentales de toda organización de la misión humanitaria que son, los integrantes de su equipo y la viabilidad de su financiación.

El líder o director de la misión humanitaria será el encargado de preparar todos los detalles antes, durante y después de la misión, teniendo siempre en cuenta la previsión de todos los escenarios posibles e, incluso, los de una situación de emergencia o pánico. De un modo u otro, es el responsable del equipo y de todo lo que pueda afectar. Hemos distribuido, por experiencia, las funciones más adecuadas a su cargo.

Previamente a la misión:

1- Selección estricta de los cooperantes:

En la que se tendrá en cuenta, sobre todo, los siguientes conceptos:

- Valoración de su formación profesional.
- Personalidad y posibilidades de poder compartir la misión.
- Resistencia física / Resiliencia, o capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse a los mismos.

La valoración de los voluntarios la basaremos especialmente según:

- El Perfil de su CV, debe ser estudiado con detenimiento confirmando las dudas que podamos tener sobre la veracidad de los datos existentes en él. Este es el momento en que se puede evitar una conducta inadecuada en medio del trabajo de equipo que se va a desarrollar en el campo de actuación directa en el hospital receptor.
- Los cirujanos que integren el equipo deben tener una formación completa y sólida, cirujanos especializados capaces de realizar las labores asignadas en misiones de tipo monográfico (como cirugía del labio leporino, cataratas, pie zambo, tiroides-bocio...) o una misión compleja realizada en un centro hospitalario bien equipado. Ser polivalentes o muy específicos para una misión de tipo monográfico o una misión realizada en un centro universitario equipado con tecnología moderna. Si se incluyen médicos jóvenes en formación tipo M.I.R hay que considerar sus limitaciones profesionales y no permitir que sobrepasen sus límites de capacidad, tendencia bastante habitual que conduce a dejar más secuelas que beneficios, como ya se ha comentado anteriormente.
- En relación con los médicos Anestesiólogos en una STMMI, siempre hay que considerar que en su primera misión deben ir guiados, y profesionalmente acompañados por otro especialista con experiencia suficiente para hacerse responsable de las actuaciones del más joven. Las condiciones que se van a encontrar en los lugares de destino son mucho más difíciles de controlar.
- Para los otros profesionales de la medicina, como son los Audioprotesistas, Enfermeras o Personal Cualificado, deberemos considerar cada situación y cada profesional en particular.

2. Valoración de la Financiación de la Misión Humanitaria:

En este apartado se deben considerar los gastos que acarrea una STMMI, siempre teniendo en cuenta la que correspondan a la ONG organizadora tales como:

- Los billetes de avión, que se cubrirán o por la Fundación o, si no es posible por el coste se hará por los propios componentes integrantes de la STMMI.
- Los gastos de la Licencia Temporal de Praxis médica en el país receptor tienen un valor, aproximadamente de entre 200 \$ para los médicos y de 100 \$ para los otros miembros del equipo. Con esta *Temporal Licence* se puede realizar las actividades médicas y quirúrgicas por un periodo determinado de 3 a 6 meses sin remuneración económica, a excepción que el gobierno receptor lo autorice. En la mayoría de los casos solicitamos al gobierno receptor que se ocupe de su tramitación y abono de los importes correspondientes, previo envío de las correspondientes titulaciones oficiales y

resguardos de una póliza de seguro de responsabilidad civil (RC). (Fig. 25). Es un modo de poder controlar que los profesionales que visitan un país que acepta a una ONG tengan, al menos, la titulación requerida. También es cierto que tener una cualificación oficial, no es garantía de que sean profesionales excelentes. Cada vez más, los gobiernos de estos países emergentes son más estrictos con las instituciones que quieren realizar STMMI en su territorio.

From: Pallares, Anna
Sent: Thursday, February 6, 2020 10:54 AM
To: 'clinica@clinicaclaros.com'
Subject: Póliza de RC. Dr. Pedro Clarós

Benvolgut Dr. Clarós,

En relació a la consulta efectuada, hem d'informar-lo que la pòlissa de Responsabilitat Civil Professional subscrita pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya amb la companyia asseguradora SHAM, estableix en el seu clausulat, el següent en relació a l'àmbit territorial:

"... Atès que és voluntat dels contractants de la pòlissa facilitar l'exercici professional temporal dels seus Assegurats a l'estranger, s'estén la cobertura a arreu del món (excepte els EUA i Canadà) sempre que, amb caràcter previ, l'Assegurat ho sol·liciti a l'Asseguradora mitjançant el Servei de Responsabilitat Professional, indicant la data d'inici de l'activitat professional a l'estranger, el país on l'exercirà i la durada. Un cop comprovat el caràcter temporal de l'estada, es lliurarà l'autorització corresponent. (...)"

Per l'exposat, les estades temporals als Estats Units d'Amèrica i al Canadà no queden inclosos. La resta de països, sí.

En quant al pagament d'aquesta pòlissa, s'inclou en el rebut col·legial que és trimestral. Per aquest trimestre ha efectuat un pagament de 128 €. Està previst un increment d'un euro per trimestre, durant aquest any 2020.

Quedem a l'espera de les vostres notícies, atentament,

Secretaria Àrea de Praxi - Servei de Responsabilitat Professional

Col·legi de Metges de Barcelona. Passeig Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Fig. 25. Pólizas de seguro personal y profesional de RC, que se detallan en el capítulo correspondiente.

Y, en ocasiones, los que corresponden a la institución que nos acoge, tales como:

Alojamiento, transporte dentro del país y manutención a cargo de las instituciones receptoras, pero que en ciertos países económicamente tan pobres que ni el gobierno ni el propio hospital puede cubrir estos gastos, entonces los cubrirá la propia ONG. Este es el caso de Gambia, en que la FC se hizo cargo de su pago en las 5 ocasiones, las mismas que misiones realizó. También ocurrió lo mismo en las STMMIs realizadas en tres ocasiones en el hospital Provincial de Nyeri, (Etiopía) (Fig.26).



GREEN HILLS HOTEL, NYERI

| P.O. Box 313 -10100, Nyeri, Kenya | Tel: 0733 600 887 | 0716 431 988 | Fax: +254 61 2032199
Email: reservations@greenhills.co.ke | website: www.greenhills.co.ke

PIN NO:P000610014V II VAT NO: 001647Z

CLINICA CLAROS

A/R Number: C-0531

Invoice No :2333
Account :9091
Arrival :10/9/2014
Departure :10/17/2014
Adults/Children
Voucher
C/O Time
Cashier/No: *Kimani Charles*

Date	Description	Debit KES	Credit KES
10/11/2014	ACCOMODATION POCH JOAQUIN, MARI CRUZ IGLESIAS, 062	10,000.00	
10/11/2014	ACCOMODATION PEDRO CLAROS, CARMEN PUJOL, 048	10,000.00	
10/11/2014	ACCOMODATION CHANTAL, BACKES, 057	6,600.00	
10/11/2014	ACCOMODATION NOELIA, ESPINOSA, 059	6,600.00	
10/11/2014	ACCOMODATION FARRE, MARIA, 053	6,600.00	
10/11/2014	ACCOMODATION TORRES SOFIA, DECQ MOTA, 055	6,600.00	
10/12/2014	ACCOMODATION NOELIA, ESPINOSA, 059	6,600.00	
10/12/2014	ACCOMODATION PEDRO CLAROS, CARMEN PUJOL, 048	10,000.00	
10/12/2014	ACCOMODATION CHANTAL, BACKES, 057	6,600.00	
10/12/2014	ACCOMODATION POCH JOAQUIN, MARI CRUZ IGLESIAS, 062	10,000.00	
10/12/2014	ACCOMODATION TORRES SOFIA, DECQ MOTA, 055	6,600.00	
10/12/2014	ACCOMODATION FARRE, MARIA, 053	6,600.00	
10/12/2014	Wazalendo B/fast soft Beverage 0011441 PEDRO CLAROS, CARMEN PUJOL,048	180.00	
10/12/2014	Wazalendo Dinner Food 0011452	12,400.00	
10/12/2014	Terrace Dinner Tobacco 0077088 PEDROS CLAROS, CARMEN PUJOL,048	180.00	
10/13/2014	ACCOMODATION FARRE, MARIA, 053	6,600.00	
10/13/2014	ACCOMODATION NOELIA, ESPINOSA, 059	6,600.00	
10/13/2014	ACCOMODATION TORRES SOFIA, DECQ MOTA, 055	6,600.00	
10/13/2014	ACCOMODATION CHANTAL, BACKES, 057	6,600.00	
10/13/2014	ACCOMODATION PEDRO CLAROS, CARMEN PUJOL, 048	10,000.00	
10/13/2014	ACCOMODATION POCH JOAQUIN, MARI CRUZ IGLESIAS, 062	10,000.00	
10/13/2014	Wazalendo Dinner Food 0011465	12,400.00	
10/13/2014	Wazalendo Dinner soft Beverage 0011465	360.00	
10/14/2014	ACCOMODATION TORRES SOFIA, DECQ MOTA, 055	6,600.00	
10/14/2014	ACCOMODATION FARRE, MARIA, 053	6,600.00	
10/14/2014	ACCOMODATION POCH JOAQUIN, MARI CRUZ IGLESIAS, 062	10,000.00	
10/14/2014	ACCOMODATION PEDRO CLAROS, CARMEN PUJOL, 048	10,000.00	
10/14/2014	ACCOMODATION CHANTAL, BACKES, 057	6,600.00	
10/14/2014	ACCOMODATION NOELIA, ESPINOSA, 059	6,600.00	
10/14/2014	Wazalendo Dinner Food 0011465	12,400.00	



Fig.26 .Facturas del equipo de la FC correspondiente a la estancia en *Green Hills Hotel*, en la ciudad de Nyeri, Kenia. 2014.

Durante la misión:

3-Programación diaria y seguimiento de los pacientes intervenidos.

Diariamente, el director de la misión será el encargado de seguir y valorar el parte quirúrgico para la actividad del día siguiente, preparándolo con antelación y prever los diferentes tiempos quirúrgicos destinados a cada procedimiento. Se debe tener especial cuidado de distribuirlo entre todos los miembros de las STMMIs para su conocimiento y programación de las actividades hospitalarias. En estas partes se incluirá los tiempos aproximados de cada cirugía, las personas que van a realizarla y avisar al paciente de estar en ayunas, si es necesario. Del mismo modo, se tendrá que encargar el pase de visita diario y realizar las curas.

Al terminar la misión:

4-Evaluación final de la misión Humanitaria y ver las posibilidades e interés de su continuidad.

No todas las misiones van a tener obligatoriamente una continuidad. Por ello es útil hacer un balance al final de su ejecución para valorar las ventajas y los resultados obtenidos, haciendo participar a todos aquellos que han intervenido.

La práctica de este ejercicio de control de calidad, consistente en conocer lo que ha aportado la misión, es fundamental para hacer una reflexión profunda de cómo se ha conducido la STMMI y detección de sus fallos. En esta reunión deben participar todos aquellos profesionales que han estado involucrados, con libertad total de expresión, y con el objetivo de mejorar todos y cuantos errores se hayan cometido. Es cierto que pueden establecerse algunos descontentos, cuando se dicen las cosas por su nombre, pero todos tienen que entender que, seguro, va a aportar comentarios útiles para ser aplicados a otra misión, si se hace, o al menos, para no repetir en otros hospitales los mismos fallos o insuficiencias.

3.4. Los pacientes o el sentido de la misión

En toda STMMI la actividad que se pretende realizar es la de dar la máxima calidad en la atención a los pacientes, ya que es, a ellos, a quienes se destinan la mayor parte de los esfuerzos, y a quienes hay que prestar la mejor atención médica. Vamos a tratar a continuación, como debe hacerse la selección de los pacientes, el cuidado en la historia clínica, el seguimiento de los pacientes intervenidos y, por último, un resumen final de

las ventajas que ha aportado la realización de la STMMI, valorando los beneficios y las dificultades encontradas

3.4.1. Selección de los pacientes

Lo más habitual y lo que, en nuestra opinión, tiene mejores resultados, es que los organizadores locales del país receptor preparen y preseleccionen un grupo voluminoso de pacientes para ser intervenidos, siguiendo las indicaciones y recomendaciones que da la ONG que va a visitar al país. Una vez llegados los componentes de la STMMI, serán estos los que procederán a la selección definitiva de los casos para operar, evaluándose personalmente con el jefe de la misión y con la ayuda de los especialistas de las diferentes materias o áreas que integran la comisión de cooperantes.

En el caso de la FC, la selección de los pacientes de cirugía Máxilo-facial o cirugía plástica facial la hacen el experto en ORL y CMF; la de los pacientes para fístulas arteriovenosas, la realizan los cirujanos vasculares; y los exámenes de los casos de bocio corren a cargo del cirujano de cuello. Así mismo, para la evaluación de los pacientes hipoacúsicos candidatos a un audífono, se someterán a un examen audiométrico y una evaluación por los audioprotesistas de la misión. Normalmente en los hospitales donde se realizan las misiones, no hay equipo de audiología, ni audiómetros ni audioprotesistas para la adaptación de los audífonos. Es un hecho que la responsabilidad de toda la labor de selección quedará, siempre, bajo la supervisión y dirección del líder o del jefe de la misión.

Para los pacientes seleccionados para cirugía será obligatorio realizar una evaluación del estado general por el equipo de anestesiología, siendo muy críticos en la decisión de operar o no, para evitar problemas posteriores. Los riesgos anestésicos y su exacta valoración son los que declinarán hacia una decisión final de llevar a cabo o no el acto quirúrgico. No olvidemos que la responsabilidad del anestesiólogo se extiende en las tres fases de su competencia, valoración, acto anestésico y recuperación del paciente.

El procedimiento habitual que realiza la FC es el de valorar previamente todos los casos considerados como quirúrgicos por los médicos locales, y en función de las exploraciones realizadas y sus sintomatologías, proceder a incluirlos, o no, en el listado de programación en los días consecutivos de la misión. La sistemática consiste en seguir la lista propuesta, explorar a los pacientes y sobre todo explicar a los pacientes o

a los padres, los riesgos, detalles de la intervención y los cuidados en el estado postoperatorio.

Las posibilidades quirúrgicas de cada paciente se discutirán con los profesionales del centro que nos recibe y con los miembros de la STMMI, así como la conclusión tomada que se comunicará a la familia, para que dé su autorización. Luego se preparará la estrategia de actuación contando con todo el equipo. Para preparar las programaciones de los actos quirúrgicos de los pacientes, se tendrán en cuenta una serie de detalles específicos para escoger la prioridad y el orden. En primer lugar tendrán preferencia los niños y personas jóvenes, o según las patologías que tengan y que les permitan esperar más o menos en el estado del ayuno preoperatorio (Figs. 27 y 28).



Fig. 27. Pase de visita y selección de pacientes en el Hospital de Buyumbura, Burundi en 2020.



Fig. 28. Control meticuloso de la FC en la selección de los pacientes. Burundi 2020.

3.4.2. Los límites de la cirugía ¿Es ético realizar todo tipo de cirugías durante una STMMI?

La presión existente en una campaña quirúrgica suele ser muy grande y se tiende a querer incluir a todos aquellos casos desesperados que llegan a un hospital de referencia al saber que una nueva misión médica extranjera llega, con la esperanza de

que lo *pueden resolver todo o casi todo*. Esta actitud o pensamiento es un peligro porque, entonces, suelen llegar los casos inoperables o los que ya lo han hecho, sin éxito, otras ONGs con anterioridad.

Hay que tener mucho cuidado con esta tendencia, pues, puede ser que ocurra lo que llamamos *casos trampa* y dejar, entonces, más complicaciones que soluciones para el paciente. Los cirujanos expertos que actúan en una STMMI saben distinguir, muy bien, lo *que se debe hacer y lo que no*, pero los cooperantes médicos jóvenes, inexpertos, se arriesgan a querer forzar las indicaciones, pensando que así van a aprender algo nuevo, sin valorar que la patología a que se enfrentan sobrepasa su experiencia y límites. Insistimos, una vez más, que el director o líder de una STMMI tiene que saber frenar los ánimos excesivamente entusiastas de los cooperantes jóvenes ya que pueden llevarlos a considerar, erróneamente, los casos difíciles como más fáciles de lo que son en realidad (Fig.29).



Fig.29. Casos muy complicados de malformaciones faciales que son de muy difícil y complejo tratamiento, por lo que hay que evitar que los médicos jóvenes y sin experiencia quieran operarlos.

3.4.3. ¿Es oportuno realizar varias STMMIs al mismo tiempo?

La combinación de una STMMI de dos a más ONGs es un tema que requiere experiencia y, sobre todo, que ambas especialidades no se colapsen o interfieran. En el caso de la FC y la Fundación Barraquer es posible combinarlas ya que sirven conjuntamente para poder atraer pacientes que con algunas patologías de vecindad

pueden ser tratados por los dos equipos, o por el que tenga más experiencia. En este caso hay que entender que la FB solo se dedica a operar cataratas, por lo tanto toda la otra patología de la órbita o de los párpados queda en manos de la FC. En nuestra experiencia podemos decir que es una buena colaboración siempre y cuando no existan rivalidades o puntos de conflicto entre ellas (Fig. 30).



Fig. 30. Anuncio de una misión doble de Otorrinolaringología y Oftalmología en Gabón.

Es cierto que la infraestructura que se necesitará será mayor, pero habrá muchos puntos que se podrán utilizar en común. La buena colaboración de los líderes de ambas ONGs es fundamental para la coordinación y el buen desarrollo final. Para ello, el lugar que les acoge debe tener mayor número de personal colaborador, servicios de limpieza, cocina, alojamiento, medios de transporte, etc. que deben estar capacitados de modo suficiente para poder cumplir con lo que cada una de ellas necesita.

En algunas ocasiones hemos realizado esta colaboración en el mismo centro hospitalario y en otros, como en Senegal, Camerún, Congo, hemos trabajado en diferentes hospitales cada una de las Fundaciones durante el día y compartido la misma estructura hotelera por la noche.

3.4.4. Preparación y relatoría de los informes médicos y quirúrgicos

Tener un listado diario de los pacientes que se van a operar cada día es conveniente para demostrar un orden y, sobre todo, organizar la actividad quirúrgica diaria. El médico coordinador de la STMMI será el encargado de confeccionar esta lista y comprobar que todos los datos son los correctos (Tabla IV). Comprobar que los análisis y pruebas preoperatorias o de importancia en el acto quirúrgico esté en la historia clínica antes de entrar en el quirófano, anotando los detalles para no olvidar, como puede ser, las alérgicas a medicamentos, operaciones previas o si el paciente tiene enfermedades transmisibles como hepatitis, VIH u otras de interés. Habrá otros puntos

de información para la división de enfermería en lo referente a las terapias previas de lavado corporal, rasurado del cabello o vello y las pautas medicamentosas a suministrar unas horas antes.

Tabla IV. Programa quirúrgico de las STMMIs de la FC

Fundación CLARÓS. Bertoua, Camerún, October 7 to 14, 2017

October 8, 2017 (Sunday)

Operating room A	Operating room B	Vascular
A. C. (male, 17 years) Tympanoplasty trans canal right ear	Pauline N. (female, 48 years): Total thyroidectomy	T.T.arteriovenous fistula
M T. (female, 16 years): Tympanoplasty trans canal left ear	F. G. Neck tumor	P.O. Right arteriovenous fistula
F.G. Cleft lip right	G.H. Cleft lip	RR A-V Fistula
L.P Cleft Lip total	J.F.T Cleft Lip	R.T. A-V Fistula
Total procedures: 12		

October 9, 2017 (Monday)

Operating room A	Operating room B	Vascular
E. S (female, 14 years): Tympanoplasty right ear postauricular approach	A. H (female, 37 years): Right hemi-thyroidectomy	D.K. left arteriovenous fistula
Z. H. (female, 8 years): Cleft lip	A. M. (female, 63 years): right hemi- thyroidectomy and isthmectomy	C.P Left arteriovenous fistula
Y. H. (male, 1 year): Cleft lip	F.G Total Thyroidectomy	L.P. Right arteriovenous fistula
S. F., 16 years): right laterocervical congenital fistula	T. D. Total Thyroidectomy	T.T A-V fistula
Total procedures: 12		

October 10, 2017 (Tuesday)

Operating room A	Operating room B	Vascular
G. E. (female, 10 years): Tympanoplasty trans canal right ear	V. E (male, 38 years): turbinoplasty	A D (male, 43 years): left radiocephalic arteriovenous fistula
F. A. (female, 3 years): recurrence thyroglossal tractus (Sistrunk operation)	H. B. (female, 35 years): left lobectomy and isthmectomy	A V (female, 65 years): left radiocephalic arteriovenous fistula
K. C. (female, 35 years): Tympanoplasty trans canal right ear	A. A. (female, 27 years): left lobectomy and isthmectomy	J.M A-V fistula
M.H. (female, 11 years): Tympanoplasty trans canal right ear	A. H. (female, 29 years): partial resection ameloblastoma	Y.Z A-V fistula
B. R.(female, 18 years): submaxillectomy	N. V. (female, 12 years): drainage congenital lymphangioma	L.P. A-V fistula
G. G. (male, 42 years): facial polypectomies	F.T Facial tumor	S.O A-V fistula
Total procedures: 18		

October 11, 2017 (Wednesday)

Operating room A	Operating room B	Vascular
M. M. (female, 10 years): Tympanoplasty trans canal right ear	S.S. (female, 38 years): left parotidectomy	M. L.(male, 58 years): right radiocephalic arteriovenous fistula

S. M. (male, 29 years): cleft palate	N. N. (female, 24 years): polypectomy	V.H. A-V fistula
R. A. (female, 20 years): Tympanoplasty retroauricular right ear	D. J. (female, 10 years): facial palsy	T.P. A-V fistula
R C(male, 28 years): ossicular chain disruption	Y.C. Cleft lip	H.H.A-V fistula
Y. S. V (female, 18 years): facial palsy	G.G. Cleft lip	Y.O A-V fistula
Total procedures: 15		

October 12, 2017 (Thursday)

Operating room A	Operating room B	Vascular
N. Y. : tympanoplasty retroauricular right ear	M. J. (female, 73 years): total thyroidectomy	Y.O A-V fistula
N. M. (female, 15 years): cholesteatoma	K. S. (male 36 years): total thyroidectomy	U.U. A-V fistula
N. Y. (female, 40 years): Tympanoplasty trans canal right ear	Y.Y. Cleft lip	A.S. A-V fistula
C. J. (male, 42 years): tympanoplasty trans canal left ear	W.E. Cleft lip	A.D,A-V fistula
H.A.(female, 7 years): cleft palate	T. Y. Cleft lip	A.R. A-V fistula
Total procedures: 15		

Total: 72 Surgeries

Después de la cirugía es necesario preparar un informe bien detallado de lo que el cirujano ha realizado durante el acto quirúrgico. Esto se hace en un modelo de hoja operatoria en una STMMI (Figs.30 y 31).

LIBREVILLE, 2 Juin 2019



COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Chirurgiens: Prof. Pedro Clarós

Dra. Adriana Poch

Dra. Kinga Mikolajczyk

NOM : N. Pauline **AGE :** 30/01/2017 **SEXE :** F

FENTE LABIALE : côté : gauche **chélioplastie (date ?)**

FENTE PALATINE : FENTE PALATINE opérée une première fois en Janvier 2018

Séquelle de fente palatine : palais très court qui ne permet pas la fermeture du palais non osseux

INTERVENTION: REPRISE DE LA PALATOPLASTIE

TECHNIQUE:

Sous anesthésie générale et intubation orale.

Infiltration (lidocaïne + adrénaline)

Dissection du muscle pharyngo staphylinus

Suture sur la ligne moyenne des deux lambeaux musculaires.

Cette suture est renforcée 3 fois avec MONOSYN 3/0 5/0

Vérification de l'absence de tension musculaire

RECOMMANDATIONS POST OPÉRATOIRES

Maintenir l'hydratation par la voie IV

Pas d'alimentation orale jusqu'à nouvel ordre

TRAITEMENT MÉDICAL

Paracetamol 100 mg/ 6h

Fig. 31. Descripción quirúrgica en una STMMI de la FC.



MEKELE, Ethiopia, September 2, 2015

OPERATIVE REPORT

Pr. Pedro CLARÓS

Dr. Bethlem

Anaesthetist: Mr Mulu

NAME: Z. G AGE: 13 F

RETRO ORBITAL LEFT TUMOR

INTERVENTION

Under general anaesthesia with the oro tracheal intubation

External incision

Unsticking of the periosteal of the nasal bone.

Visualization of the tumour.

Extraction of several small tumoral pieces for pathological examination.

Fig. 32. Relatorio de una intervención quirúrgica de STMMI de la FC

3.4.5. El papel del médico coordinador de las STMMIs en relación a la atención al enfermo

Como hemos mencionado anteriormente, el director de la misión humanitaria será el médico encargado de controlar y supervisar todos los detalles antes, durante y después de la misión, teniendo siempre en cuenta la previsión de todos los escenarios posibles que se puedan presentar e incluso los referentes a una situación de emergencia o pánico. Es una figura de Líder. No obstante, el médico coordinador es una figura fundamental para el éxito de la misión humanitaria.

Programación quirúrgica diaria

El médico coordinador tiene un papel diferente, pero vinculado al del director. Su función está básicamente dedicada a la organización de los programas de los pacientes, además de preparar todos los dossiers y los datos clínicos necesarios para la realización de las operaciones. Al término de las mismas, se encargará de redactar el informe quirúrgico en la forma habitual y dar a revisar al cirujano, por si considera adecuado añadir o quitar algún detalle de la descripción de la cirugía.

Seguimiento de los pacientes intervenidos

Diariamente será el encargado de comprobar el estado de los pacientes operados que aún estén ingresados programando el pase de visita y las curas adecuadas. Antes de darles de alta se ocupará de que tengan la medicación recomendada, su pauta y se asegure que tendrán medios para conseguirla.

Evaluación final de la misión humanitaria e interés de su continuidad

Al final de cada actividad humanitaria proponemos realizar un *Briefing* con todos aquellos profesionales que han intervenido en la misión para valorar los resultados, estudiar los errores y corregir lo que no se hizo correctamente. Con este estudio-valoración se consigue hacer que todo el equipo exprese sus opiniones y que hagan los comentarios que consideren adecuados para concienciar a todo el personal de poder mejorar en las próximas ediciones, si es que las hay. Este resumen, adaptado a las necesidades de la ONG se hará llegar a los miembros del patronato para su conocimiento y para las instituciones oficiales a las que se deba informar.

II. SITUACIONES CON RELEVANCIA INTERNACIONAL EN LA PREPARACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE LAS MISIONES

1. Situaciones de riesgo relacionadas con el país de recepción

En este capítulo se van a mencionar las posibles opciones de situaciones complicadas que se pueden vivir en una ONG que actúa con frecuencia en las llamadas STMMIs y las actitudes que ha tomado la FC para combatirlas.

1.1. *Corrupción en las ONGs*

La corrupción es un tema muy delicado en el mundo de las ONGs. Las misiones humanitarias necesitan saber qué es la corrupción y cómo se produce, así como saber reconocer las diversas formas de cómo se presentan y su verdadera magnitud. Algunas veces pueden presentarse de forma engañosa o encriptadas dando lugar a la caída en la trampa tendida. La idea principal que debemos inculcar a los miembros y del Patronato de la FC es que al conocer estos mecanismos podrá ser más fácil establecer unos medios de protección contra la corrupción y fortalecer los modos para identificar, incluso en los más difíciles contextos, las formas más encubiertas que puedan afectar a la FC y a sus participantes o cooperantes voluntarios. La lucha contra la corrupción es necesaria si lo que queremos hacer es que las ONGs médicas sean transparentes y su reputación intachable.

Definimos "Corrupción" como '*El abuso de poder o posición para un beneficio privado*' (Transparencia Internacional) (TI), incluyendo la "corrupción activa", como el soborno, y la "corrupción pasiva", que incluye el permitir ser sobornado, así como malversación de los fondos destinados a las finalidades de las ONGs³³.

Al referirnos a lo que puede ocurrir durante una STMMI, la determinación del problema es mucho más reducida que lo que ocurre o puede ocurrir en una ONG comercial ya sea privada o pública³⁴.

La corrupción se puede presentar por diferentes contextos entre los que mencionaremos:

³³Transparencia Internacional. *Preventing Corruption in Humanitarian Operations*. 2010.

³⁴STOCKTON N. *Preventing Corruption in Humanitarian Relief Response, ADB/OECD Anti-Corruption Initiative for Asia and the Pacific. 5 th Regional anti-corruption Conference*. Beijing, PR China. Issue Paper (Workshop C) <http://www.oecd.org/dataoecd/63/49/35592702.pdf>. 2005.

- La corrupción "*Contextual*", que es la que está vinculada a la intervención del entorno que la rodea tales como los condicionantes de regímenes corruptos, gobiernos, efectivos de la policía, etc.
- La corrupción "*sistémica*" que se refiere intrínsecamente a la del ser humano, con sus múltiples personajes interactuando e interdependientes
- La corrupción "*intraorganizacional*" vinculada a las limitaciones inherentes a cada ONG (recursos humanos, estrategias activas de prevención contra riesgos de corrupción, procedimientos de verificación). Este modelo más operativo puede ayudar a priorizar e identificar el alcance de la acción de las ONGs a la luz de estos riesgos. Por lo tanto, mientras que las ONGs tengan poca esperanza de erradicar la corrupción contextual, pueden y deben tomar medidas para prevenir o abordar la corrupción dentro de sus organizaciones propias

Hay diferentes factores que pueden conducir a la presencia de corrupción en operaciones humanitarias³⁵. Estos incluyen la falta de planificación o la imposibilidad de planificación, del número de ONGs de carácter humanitario que hay, y los recursos financieros en juego. Este crecimiento ha sido exponencial, y se ha creado una verdadera "industria" de ONGs para el desarrollo de la ayuda humanitaria, como ya se ha apuntado. Muchas de ellas con honestidad y objetivos muy bien definidos y otras muy dudosas en sus prácticas y todavía más en los resultados obtenidos.

La corrupción existe tanto en todos los países desarrollados o no, lo que proporciona un nuevo sistema de ganancias extras para algunos.

El número de ONGs ha crecido exponencialmente a lo largo de los últimos 20 años, al igual que la escala de recursos disponibles. En 2010, se estimó que el gasto humanitario alcanzó apenas 17 mil millones de dólares³⁶.

En las ONGs es peligroso hablar de "corrupción" por miedo a que se produzca una mala publicidad y, en consecuencia, a una pérdida de financiación directa que afectaría a muchas de ellas. Debemos plantearnos si ciertas actitudes de algunas ONGs de desplazarse clandestinamente, como se ha hecho durante años para actuar en zonas de conflicto, cumple con la legitimidad y legalidad de tal acción. Las organizaciones

³⁵MAXWELL D., WALKER P., CHURCH C. *Preventing Corruption in Humanitarian Assistance. Final Research Report. Feinstein International Center, Humanitarian Policy Group and Transparency International*. 2008.

³⁶Development Initiatives, GHA Report 2011, [http://www. Global humanitariana asistencia.Org](http://www.Globalhumanitarianassistance.Org).

humanitarias no pueden ignorar la posibilidad de que se paguen sobornos o impuestos ilegales para que una STMMI pueda actuar u obtener pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente o para realizar estudios clínicos con productos o fármacos concretos, ya sea a través del propio hospital o de mediadores que dirigen el flujo de pacientes hacia una ONG de carácter médico u otra según sus propios beneficios.

La elección de pagar un impuesto ilegal o soborno (en efectivo o en especie) cuando se ha organizado una STMMI en un lugar donde concurren varias ONGs humanitarias de la misma especialidad (por ejemplo cataratas, labio leporino, bocios, pie zambo, odontología, malformaciones craneofaciales, etc.) para tratar a personas necesitadas, aunque finalmente los pacientes sean intervenidos por unos u otros, debemos interpretarlo como una *praxis con corrupción*.

Ha ocurrido que, frente a una patología determinada, una ONG con medios económicos potentes pueda comprar a un *intermediario negociador* un lote de pacientes para que sus médicos jóvenes puedan experimentar e incluso en ocasiones, quitárselos a otra ONG médica de la misma especialidad que no ha querido *cumplir* con el pago de este impuesto o canon. Por ello las ONGs médicas deben ampliar el alcance de la evaluación de riesgos a considerar si sus programas son vulnerables a corrupción, como robo o malversación de fondos o bienes en especies como explotación de beneficiarios por parte de los organizadores de las misiones. Si bien cada situación es diferente, en todos los casos las ONGs médicas tienen que equilibrar su compromiso con los principios humanitarios, lo que implica la necesidad de controlar el riesgo de corrupción para ser verdaderamente responsable ante sus beneficiarios y donantes. También debe ser transparente con las partes interesadas sobre estos desafíos, y cómo pueden afectar las decisiones sobre si continuar o no su trabajo.

Algunas ONGs, particularmente de ciertos países nórdicos, han elegido dar a conocer los resultados de los casos de corrupción, así como las políticas anticorrupción que han utilizado. Un ejemplo es *Dan Church Aid* (DCA) que tiene una página web en la que detalla los casos de corrupción dentro de la organización y cómo fueron tratados³⁷. Según esta institución los principales fallos de la integridad en materia de corrupción son los siguientes:

³⁷<http://www.danchurchaid.org/about-us/quality-assurance/anticorruption/cases>.

- *Conflictos de interés*, que se evitan tratando a todos por un igual sin tomar partido por una persona o institución.
- *Abuso de poder y extorsión*, en el caso de que se manipule o influya a una persona o institución para conseguir unos fines privados para uno mismo, excediéndose en las funciones que les tocan o corresponden por su posición oficial con el objetivo de tener beneficios personales. Un ejemplo de ello sería utilizar a los proveedores de ciertas casas comerciales para tener los productos de la misma calidad pero con reducción de los costes. Otro ejemplo sería obtener dinero de una institución para cubrir los gastos de los viajes privados. Ya no digamos si lo que se pretende es sacar beneficios personales de los trabajadores de la institución en todas sus versiones.
- *Fraude y malversación de fondos*. Son situaciones de tipo ilegal, no recomendables como sistemas de obtención de beneficios personales o profesionales. El fraude consiste en aplicar el engaño o falsas prestaciones con las que se consiguen unos bienes que no corresponden, y todo ello dentro del marco ilegal. La malversación de fondos significa una apropiación indebida de bienes o fondos destinados a un objetivo concreto y legal, mediante un administrador o tutor responsable que evite que en ningún momento puedan ser utilizados para sus propios beneficios. No es preciso que sean cantidades económicas grandes, y también podemos incluir en este ámbito la utilización de falsedad documental, calificaciones impropias, utilización de servicios de la entidad para uso propio, etc.
- *El Soborno* que de ninguna manera se debe aceptar. El soborno es un medio por el cual a cambio de una cantidad de dinero se obtienen unos beneficios que no corresponden con la correspondiente repercusión sobre la verdad de los hechos (en algunos casos para silenciar a una persona o conseguir unos beneficios no esperados). En ciertos casos, la FC ha podido vivir estos sobornos con el personal del hospital donde se realizaban las actividades asistenciales con el fin de favorecer a un tercero de nuestra actuación profesional. El soborno no es legal en ningún país, aunque en algunos de ellos se ve como un medio de ganar un dinero paralelo fácilmente.
- *Nepotismo y favoritismo*. Hay que evitar favorecer a los amigos, familia o relaciones personales con las adquisiciones, contrataciones, otorgaciones de puestos o incluso con una ayuda o beneficios concretos.

Muy concretamente el nepotismo significa tener actos de favoritismo dirigido a seres próximos, conocidos o amistades que en base a esta relación de proximidad se les da unas facilidades que no les corresponde. Sería el caso de favorecer un puesto de trabajo o destino a un ser querido sabiendo que hay otras personas que lo harían mucho mejor por su formación o idoneidad. El seguimiento de un código de conducta nos evitará caer en estas trampas. Muy concretamente en la ejecución de una STMMI tendremos muchas ocasiones de vernos presionados a priorizar un tratamiento de escaso interés a un supuesto beneficiario de una persona que está en condiciones de solicitar esta ayuda, dejando de lado a aquellos casos que sus patologías o necesidades son realmente prioritarias. Por todo ello será importante saber valorar las prioridades y las necesidades de cada uno de ellos.

- *Regalos y hospitalidad.* Hay que tener claro que la recepción o donación de regalos incumple las funciones de nuestra ética y moral. Para tener una orientación estimativa se considerarán *regalos menores y mayores* según su valor y también si son de uso compartido o exclusivos para un solo beneficiario. Con frecuencia en una STMMI algunos pacientes aportan voluntariamente una cesta de fruta o un pastel hecho por ellos para el grupo como agradecimiento de lo que la FC ha hecho por los suyos. Muy diferente es si alguno del grupo intenta abusar de su posición para pedir, exigir o intentar conseguir un beneficio especial e individual, lo que debe ser evitado por el líder del grupo.

Otro aspecto que se considera son los *pagos de Facilitación*: que son aquellos que se realizan en dinero o en especies dirigidas a los funcionarios públicos u otro tipo de personal para garantizar algunas actividades rutinarias (trámites de aduana, adelantar las tramitaciones de los expedientes etc.). Es evidente que muchas de las actividades que desarrolla una Fundación u ONG en diversos lugares del mundo sería muy complicado llegar a su término si no se procediera con este modo de actuar, lo que haría que fuese más difícil que la STMMI se realizar o no.

Por experiencia personal, hemos visto que ser transparente sobre la corrupción no afecta negativamente a los diferentes donantes o benefactores, sino todo lo contrario. Muchas ONGs creen que reportar casos de corrupción es un riesgo mayor con consecuencias potencialmente irreversibles para las organizaciones humanitarias y sus actividades. Sin embargo, las acciones desleales se producen en los países en los que la corrupción ya existe de forma muy extendida y de forma habitual. Por ello las ONGs deben asegurarse de estar bien informadas sobre la naturaleza y el nivel de corrupción en los países en los que operan asesorándose en las Organización para la Cooperación

de Desarrollo Económico (OCDE), los informes de TI sobre los niveles internacionales de corrupción³⁸.

Lo mismo debe tenerse en cuenta con los medicamentos que se aportan en una STMMI, pues corremos el riesgo que estos caigan en manos del personal local y se vendan en el mercado negro local, disminuyendo las posibilidades de aplicar a los pacientes a los que iba dirigido.

En definitiva, es extremadamente importante que las STMMI tengan una clara y apropiada estrategia de intervención y sepan cómo identificar y reducir los riesgos de corrupción, particularmente en la clasificación, elección y selección de los pacientes para operar, conocer los elementos de riesgo operacionales anexos a la organización de la misión, los medios de transporte, almacenamiento y distribución de artículos farmacéuticos y médicos. Ya que la transparencia de las ONGs para combatir la corrupción de manera efectiva es muy importante para el prestigio de las mismas, de sus socios institucionales y donantes privados y es un desafío ético y político.



Fig.33. Yekatit 12 Hospital. Addis Ababa (Ethiopia). 2008.

³⁸International Transparence. *Preventing Corruption in Humanitarian Operations*, 2010.

La experiencia de la FC puede aportar que en el Hospital *Yekatit 12 Hospital*, de Addis Abeba, se detectó que los pacientes que previamente habíamos seleccionado para realizar una operación de labio leporino, eran desviados a otra ONG diferente de la nuestra, con gran capacidad económica, para ser operados por sus miembros a cambio de una cantidad de dinero a la familias a través de un *marchand* negociador que hacía los trámites para obtener beneficios económicos que se repartían entre ellos. En varias ocasiones lo pusimos en conocimiento de las autoridades del hospital sin éxito. Esto es lo que se llama el *mercadeo médico* en que algunas ONGs pagan cantidades suculentas a los familiares para que sus médicos jóvenes experimenten en una técnica determinada (Fig.33).

Lo mismo podríamos decir de una STMMI programada en Tanzania, en la que participaba la FC que se nos solicitó la cantidad de 1000 euros destinada a cada una de las familias de cada paciente que interviniéramos con la excusa de que no tenían medios económicos de transporte y financiación (Figs.34,35,36,37 y 38). Indudablemente los recursos económicos de la FC no estaban en condiciones de asumir estos costes. Otro ejemplo, para mencionar más variantes, fue en Ghana lugar donde teníamos programado realizar una STMMI en Accra y que *Coca-Cola Bottle Ring* financiaba la misión. Al saber, los organizadores locales de la misión quien era el patrocinador pidieron una suma importante a nuestro financiador para seguir con la selección de los pacientes. Ante la lógica negativa de la compañía financiadora de nuestro proyecto se tuvo que cancelar la misión poco tiempo antes de su fecha de realización. Los costes que ello comportó y los inconvenientes consecuentes, fue un motivo de preocupación para todos los organizadores.

Ejemplos de corrupción. Misión Ghana

From: Sergio Codonyer
Sent: Wednesday, July 10, 2014 8:41 PM
To: [Clínica Clarós](#)
Cc: Xavier Selga; Elodia Giménez José
Subject: RE:

Presidente de Fundación Clarós. Barcelona.

Apreciado Pedro,

Como podrás ver en el correo del mes de abril, además de estar todo mi equipo trabajando durante un año, puse también en el proyecto a Conrad (Director General de 11 países), Reiner (Director regional de 9 países, basado en Accra) y a Félix (Director General de la operación en Ghana), entre otras personas para que el programa de FC fuese posible y se pudiera realizar sin problema. Lo que estaba dentro de nuestras posibilidades se ha realizado, pero como no todo está en nuestras manos, lamentablemente en algunas ocasiones no se consigue. Te explico, las condiciones económicas solicitadas por los organizadores locales para obtener pacientes para operar por vosotros no es viable que lo acepte nuestra empresa. Consideramos que es un abuso inaceptable. Me sabe mal por ti, por tu equipo, mi equipo, pero sobre todo por los pacientes y niños ghaneses que están sufriendo y no se podrán beneficiar de este gran proyecto vuestro de FC.

Un abrazo,

Sergi



Fig. 34. Email del día 10 de julio de 2014 de la misión en Ghana.

From: Manna Mission Hospital

Sent: July 16th, 2014 4:41 PM

To: Clínica Claros

Subject: RE: Our Ref: MMH/ADM/1407/00052

Cc: Xavier Selga; Elodia Giménez José

Mr. President, Prof. Pedro Clarós, Claros Foundation. Spain

The Assistant Manager Communication

Coca Cola Bottling Company of Ghana Ltd

Accra - Ghana

UPDATE ON MEDICAL MISSIONS

Manna Mission Hospital is glad to collaborate with your foundation in the proposed medical mission to be held from August 2, 2014 to 10 August 2014. Mission work is one of our core strength as a facility and your goal to help patients with conditions like **Cleft lip, Cleft Palate, Parotid tumors, Malformations of the face, Neck Tumors, Facial Trauma** and more who can't afford surgeries is a project worth commending and supporting as it seeks to bring hope to the poor and healing to many.

On the other hand, we cannot help you. Korle Bu Teaching Hospital doctors may be able to assist with that but the timing is short. Our patient needs economical financial help to be operated on. **Each one, minimum 500 \$.** Are you able to give them?

Kindly take note of the above for the necessary action and we will be glad to have your feedback to facilitate our preparations for the above project. We have however scheduled a follow up meeting with the team of specialists at Korle Bu. We will give you any further update after this meeting.

Thank you

SIGNED:

Medical Director

Manna Mission Hospital

Fig. 35. Copia del email recibido del *Manna Hospital* donde se excusan de no poder aportar pacientes si no se les proporciona medios económicos.

From: Sergio Codonyer
Sent: Wednesday, July 23, 2014 3:41 PM
To: [Clínica Clarós](#)
Cc: Xavier Selga; Elodia Giménez José
Subject: RE:

Presidente Fundación Clarós

Apreciado Pedro,

Ha sido un golpe muy duro para todos nosotros. Desde el año pasado, tanto Elodie en Barcelona como el equipo de Ghana han hecho grandes esfuerzos, y aunque el resultado no ha sido el esperado, estoy orgulloso del gran trabajo realizado tanto por Elodie como por todo el equipo en local (Isaac Antwi, Ama Bawah y Maame Akua) así como el apoyo durante todo este tiempo de Xavi Selga, Reiner Becker y Félix Gomis (además de los contactos locales que lo han intentado todo cuando las cosas se han torcido). A veces, y tú lo sabes bien por la profesión médica, dejarte la piel no significa conseguirlo; esa es la receta que utilizamos para tener éxito en nuestros proyectos y normalmente nos funciona muy bien; para mí, esta experiencia puntual no mina mi creencia.

Referente a los costes que nos ha exigido para conseguir pacientes se escapa de nuestras posibilidades y líneas éticas de comportamiento de dar comisiones. La responsabilidad de este fallo no es del sistema Coca-Cola, por lo que no debería hacerme cargo de ellos. Solo procede cancelar la misión quince días antes de su realización.

Un saludo,

Sergi

	Sergio Codonyer
	Public Affairs & Communication Director
	Tel +34 93 496 67 06
	Fax +34 93 496 65 24
	Email scodonyer@eccbc.com

Fig. 36. Copia del email de Equatorial Coca-Cola Bottling Company a la FC notificando la extorsión a la que está sometida para continuar con la STMMI.

Sent: Wednesday, July 25, 2014 4:41 PM

To: miembros cooperantes de FC. Misión Ghana

Cc: Xavier Selga; Elodia Giménez José

Subject: RE:

Queridos miembros del equipo de la Misión de Ghana de FC.

Debo informaros que nuestra próxima misión en Accra (Ghana) del 2 al 10 de agosto ha sido suspendida esta misma semana por Equatorial Coca-Cola Bottling Company, nuestros sponsors en Ghana, por causas de fuerza mayor y totalmente ajenas a la Fundación Clarós. La compañía ECBC alega que el Manna Mission Hospital de Accra no tiene pacientes con las patologías a las que nos dedicamos de labio leporino, bocios, tumores de cara y cuello, y otras malformaciones faciales, cuando hace poco los había y en gran cantidad así como de cataratas para la Fundación Barraquer.

La verdad es por un motivo muy especial de comisiones a los organizadores locales que, con muy buen criterio, Coca Cola Bottling of Ghana Ltd no ha querido dejarse coaccionar. Imagino vuestra sorpresa una semana antes de partir a una nueva Misión de FC. Solo me queda pedir os disculpas y voy a procurar conseguir y devolveros el importe de vuestros billetes de avión.

Para los encargados, especialmente para Xavier, Sergi y Elodie os agradecería pusierais en antecedentes al Sr. Florence Hiard, Director Acción en Accra de la anulación de nuestra misión y de nuestra preocupación por su cancelación y lo que ello conlleva.

Afectuosamente

*Pedro Clarós
Presidente FC*

Fig.37. Copia del email que se remitió a todos los miembros de la FC y los responsables de Coca Cola por parte del director de FC notificando la cancelación de la STMMI en Accra, Ghana.

Otro ejemplo: Referente a la Misión de Tanzania en 2011.

----- Forwarded Message -----

From: Asrat Mengiste asratmeng@yahoo.com

To: Clinicaclaros, Alfonso Rodríguez Maroto <arodriguez@fundacionamref.org>

Cc: areula@amref.es; Alfonso Villalonga <avillalonga@villalonga.biz>; Guzmán <gaboguzman37@yahoo.es>

Sent: Mon, April 4, 2011 11:43:47 AM

Subject: AMREF SPAIN - Surgery (Tanzania)

Dear friends,

I am trying to talk with you by phone -this morning-, but cannot get past me your phone extension. In any case, the reason for our call is this: We should finish the following costs: The Spanish surgeons of Claros Foundation Spain will cover the air tickets and the accommodation expenditures. Regarding the medical equipment, we know that the Spanish surgeons normally carry some equipment but it is depending on the needs. The Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania (CCBRT) is a Tanzanian Health Care organization CCBRT hospital has a "guest house" for the doctor's accommodation between 50 to 100 USD per person per night. Meals cost about 50 USD per day" Total 150 \$ by day. One week 1050 \$ if they need Plus pay some patient's fees (500USD) to each patient and families to cover transport and food by the FC. CCBRT hospital there should not be any patient fees to be included in the budget since the patients themselves or the hospital are expected to cover that. Note that "the visiting doctors need to register with the Tanganyika Medical Council". "They will have to send their certificates and testimonials early enough for the Counsel to work on (this can take 2 to 3 months to get the registration, and AMREF Tanzania or CCBRT will facilitate this)".

I would greatly appreciate it if you could tell us if all of this is OK, and from there, what information you want to move to the Medical doctors of Claros Foundation.

Thanks and best regards, Alfonso Rodríguez Maroto

Director General Foundation AMREF Flying Doctors

C/ de Buganvilla, nº 5 - 1º C - 28036 (Madrid) Tel: 91 310 27 86 Web:

www.amref.es

Fig.38. Email de la Fundación AMREF que comunica que el CCBT Hospital pide una cantidad de 500€ para seleccionar pacientes para operar por la FC. Inestabilidad Política en país receptor

1.2. Inestabilidad Política en país receptor

Las ONGs tienen un papel importante en los países que sufren “inestabilidad política”. En el transcurso de los últimos decenios, los episodios de este tipo de falta de estabilidad política de los países en desarrollo se han vuelto cada vez más recurrentes, con consecuencias socioeconómicas muy marcadas. Desde 1975 a 2015, la zona más perturbada políticamente ha sido África subsahariana, con 181 acontecimientos de inestabilidad política, lo que representa el 35,03% del total mundial³⁹.

La inestabilidad política la podríamos definir como “todos aquellos cambios bruscos en el poder ejecutivo de un estado ya sea a través de formas legales (constitucionales) o mediante medios de violencia con motivación política” (inconstitucionales)⁴⁰. Desde esta perspectiva, hay que recalcar que el recrudecimiento de las rebeliones armadas, grupos terroristas, agitaciones sociales o manifestaciones antigubernamentales⁴¹ como signos de inestabilidad política que degradan el entorno socioeconómico e institucional de los países emergentes⁴². En estas circunstancias los países que sufren inestabilidad política viven, con frecuencia, situaciones precarias con importantes consecuencias socioeconómicas, caracterizadas por la carencia de alimentos⁴³, de estructuras sanitarias, de personal médico, ausencia o limitación de medicamentos para la población agravada por el menor acceso al agua potable o ausencia de la misma en la propia vivienda⁴⁴.

En este estado de cosas, las ONGs son cruciales para aportar colaboración de tipo humanitario a aquellas personas que han sufrido daños por los conflictos revolucionarios o políticos así como a las propias víctimas de las guerras en estos países inestables políticamente. Si tenemos en cuenta que la accesibilidad a los diferentes medicamentos representa un reconocido derecho por todo el mundo, ocurre que en las situaciones de inestabilidad política cada vez se hace más difícil tener acceso a los medios sanitarios y por ello menor atención médica o incluso ninguna.

³⁹OKAFOR G. The impact of political instability on the economic growth of ECOWAS member countries *Journal: Defence and Peace Economics*. 2017; 28 (2): 208-22.

⁴⁰ALESINA A., OZLER S., ROUBINI N., SWAGEL P. “Political instability and economic growth”, *Journal of Economic Growth*, Springer Link. 1996; (1). 189-211..

⁴¹BLANCO L., GRIER R. “Long live democracy: The determinants of political instability in Latin America”, *The Journal of Development Studies*, 2009, (45):76-95.

⁴²RODRIGUEZ F., RODRIK D. “Trade policy and economic growth: A sceptic’s Guide to the Cross-National Evidence”, NBER Macroeconomics Annual. 2000, 15 (1): 261-325. doi 10.3386/w7081

⁴³CAMPOS N., KARANASOS M. Growth, Volatility and Political Instability: Non-linear Time-series Evidence for Argentina, 1896–2000”, *Economics letters*, 2008, (100):135-137.

⁴⁴MILJKOVIC D., RIMAL A. “The impact of socio-economic factors on political instability: A cross-country analysis”, *The Journal of Socio-Economics*, 2008, 37 (6): 2454-2463.

Cuando se dan, además, situaciones de violencia en las calles o participación represiva de las fuerzas armadas, las ONGs, dada su naturaleza de independencia, de neutralidad o de imparcialidad, deben proteger a la población y ofrecerles sus cuidados sanitarios, sin inmiscuirse en los principios políticos del gobierno o de los enemigos del mismo. En estas circunstancias especiales, los hospitales suelen quedar desprotegidos y abandonados, y las ONGs toman el relevo para la atención médica a la población e incluso en ocasiones se preocupan de buscar o suministrar el agua potable, alimentos o alojamiento. Otra función que se les asigna es la de instruir a la población para enseñarles la higiene elemental, y prevenir enfermedades infecciosas o aportar medicamentos o equipos necesarios para hacer que el hospital pueda funcionar bajo mínimos⁴⁵.

En estos casos las ONGs contribuyen a aportar cierta estabilidad a estos países ya que su actividad mejora las condiciones económicas favorables, lo que es imprescindible, pues la degradación de la salud de la gente realimenta la inestabilidad de tipo político por el descontento de sus ciudadanos. Aquí podemos mencionar, como un ejemplo real vivido personalmente, lo ocurrido en los países del norte de África (Túnez, Libia o Egipto) que han tenido diversas revoluciones populares en 2011 a la luz de las Primaveras Árabes, o la que ocurrió en Burkina Faso en 2014.

Prevención y precaución de las ONGs (FC) en los países inestables

Los miembros componentes de las ONGs⁴⁶, si quieren ser eficaces deben contar en primer lugar en proteger su seguridad⁴⁷. Las ONGs que trabajan en países inestables políticamente hablando, deben conocer sus causas y, sobre todo, nunca tomar parte de ellas ya sea de forma consciente o inconsciente. Sus componentes deben saber y aceptar que ellos están trabajando en un entorno peligroso⁴⁸ por lo tanto comprender que deben evitar inmiscuirse en los asuntos de los Estados huéspedes⁴⁹. El concepto primordial que debe priorizar la seguridad de los miembros de las ONGs es *la de protegerse a sí mismo como principal medida*, la cual no está reñida con prestar ayuda

⁴⁵BRAUMAN R. *La médecine humanitaire*. Puf. Paris, 2e édition. 2010.

⁴⁶STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response*. ODI. Humanitarian Policy Group. 2009.

⁴⁷VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies*. Overseas Development Institute. London ODI. Humanitarian Practice Network (HPN). Good Practice 2000: Review N° 8. Chapter 12. (www.odihpn.org.uk). 2000.

⁴⁸STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response*. *Op. Cit.*

⁴⁹THIRUGNAMAM U., BEE C Y., SIEW L Y, SENG T L. International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2015; 24(3) 181 –187. DOI: 10.1177/2010105815598453

a los demás, sino todo lo contrario⁵⁰. Otra medida recomendable para ellos es conocer y estar al corriente de la situación de los enfrentamientos de las partes en conflicto⁵¹, y conocer los cambios que ocurren cada día para no tener sorpresas desagradables⁵².

Por otra parte, es recomendable que todas las ONGs que trabajan en un país inestable tengan contacto entre ellas, e incluso con las de los países vecinos, lo que les permitirá conocer y analizar los determinantes de la propia inestabilidad política ya que esta suele ser multidisciplinaria. Por ejemplo, en los años 90 el *efecto contagio de la inestabilidad política* era remarcable en el África subsahariana y, también en los países de las Primaveras Árabes.

La *Primavera Árabe* se refiere a las acciones y protestas árabes que tuvieron lugar de 2010-2012, en las que se realizaron manifestaciones de tipo popular en favor de, la democracia y los derechos sociales organizada por la población árabe (Sáhara Occidental, Arabia Saudí, Sudán, Jordania, Bahrein, Omán, Yemen, Libia, Túnez, Argelia, Kuwait, Siria, Egipto, Mauritania Líbano, Irak, Irán, Marruecos y Palestina) según la versión de los propios manifestantes.

En otros casos las ONGs que intervengan en los países con inestabilidad política deben sobre todo evitar manifestar su *identidad religiosa* o la preferencia sobre una etnia determinada, ya que de por sí, estas ya están a menudo etiquetadas de tal o tal concepto⁵³.

La fragmentación étnico-lingüística y religiosa⁵⁴ ha sido durante mucho tiempo considerada como una fuente de inestabilidad política⁵⁵, pues esta diversidad étnica puede generar un elevado nivel de corrupción⁵⁶. Esta confrontación étnica y religiosa puede conducir a conflictos que suelen terminar en una guerra civil⁵⁷. Diferentes

⁵⁰STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response. Op. Cit.*

⁵¹EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. To stay and deliver good practice for humanitarians in complex security environments. OCHA. *Policy Development and studies Branch*. 2011:105.

⁵²SHAUN B. *Personal safety & security Handbook. Op. Cit.*

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ALESINA A., DEVLEESCHAUWER A., EASTERLY W., KURLAT S., WACZIARG R. "*Fractionalization*". NBER Working Paper N°9411, Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research 2003.

⁵⁵COLLIER P., HOFFLER A. "Greed and grievance in civil war" *Oxford Economic Papers*.2004;56:(4):563-595.

⁵⁶EASTERLY W., LEVINE R. "Africa's growth tragedy: policies and ethnic divisions", *Quarterly Journal of Economics*, 1997; (112):1203-1250.

⁵⁷MONTALVO J G., REYNAL-QUEROL M. "Ethnic Polarization, Potential Conflict, and Civil Wars", *The American Economic Review*, 2005; 95 (3):796 – 816.

autores han descrito lazos significativos entre la inestabilidad política y la diversidad cultural y étnica⁵⁸.

Estando así las cosas, las ONGs deben abogar por mantener *una neutralidad* en todas sus acciones, evitando participar en las campañas políticas⁵⁹, o manifestarse a favor de un partido político determinado y aún menos afiliarse a cualquiera de ellos, pues estas actitudes pueden comprometer su seguridad⁶⁰. Es verdad que las ONGs pueden tener intereses que conlleven a una preferencia política, cultural o de valores del país que les acoge, pero esto no debe de manifestarse en ningún momento. Las declaraciones de la ONGs deben ser siempre neutrales. Ciertas inestabilidades están ligadas a una mala gestión del gobierno del país, falta de democracia, despilfarro, corrupción o inflación del poder local. En este contexto, las ONGs, por medidas de seguridad, deben trabajar bajo la *independencia, imparcialidad y neutralidad*.

Actitudes para la evacuación en los países inestables

Los Consulados y las Embajadas tienen un papel esencial en los trámites de evacuación de las ONGs de los destinos denominados inestables⁶¹. Por esta razón éstas deben estar siempre en contacto permanente con sus embajadas las cuales coordinarán las relaciones diplomáticas necesarias para la evacuación de sus ciudadanos en las situaciones de crisis controlando la actuación⁶². Los directores responsables de las ONGs⁶³ decidirán cuándo detener sus actividades temporal⁶⁴ o definitivamente para no ser vulnerada por las acciones de peligro en los países⁶⁵ que les alojan y, sobre todo, para proteger a su personal cooperante⁶⁶.

⁵⁸LA PORTA R., LOPEZ-DE-SILANES F., SHLEIFER A., VISHNY R. "The quality of government". *Journal of Law, Economics, and Organization*, 1999:, 15(1):222-279

⁵⁹ANNETT A. "Social Fractionalization, Political Instability, and the Size of government", *IMF Working Paper*. 2000; (48):561-592.

⁶⁰PALDAM M. "Inflation and political instability in eight Latin American countries 1946–1983", *Public Choice*, 1987; (52): 143-168.

⁶¹EGELAND J., HARMER A., Stoddard A. *To stay and deliver good practice for humanitarian in complex security environments. Op. Cit.*

⁶²SHAUN B. *Personal safety & security Handbook. Op.Cit.*

⁶³STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response. Op. Cit.*

⁶⁴VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies. Overseas Development Institute. Op. Cit.*

⁶⁵EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarian in complex security environments. Op. Cit.*

⁶⁶THIRUGANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. *International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. Op.Cit.*

Ante una agravación de los incidentes, las ONGs podrán regresar a sus países de origen o permanecer en otro vecino para seguir colaborando a través de sus socios locales. Este fue el caso de lo que sucedió con las ONGs que actuaban en Libia donde MSF se tuvo que desplazar a Túnez esperando que se resolvieran los problemas locales. Algo similar hizo el CICR, a pesar de que tiene un peso importante reconocido por el DI en esta clase de conflictos armados, y cuyos cooperantes y delegados suelen tener una gran experiencia en esta clase de situaciones. La repatriación se puede hacer de diversas maneras: unas veces con escolta hasta el aeropuerto o, si esto no es posible, mediante barco o por carretera hasta un país vecino. Si los medios económicos de la ONG son suficientes se podrá hacer por medios privados de transporte aéreo.

1.3. Secuestro o tentativa de secuestro del personal de la misión

Los ataques violentos y los secuestros contra las STMMIs han aumentado dramáticamente en la última década⁶⁷. En el año 2008, se calcula que 260 miembros participantes en una ONG sufrieron algún tipo de secuestro durante una misión humanitaria para pedir un pago inmediato a cambio de sus vidas. Los secuestros en ciertos países han demostrado ser un negocio lucrativo para las bandas criminales que piden rescates importantes a los familiares o a las organizaciones humanitarias de las víctimas, o en su ausencia los venden a los grupos armados. Si bien es cierto que las misiones humanitarias no son los únicos objetivos de los secuestradores, sí que son un objetivo fácil ya que ponen pocas dificultades a los grupos armados, por lo que utilizan a las víctimas con fines políticos, como una herramienta de propaganda, o para demostrar su poder en un determinado territorio.

Otras amenazas posibles a las STMMI son el asalto sexual o la violación al personal que las componen. En los años 2005 y 2006 experimentaron un aumento los ataques, secuestros o intentos de secuestros en países como Afganistán, Somalia, Colombia, Sierra Leona o Sudán con un aumento considerable entre los componentes de las ONGs destinadas en estos países⁶⁸.

⁶⁷VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management*. London, ODI, HPG 2001: Report No. 9 (www.odi.org.uk/hpg).

⁶⁸STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response*. Op. Cit.

En este contexto, la seguridad personal se ha convertido en una preocupación para las ONGs⁶⁹, la ayuda humanitaria y las estructuras de los donantes⁷⁰. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) ha iniciado un estudio analítico en el que examinan la actuación de los profesionales de los EEUU en las diferentes actividades valorando los aspectos de la seguridad y su comportamiento en el campo de la labor humanitaria. Cuando uno de los cooperantes sufre un atentado esto repercutirá, sin duda, en las próximas actividades tanto en su calidad como en la cantidad de la prestación aportada con reducción final de los beneficios de la misión.

Es muy importante poder garantizar una "misión médica segura" para que las personas que esperan nuestra ayuda puedan beneficiarse de los servicios sanitarios. Las gestiones y la valoración de la seguridad en las ONGs respecto a la seguridad de los cooperantes están evolucionando favorablemente. Estos cambios han favorecido a que en las ONGs de gran magnitud como Cruz Roja o Media Luna Roja o las organizaciones individuales tengan más seguridad⁷¹.

En las STMMIs se deben prevenir los incidentes que puedan ocurrir y que afecten a la seguridad personal de los cooperantes, sean de cualquier tendencia o confesión⁷².

Las llamadas *Estrategias de gestión de la seguridad de una STMMI* se basan en el conocido "triángulo de seguridad" que se centran en tres ideales de las políticas de seguridad que son: *aceptación, protección y disuasión*⁷³. Este triángulo sigue siendo la base conceptual de la seguridad operacional para una STMMI siempre y cuando se utilicen las tres conjuntamente⁷⁴.

- *La estrategia de aceptación* busca reducir o eliminar las amenazas morales de los voluntarios cooperantes⁷⁵ mediante la aceptación de su misión de ayuda en todo el entorno⁷⁶.

⁶⁹VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁷⁰VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies. Overseas Development Institute. Op. Cit.*

⁷¹VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁷²VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies. Overseas Development Institute. Op. Cit.*

⁷³VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁷⁴THIRUGNANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. *International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. Op.Cit.*

⁷⁵VAN BRABANT, K. *Mainstreaming the Organisational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁷⁶THIRUGNANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. *International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. Op.Cit.*

- *La estrategia de protección* no afecta a las amenazas, pero sí a los programas y previsión de reducir la vulnerabilidad en una misión médica, a través de los procedimientos de evitar situarse en zonas prohibidas, respetar los toques de queda, vigilar los convoyes de conducción o aquellos dispositivos de protección que requieran un conocimiento técnico sobre un contexto específico⁷⁷.
- *La estrategia de disuasión* se basa esencialmente tratando de contener una amenaza que suponga una contra-amenaza por los organismos internacionales tales como, sanciones o penalizaciones internacionales, por un tribunal de carácter internacional y si es necesario la protección del ejército nacional o internacional⁷⁸. En general las ONGs no tienen una política de seguridad específica y se contentan con usar guías genéricas de seguridad realizadas por otros.

- *Género humano y seguridad.*

Los riesgos de seguridad varían según el tipo de género del cooperante, siendo este un factor clave de la vulnerabilidad personal y una de las principales razones por las que los voluntarios están expuestos a diferentes niveles de riesgo en el mismo entorno. Por ejemplo, los hombres pueden ser más vulnerables a los ataques físicos, amenazas y detenciones mientras que las mujeres pueden ser más vulnerables al acoso, el crimen y la violencia sexual o situaciones de rehenes y secuestros. La vulnerabilidad de las organizaciones difiere de una organización a otra, dependiendo de la naturaleza de sus actividades, las necesidades del campo y su capacidad de gestión de la seguridad⁷⁹.

La prevención de los secuestros se debe hacer desde la preparación de la misión. Así pues, antes de cada misión, es recomendable conocer los consejos de cada gobierno de origen sobre las posibilidades de riesgo en el país de destino, hecho que se puede encontrar en la Web que el MAEC de cada país publica en ellas con una lista de las evaluaciones del riesgo para los equipos sanitarios. Otro método podría ser mandar un miembro del equipo para su valoración previa. Desde la Fundación Clarós lo que solemos hacer es contar siempre en la organización de nuestras misiones con la protección de alguna persona del gobierno que nos reciba como anfitrión, ya sea la Primera Dama, el propio Presidente de la República o las autoridades Sanitarias del país. Así, por ejemplo, en Senegal, todas nuestras 10 misiones se hicieron con los

⁷⁷VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁷⁸Ibid.

⁷⁹Ibid.

auspicios de la Primera Dama del país, Madame Viviane Wade, o bien con la persona que le sucedió en el poder, Madame Marieme Faye Sall, quienes nos ofrecieron siempre al cuerpo de guardia del Palacio Presidencial, y en todos nuestros movimientos y desplazamientos estábamos protegidos. Hecho similar ocurrió en el Congo con la Primera Dama, Madame Olive Kabila, o en Gabón con la protección del Presidente Alí Ben Bongo Ondimba y los miembros de su familia.

Cada día es más frecuente que las ONGs hagan un cálculo de posibles riesgos antes de llevar a cabo una misión en un país desconocido lo que permitirá evaluar las necesidades para hacer frente a las situaciones de peligro⁸⁰. Otras organizaciones formalizan las reglas de seguridad en un código de conducta personal, aunque siempre se debe exigir el acatamiento obligatorio de las pautas de seguridad, y en caso de que no se cumplan, se deben aplicar medidas disciplinarias, incluyendo la repatriación obligatoria⁸¹.

- *Las evaluaciones de los riesgos* son un paso importante en el éxito de una buena gestión de la seguridad del personal cooperante⁸². El objetivo general de las ONGs es llevar a cabo una STMMI habiendo identificado las posibles amenazas y vulnerabilidades de la institución, e identificar las normas de seguridad adecuadas (recursos materiales, mano de obra, método) para reducir los riesgos⁸³. Esta evaluación debe incluir una organización de acogida para que sea más fácil su integración y aceptación de las ONGs para la asistencia y la misión médica. Pero esto va a establecer un umbral de riesgo aceptable al comienzo de la misión, que servirá como referencia para las STMMI en el futuro⁸⁴.
- *Una sesión informativa de las llamadas “briefing” antes de la misión* es algo importante antes de la salida y llegada al país de recepción, la cual debe incluir algunas reglas simples de comportamiento que ayudarán a proteger a todo el equipo de la misión. En el caso de la FC se procede siempre a dar consejos considerados como muy recomendables tales como no llevar objetos de valor, vestir adecuadamente de forma no provocativa, no ir solos, mantenerse en grupo, procurar no llamar la atención en ningún aspecto, estar siempre vigilando los posibles incidentes, entre otros.

⁸⁰VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁸¹Ibid.

⁸²VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies. Op. Cit.*

⁸³EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarian in complex security environments. Op. Cit.*

⁸⁴THIRUGNANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. *International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. Op. Cit.*

Los miembros que componen las STMMIs deben estar informados⁸⁵, antes de la salida del país de origen, de las posibles amenazas de seguridad específicas, tales como la violación, la toma de rehenes, robo a mano armada, las medidas existentes para reducir el riesgo y el grado de compromiso de la organización en caso de problemas⁸⁶. La sesión de información requiere una confirmación por escrito de los cooperantes voluntarios con los datos personales de cada uno de ellos, como comprobante de que la información se ha recibido. Toda esta información podría incluirse en un *código de conducta personal*⁸⁷. El equipo de cooperantes debe comportarse de forma responsable y respetuosa “24 horas sobre 24 y 7 días de 7”, y no solo durante las horas de la actividad médica.

- *La conducta personal* seguro que influirá mucho sobre el riesgo de un secuestro, entendiendo que el riesgo cero no existe en nuestro mundo de creciente inseguridad. El comportamiento irregular del personal de la misión podría ser percibido por la población de acogida como una provocación, una falta de respeto a la diversidad cultural, directa o indirectamente, poniendo en peligro a todo el equipo, o perjudicar la imagen y reputación de la organización⁸⁸. Hay que insistir en el grupo de voluntarios de que piensen cómo les van a ver los demás cuando realicen un comportamiento inadecuado o impropio de una ONG con reputación. La seguridad debe ser un asunto de todos. Como miembro de una STMMI, ciertos principios deben ser respetados. Los miembros de una STMMI deben abstenerse del consumo de cualquier tipo de drogas, del abuso de alcohol y de cualquier otra sustancia tóxica. También son del todo desaconsejables las visitas a los burdeles o centros de alterne ya que pueden conllevar consecuencias negativas, y facilitar a los secuestradores a llevar a cabo sus finalidades y objetivos. La mayoría de las ONGs que participan en misiones médicas tienen una afiliación religiosa. Esta identidad religiosa y política podría añadir una capa adicional de riesgo. Así por ejemplo, el grupo *Yihadista Al Shabaab*, ha ordenado recientemente a varias organizaciones confesionales prohibir sus actuaciones en el centro-sur de Somalia, acusándoles de difundir propaganda cristiana. Esta fue una de las razones que mencionaron los autores de varios incidentes de seguridad que afectaron a los cooperantes en Afganistán⁸⁹. No se debe tener actitudes ofensivas hacia los

⁸⁵VAN BRABANT, K. *Mainstreaming the Organisational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

⁸⁶EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarians in complex security environments. Op. Cit.*

⁸⁷SHAUN B. *Personal safety & security Handbook. Op.Cit: p.206.*

⁸⁸VAN BRABANT K. *Security Guidelines. No guarantee for security.* London, 1997. ODI, RRN: Newsletter 7(www.odihpn.org.uk).

⁸⁹STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response. Op. Cit.*

beneficiarios o las autoridades locales ya sean de modo formal o informal⁹⁰. Siempre hay que ser profesional y respetuoso con todos los demás⁹¹.

Recientemente, el riesgo de un secuestro ha atraído una atención considerable y varios organismos han solicitado un asesoramiento externo, por especialistas, sobre la mejor manera de manejar este tipo de situaciones⁹². Sin embargo, hay que pensar que las agresiones sexuales y las violaciones son los incidentes más frecuentes que se presentan contra las ONGs⁹³.

- *El plan y planificación de la seguridad* es fundamental en la gestión de la seguridad durante las misiones médicas, pero ha sido durante mucho tiempo solamente un documento de tipo administrativo⁹⁴.

No hay planes o protocolos de seguridad estándar mágicos que puedan aplicarse de forma general. Sin embargo, es esencial asesorar al personal cooperante de no entrar en zonas consideradas como peligrosas y no andar solos después de prestar la atención médica en el hospital. El plan de seguridad debe estar redactado por un grupo de expertos que hayan podido evaluar bien los riesgos y amenazas existentes en las zonas estudiadas. El contenido debe adaptarse al entorno del país anfitrión y a las medidas de seguridad existentes. Este plan debe ser una copia simple de otros planes con el único cambio de fecha, nombre o la ubicación del autor, basándose en diversos planes para adaptar nuestra seguridad.

Las Embajadas suelen ser el lugar donde se pueden consultar detalles de visados o registros, aunque la ayuda directa suele llegar de la oficina consular. Evidentemente son el lugar más adecuado para solicitar ayuda o colaboración. Los embajadores destinados especialmente en estos países en los que hay mucha cooperación tienen una idea muy clara de las necesidades en las que nos podemos encontrar. Por esto, es conveniente consultar sobre la seguridad en el país de la misión y las medidas preventivas necesarias.

⁹⁰SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. Op.Cit.

⁹¹THIRUGNANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. *Op. Cit.*

⁹²VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies*. Overseas Development Institute. *Op. Cit.*

⁹³SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. Op.Cit.

⁹⁴VAN BRABANT K. *Security Guidelines. No guarantee for security*. Op. Cit.

Una vez situados en el país de acogida, siempre es aconsejable consultar a la embajada del país de origen y registrarse para recibir alertas en cualquier noticia importante. En caso de ataques o secuestros podrían participar más activamente y proporcionar apoyo práctico en la gestión de esta crisis⁹⁵. Es una forma útil de tener acceso a las autoridades nacionales⁹⁶. Es recomendable establecer contactos con ellas, previamente a la realización de la misión y hacer conocer nuestro interés en solicitar ayuda, prever lo que pueda pasar y si es posible hacer una visita de cortesía.

La FC tiene por costumbre sistemáticamente mandar un escrito previo a la llegada de la STMM mediante un correo electrónico, que sirve de presentación de la ONG y es una forma de identificación de la institución (Figs.38 y 39).

⁹⁵EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarian in complex security environments. Op. Cit.*

⁹⁶SHAUN B. *Personal safety & security Handbook. Op.Cit.*

De: clinica@clinicaclaros.com [mailto:clinica@clinicaclaros.com]

Enviado el: lunes, 27 de mayo de 2019 11:53

Para: Embajada de España. Libreville

Asunto: Viaje humanitaria a Gabón. 1-8 JUNIO 2019

Importancia: Alta

Excmo. Sr. D. Fernando Alonso Navaridas

Embajador de España en Libreville (Gabón)

Excmo. Sr. Fernando Alonso Navaridas,

Los próximos días, del 1 al 8 de junio, Fundación Clarós realizará por quinta vez una misión médica humanitaria (STMMI) a la ciudad de Libreville, Gabón, invitados por Madame Pascaline Bongo Ondimba, Presidenta de **Fondation Albertine Amissa Bongo Ondimba y el propio Presidente de la República de Gabón Excmo. Sr Bongo**

Durante la misión vamos a realizar un gran número de cirugías de la cara, cabeza y cuello, así como cirugías de fístulas vasculares y donación de audífonos y medicamentos.

Durante nuestra visita nos encantaría poder contactar con usted en la Embajada de España como así hemos hecho en pasadas misiones.

Nuestro equipo estará formado por:

Dr. Pedro Clarós	ORL y Cirujano Máxilo-facial
Sra. M ^a del Carmen Pujol	Instrumentista-enfermera
Dr. Francesc Vidal-Barraquer	Cirujano Vascular
Dra. Claudia Riera	Cirujano Vascular
Dra. Adriana Poch	ORL Jr.
Dra. Kinga Mikolajczyk	ORL Jr.
Dra. Silvia Enríquez	Anestesista
Dra. María Farré	Anestesista
Dra. Chantal Backes	Médico Voluntario
Sra. Lorena Alonso	

Audioprotesista

Es nuestro deseo y obligación que la Embajada de España esté permanentemente informada de nuestros movimientos en Libreville y poder contar con su ayuda y apoyo, en el caso necesario.

En espera de tener la posibilidad de establecer un contacto durante nuestra estancia, reciba

Un saludo,

Dr. Pedro Clarós

Presidente de Fundación Clarós y equipo humanitario.

Fig. 39. Modelo de carta remitida a la Embajada de España en Gabón para informar del lugar de destino de la próxima STMMI de la F

From: Clinicaclaros

Sent: Tuesday, October 7, 2014 11:45 AM

To: emb.nairobi@maec.es

Subject: Nairobi 2014

Excmo. Sr. D. José Javier Nagore San Martín

Embajador de España en Kenia

Distinguido Sr. Nagore,

Los próximos días, del 11 al 17 de octubre 2014, Fundación Clarós realizará su tercer viaje a la población de Nyeri (Kenia), para realizar una misión humanitaria en el Hospital Provincial de Nyeri. Nuestra labor humanitaria consistirá en, además de aportar material médico, realizar cirugías a pacientes carentes de medios con patologías de las especialidades de otorrinolaringología y cirugía plástica facial.

En este próximo viaje, el equipo médico estará compuesto por médicos miembros de la organización y encabezado por el Dr. Pedro Clarós, Presidente de FC.

Dr. Pedro Clarós Otorrinolaringólogo y Cirugía Plástica Facial. Barcelona

Prof. Joaquín Poch. Otorrinolaringólogo. Madrid

Dra. Mari Cruz Iglesias. Otorrinolaringóloga. Madrid

Dra. María Farré. Anestesista. Barcelona

Dra. Chantal Backes. Medicina general. Andorra

Sra. M^a del Carmen Pujol. Enfermera quirúrgica. Barcelona

Dra. Sofía Torres Decq Mota. Otorrinolaringóloga. Lisboa

Sra. Noelia Espinosa. Audioprotésista. Barcelona

Es nuestro deseo y obligación que su Embajada esté permanentemente informada de nuestros movimientos en Kenia y poder contar con su ayuda y apoyo, en el caso necesario, así como tener la oportunidad de saludarle personalmente, si sus obligaciones se lo permiten, en Nyeri o Nairobi, para exponerle nuestros proyectos humanitarios.

En espera de sus noticias, reciba un cordial saludo,

Dr. Pedro Clarós

Presidente de Fundación Clarós.

Fig. 40. Modelo de carta remitida a la Embajada de España en Kenia informando de la próxima STMMI de la FC en 2014.

- *Las autoridades nacionales y los socios locales.* Las ONGs primero deben tener la autorización para llevar a cabo sus actividades médicas. Se deben cumplir, en todo momento, las leyes nacionales y regulaciones, pero cuando las leyes nacionales o locales habituales están en conflicto con las normas internacionales, hay que consultar con el organizador de la misión médica⁹⁷.

Desde un punto de vista legal hay que estar siempre cubiertos en términos de seguridad, y desde este modo facilitamos a las autoridades nacionales el que puedan garantizar la seguridad de todos los que están en su territorio. Sin embargo, hay organizaciones como la ONU y el CICR que tienen un estatus único en el derecho internacional con ciertos privilegios e inmunidades especiales.

Muchas organizaciones no se coordinan en el campo de la seguridad con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales locales debido a que estas organizaciones (ONU o la Cruz Roja, por ejemplo) han decidido mejorar su propio sistema de seguridad. A menudo se ve en las declaraciones de seguridad de algunas organizaciones frases como "*Nuestras políticas de seguridad no se extienden a los socios locales.*" Es importante tener en cuenta a las organizaciones locales y mantener una buena relación entre las agencias de ayuda (organizaciones seculares, Care International, MSF, Acción contra el Hambre, la Alianza Save the Children, Cruz Roja, la Media Luna Roja, Fundación Caritas International, entre otras) siendo beneficioso para las STMMIs en lo que significa que cada vez que hay una amenaza a una ONG se le podrá alertar⁹⁸.

- *La conciencia cultural* de todo el personal de una STMMI debe mostrar respeto a las creencias religiosas, las costumbres locales y las prácticas culturales de las comunidades de acogida⁹⁹. Respetar las costumbres locales y las normas culturales fomenta una mayor aceptación y reduce los incidentes de seguridad¹⁰⁰. Cuando se trabaja en una situación intercultural, se debe ser consciente de las diferencias culturales y las sensibilidades de la comunidad y de los compañeros con los que se trabaja.

Hay que saber que hay diferentes enfoques culturales que se pueden aplicar en la comunicación, las relaciones y el respeto de los tiempos. Ciertas actitudes que en

⁹⁷SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. Op.Cit.

⁹⁸VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management*. Op. Cit.

⁹⁹EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarians in complex security environments*. Op. Cit.

¹⁰⁰SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. Op.Cit.

nuestra sociedad son consideradas *de buena educación* pueden transformarse en normas no correctas o adecuadas para otras sociedades, por ejemplo, puede no ser apropiado darle la mano a una mujer de creencias musulmanas. En África, a menudo, es apropiado saludar a la gente con una "pequeña charla" antes de empezar a trabajar. Sin embargo, en Europa, se percibe negativamente como una pérdida de tiempo¹⁰¹. Otro aspecto importante puede ser la *logística* en una ONG debe revisar su estrategia de visibilidad en función del entorno de la misión médica. Utilizar los vehículos o sus logotipos mostrados en los vehículos de la organización de acogida ayuda a facilitar la aceptación¹⁰².

- *La Neutralidad y/o imparcialidad* de la ayuda de las ONGs en el país anfitrión es parte de la estrategia de aceptación en la gestión de la seguridad. La neutralidad o imparcialidad en una STMMI debe abordar varios niveles, incluyendo la visión política y religiosa¹⁰³. También debería haber igualdad en la prestación de la atención médica durante la misión. Siempre hay debates dentro de las ONG sobre el principio de neutralidad, sobre todo en torno a su alcance ya su eficacia.

Algunos autores como Slim creen que la neutralidad no es compatible con otros valores y principios, como solidaridad o justicia social, pero se debe mantener la imparcialidad¹⁰⁴. Además, el personal que forma una STMMI no debe participar en ninguna actividad política. Tales actividades pueden dañar la reputación de la ONG y presentar un riesgo complementario para los cooperantes o los propios beneficiarios.

- *Telecomunicaciones y otros conocimientos técnicos*¹⁰⁵. Los sistemas de comunicación son fundamentales en la prevención de los secuestros. Un medio es la rápida difusión de alerta y por lo tanto puede funcionar de manera preventiva¹⁰⁶. Es cierto que esto no puede ayudar a prevenir un incidente, pero sí puede conseguir llevar un equipo de rescate y, por lo tanto, puede reducir su impacto¹⁰⁷.

- *Papel de las compañías privadas de seguridad y protección armada*. Puede darse que muchas organizaciones humanitarias ya utilicen el servicio de las compañías de

¹⁰¹SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. Op.Cit.

¹⁰²VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management*. Op. Cit.

¹⁰³THIRUGANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. Op.Cit.

¹⁰⁴SLIM H., BONWICK A. *Protection: An ALNAP. Guide for Humanitarian Agencies*. ODI, London. 2005

¹⁰⁵VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management*. Op. Cit.

¹⁰⁶EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarians in complex security environments*. Op. Cit.

¹⁰⁷SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. Op.Cit:p.206.

seguridad privadas locales o internacionales. Sus servicios incluyen la contratación de miembros de seguridad desarmados; una revisión de la gestión de la seguridad general o específica del país; y una adecuada orientación sobre la gestión de amenazas concretas, especialmente los secuestros y toma de rehenes. Con el aumento actual de violencia producido por la falta de empleos en muchos países, la protección de los lugares tales como el reforzado de las puertas y ventanas con rejas, salas seguras en las residencias, iluminación exterior adicional, alarmas contra robos o botones de pánico, se están convirtiendo en una preocupación creciente.

Muchas misiones humanitarias que realizan STMMIs solicitan, en algún momento, la protección armada, como guardaespaldas, agencias de seguridad, policía o el ejército, con el objetivo de proteger el alojamiento o los movimientos de vehículos que transportan a los cooperantes. Una protección armada puede ser necesaria en algunas situaciones, como parte de la estrategia de disuasión. Su utilidad dependerá del lugar donde se realice la misión médica. Se debe evaluar los riesgos de amenazas a través de algunos índices de vulnerabilidad¹⁰⁸. La búsqueda de la seguridad durante la realización de una STMMI debe ser el objetivo primordial y se deben revisar periódicamente sus criterios y medidas¹⁰⁹. Desde esta perspectiva la vigilancia y el control de la supervisión del escenario donde tiene lugar una misión médica deben ser primordiales¹¹⁰.

¹⁰⁸VAN BRABANT K. *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies. Overseas Development Institute. Op.Cit.*

¹⁰⁹VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security. A review of aid agency practices and a guide for management. Op. Cit.*

¹¹⁰SHAUN B. *Personal safety & security Handbook. Op.Cit.*

2. Marco de relación misión/ población

2.1. Las relaciones con los medios de comunicación locales

Durante la preparación y el desarrollo de una STMMI la publicidad y los sistemas de difusión tiene un rol importante, y la asociación *Hospital-Misión-medios de comunicación* es la base para tener pacientes abundantes durante una misión humanitaria. El contenido mediático que debe transmitir el comunicado estará muy bien redactado para evitar procedimientos, actitudes, comportamientos, creencias y valores equivocados, algunos de ellos se focalizan a producir falsas expectativas, situaciones violentas, competitivas y fuera del contenido que representa la acción de los cooperantes extranjeros.

Hay que entender, como hemos sugerido, que la comunicación afecta de un modo que denominamos como sistemas de difusión mediática, en la que incluimos la radio, televisión o la propia prensa escrita o digital, y que con una buena campaña dirigida a publicitar la presencia de una STMMI extranjera en uno de los destinos de los países receptores. Si queremos que sea mucho más productiva, debemos de realizar una aproximación cercana a la población a la ofreceremos nuestros servicios a la llegada de nuestra ONG. Con este propósito hay que fomentar las campañas de comunicación dirigidas a explicar los beneficios que se van a encontrar en un centro sanitario determinado que recibe a la ONG extranjera.

Cuando se pretenda hacer una campaña de comunicación adecuada se tendrá que considerar al público al que va dirigida, el tipo de mensaje que se pretende mandar, quién debe ser el emisor y conocer cuál es el sistema transmisor más adecuado para cosechar los mejores resultados. La misiva que queremos transmitir se puede hacer llegar a las poblaciones necesitadas por diferentes y variados canales de difusión, considerando como los más adecuados (Fig.41).

El Poster, roller o folleto escrito. Es un medio sencillo de crear y muy barato, pero tiene el inconveniente de que solo llegará a la población alfabetizada, aunque los dibujos o gráficos los pueden entender todos. Por ello que la redacción y composición de estos deben ser simples y claros.

La prensa escrita. Llega a audiencias amplias de una forma muy rápida aunque también tiene las limitaciones para las personas analfabetas.

Radiodifusión. Puede llegar a muchos hogares, oficinas, fábricas, el propio automóvil y colectivos susceptibles de su audición, incluso en las playas o lugares de recreo. Sin embargo, como carece de imágenes, el impacto visual estará muy mermado.

Televisión. Es el medio por excelencia de difusión de un mensaje, por ser el más accesible para toda la población en todos los países. Especialmente si se hace en los horarios de mayor audiencia.



Fig.41. Anuncios publicitarios en las puertas del Hospital en Serrekunda, Gambia.

Todos estos medios de publicidad recomendamos realizarlos unos días antes de iniciar la Misión humanitaria, para que los pacientes, familias y otros sanitarios tengan tiempo de advertir a los interesados, y siempre hay que tener en cuenta el retraso que representa “*mensaje-respuesta*” de toda campaña publicitaria.

Un riesgo evidente que corre la publicidad de las ONGs es que gasten el dinero de sus donaciones en publicidad y marketing, en vez de gastarlo en la atención médica directa. Las donaciones y aportaciones particulares que se hacen a las ONGs serán los medios económicos que estas tendrán para utilizar en sus funciones. Por este motivo se exige a sus gestores que sean responsables del destino final de esos mensajes. En un gran número de casos la prioridad es destinarlos a un fin humanitario por lo que se deben

estudiar a conciencia cada una de las partidas presupuestarias a las que se quieran adjudicar. Sin embargo, es un hecho que todo error, retraso o improvisación puede traer consecuencias importantes sobre el día a día de muchos seres humanos.

El enunciado comprensible de la publicidad con un texto claro para la población, es el mensaje de las campañas de publicidad más afectivas. Los pacientes necesitan su tiempo de reflexión y sobre todo estar seguros de que se les atenderá tal como se explica en los periódicos. La desconfianza en estas campañas es proporcional a los desengaños que hayan podido tener en situaciones previas (Fig. 42, 43 y 44).



Politique

Faustin Boukoubi : "Constitutionnellement, les élections doivent se tenir entre le 25 juillet et le 24 décembre 2011"

P. 3



Gabon Matin

Quotidien d'Informations Générales - N° 579 du Mardi 19 Avril 2011 - 6^{ème} Année - PRIX : 300 F CFA - Sites : www.aggabon.ga - www.gabon-lapresseecrite.net

48H DE DÉTENTION ABUSIVE

ÂGÉE DE 70 ANS, MME I. F. A PURGÉ DEUX JOURS DE PRISON PARCE QUE LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE DE LAMABARÉNÉ N'AVAIT PAS SIGNÉ LE CERTIFICAT DE MISE EN LIBÉRATION. IL S'AGIT D'UNE AFFAIRE DE LOYERS IMPAYÉS DONT SE PLAIGNAIT MME I. F., DOUBLEMENT VICTIME.

P. 8

UNE MARÉE HUMAINE POUR LES SOINS



ACTION HUMANITAIRE. LA FONDATION ALBERTINE AMISSA BONGO ONDIMBA (FAABO), ASSOCIÉE POUR L'OCCASION À SES PAIRES «BARRAQUER» ET «CLAROS» D'ESPAGNE, DISPENSE, DEPUIS HIER, AUX POPULATIONS DE LIBREVILLE DES SOINS DE SANTÉ GRATUITS DANS LES SPÉCIALITÉS OPHTALMOLOGIE ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (ORL).

P. 2

Contribution socio-économique des femmes pour un Gabon émergent



Grand Angle



LA FONDATION ALBERTINE AMISSA BONGO ONDIMBA

La FAABO porte à la connaissance des populations qu'elle organise en collaboration avec les Fondations CLAROS et BARRAQUER "Une Semaine Espagnole" de consultations et interventions GRATUITES, dans les spécialités: Ophtalmologie et Oto-rhino-laryngologie (ORL), du 18 au 23 avril 2011 au Centre Saint Joseph d'Agoué en face de la Cité AMISSA.

Afrique

Émeutes après la victoire assurée du président Jonathan



P. 13

Fig.42. Periódico *Gabón Matin* del 19 de abril de 2011, donde se anuncia la presencia de las Misiones humanitarias de Fundación Barraquer y Fundación Clarós de España, convocando a los interesados de Libreville a ser atendidos gratuitamente en la sede de la *Foundation Amissa Bongo Ondimba*.

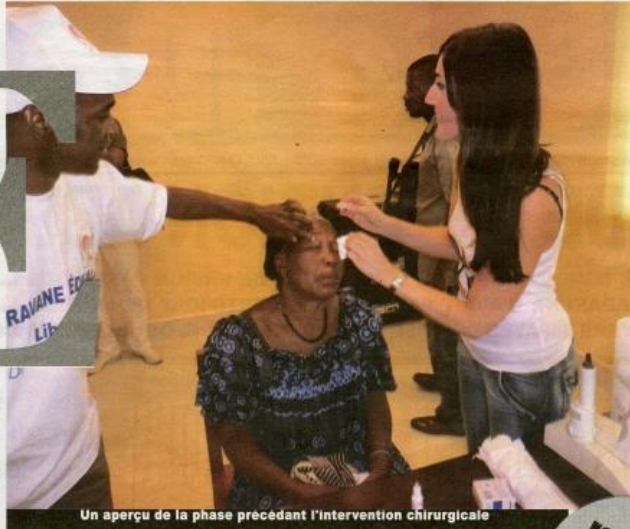
Une semaine de soins de santé gratuits à Libreville

ACTION HUMANITAIRE La Fondation Albertine Amissa Bongo Ondimba (FAABO), associée pour l'occasion à ses paires «Barraquer» et «Claros» d'Espagne, dispense depuis hier, aux populations de Libreville, des soins de santé gratuits dans les spécialités ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie (ORL).

Elles sont venues nombreuses tôt hier, matin, dont certaines en provenance de l'intérieur du pays, pour bénéficier du traitement gratuit de certaines affections liées au domaine de l'ophtalmologie et de l'ORL. Ces populations, en grande majorité composées de personnes du troisième âge, ont immédiatement commencé à subir des soins de la part de médecins espagnols et gabonais dans l'enceinte du siège de la FAABO, au Centre d'accueil Saint-Joseph d'Angondje, situé au Nord de Libreville.

Du 18 au 23 avril, ces spécialistes fournissent des soins aux malades à travers des consultations, des interventions chirurgicales, pour les maladies des yeux comme la cataracte ; des placements d'appareils auditifs, des interventions au niveau du goître ; et bien d'autres soins, le tout assorti de médicaments rendus gracieusement disponibles par la FAABO.

Pour Mme Solange Mabignath, « Le but principal de la FAABO est d'abord humanitaire. Chaque fois que nous pouvons le faire, la Fondation organise



Un aperçu de la phase précédant l'intervention chirurgicale

soit une caravane médicale, soit une journée médicale au cours de laquelle nous souhaitons apporter un petit soufle aux populations, surtout que le président de la République recommande de se conformer au triptyque paix, développement, partage. C'est ce que fait la FAABO : elle partage».

Cette «semaine espagnole» de consultations et d'interventions, qui est à sa deuxième édition, n'a pas fortuitement fait le choix de ces deux spécialités : l'affluence impressionnante observée hier montre en effet que les organisateurs ne se sont pas trompés car, la demande de soins est visiblement très importante en la matière.

Sous des tentes dressées à cet effet, des centaines de personnes ont investi le local, attendant chacune son tour pour passer devant les praticiens. Un passage qui s'effectuait au moyen du numéro d'ordre reçu à l'arrivée ou par l'inscription préalable du nom sur des listes ouvertes pour l'occasion. Le traitement s'exerçant avec beaucoup de soin, le passage des malades ne se fait pas toujours avec la plus grande fluidité.

Les Fondations espagnoles Barraquer et Claros, dont les praticiens font autorité dans les deux spécialités retenues pour cette semaine médicale Amissa Bongo Ondimba, sont des structures partenaires à la FAABO, qui ont choisi de venir bénévolement en aide aux personnes ne pouvant faire face aux frais que pourrait générer leur traitement. Une grandeur d'âme que les bénéficiaires n'ont pas manqué de saluer à sa juste valeur.

« J'ai la vue perturbée depuis des années. Les consultations faites par le passé m'exigeaient de fortes sommes d'argent, à tel point que j'avais perdu l'espoir de guérir un jour. Lors des précédentes caravanes, j'ai souvent essayé d'être reçu, mais sans succès.

Fondation Amissa Bongo : une action humanitaire très appréciée



le développement de la coopération avec les organisations non gouvernementales, les organisations internationales ou étatiques poursuivant les mêmes objectifs. Aussi organise-t-elle une multitude d'activités dans le cadre de son champ d'actions, notamment des consultations médicales gratuites avec dons de médicaments et le suivi des patients dans plusieurs des spécialités de la médecine, pédiatrie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie, gynécologie, chirurgie dentaire.

Mieux, elle organise des caravanes médicales et des semaines chirurgicales avec des médecins dont certains proviennent d'Europe, des Etats-Unis et d'Afrique. Des campagnes de sensibilis-

des carnavals dans les neuf provinces du Gabon, et récemment un marché de Noël.

Quant au sponsoring, la fondation a organisé cette année, la sixième édition de la Tropicale Amissa Bongo Ondimba (une course cycliste qui voit la participation des professionnels du cyclisme d'Europe et d'Afrique). Elle initie aussi aux arts martiaux, à la natation ; fait des dons d'appareils médicaux (mammographes, électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, etc.).

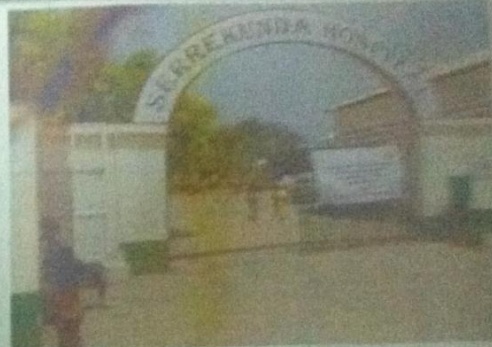
Outre ce qui précède, la fondation vient en aide aux populations en dis-

Du confort moral

Fig.43. Periódico *Gabón Matin* del 19 de abril de 2011, continuación de los anuncios de la presencia de equipos Españoles (FB y FC), convocando a los interesados de Libreville a ser atendidos gratuitamente en la sede de la *Foundation Amissa Bongo Ondimba*.



Jumbo company brings medical doctors to offer free treatment at SK Hospital



SPECIAL REPORT
BY AMADOU
JALLOU

that annually the company provides Jumbo, cooking utensils and other gifts to Gambian women. "Now, we

of his company's contribution and commitment towards Gambi's development in the health sector. "We will continue

help women in the kitchen and health.

He said the company decided to intervene in the area of health to help upgrade the health condition of Gambians.

The objective of the company, he said, was to improve the health condition of the people while maintaining their commitment to the promotion of the Jumbo cube.

Professor Peter Galloway, head of the team from the Claros Foundation, revealed that this is the second time they are coming to The Gambia to offer free medical treatment to patients.

He thanked the Gambian ministry and The Gambia government for the great support taken to upgrade the health condition of Gambians.

Jumbo Company, the main providers of Jumbo cube in The Gambia, in collaboration with Claros Foundation in Barcelona, Spain, has brought 11 Surgeons from Spain and Senegal to offer free medical assistance to Gambians at the Serrekunda General Hospital in Kanifing.

The surgeons, who will be in the country for one week, will be offering free eye, ear and other operations to patients. So far, the team has treated approximately 70 patients.

Abdou Kharim Faal, marketing officer of Jumbo Company, said they have found



understand that without health, women cannot make delicious cooking for the people, which is why we decided to bring the doctors."

According to him, this is part

to contribute our part in the health sector and the welfare of women," he assured.

Amadou Khan, the company's brand activation manager and Jumbo Company has come to

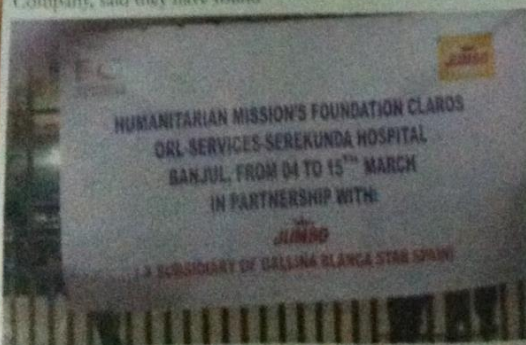


Fig.44. Publicidad de la FC en Gambia en 2015, en una colaboración con la compañía White Star, filial de Gallina Blanca, que se realizó en Serrekunda Hospital.

2.2. *Las leyes del país anfitrión*

Hay ciertas comunidades en diversos países que están abandonadas por sus gobiernos que son vulnerables en lo que corresponde a conceptos legales, éticos y de seguridad, en donde es fácil que acepten la aportación de medicación gratuita por parte de las ONGs e incluso la aceptación de que en su país se realicen actividades humanitarias muy necesarias. Pero no debemos olvidar que estas instituciones, con muchos más medios y formación, deben velar por la educación médica, la supervisión clínica, la prescripción y la distribución de medicamentos de venta libre. Las STMMIs deben trabajar juntamente con los hospitales, centros de Salud y el propio gobierno para que el esfuerzo sea lo mejor posible con tal de que los programas de ayuda se cumplan con los estándares requeridos y necesarios. La mejor manera de involucrar a los funcionarios locales es a través de los administradores del hospital, los programas docentes de las ciencias de la salud y / o el Ministerio de Salud, ya que estas entidades son las más adecuadas para hacer que las ONGs visitantes cumplan las normas locales de salud e identificar a los que no cumplan con las normas adecuadas. Esta recomendación presupone un escenario en el cual las autoridades del país anfitrión estén involucradas de alguna manera en la provisión de atención médica a una población en particular, lo cual puede no ser siempre el caso.

Las organizaciones que realizan periódicamente STMMIs deben considerar trabajar con los líderes de la comunidad que les acoge para determinar qué autoridades reguladoras se dedican a la atención médica local y qué leyes se aplican a las organizaciones de atención médica visitantes. Nunca se deben hacer suposiciones o conclusiones sobre las leyes del país anfitrión sin una investigación diligente que involucre a personas que hablen y lean los idiomas propios del país, y estén familiarizados con las leyes aplicables localmente.

La realización de actividades humanitarias por parte de los médicos jóvenes en el extranjero siempre ha sido y es una tentación para la esperanza de que esta experiencia pueda beneficiarlos en su formación y en sus propias carreras profesionales. Pero deben ser los líderes y/u organizadores de las STMMIs quienes les asesoren y expliquen sus límites de actuación y, sobre todo, cumplir con el compromiso ético exigido según los altos estándares éticos requeridos.

Muchos de los que participan en una STMMI son profesionales licenciados o lo serán próximamente por lo que pueden entender sin dificultad el vínculo entre la licenciatura, la seguridad del paciente y la profesionalidad y conocen lo que es la "aptitud para practicar" que otorgan las licencias profesionales. Desde esta perspectiva, la FDA

siempre ha sido un aliado para garantizar que las organizaciones americanas sigan las mejores prácticas para la adquisición y distribución de medicamentos en entornos internacionales a través de su guía "Preguntas y respuestas para el público: donación de medicamentos a los esfuerzos de ayuda humanitaria internacional"¹¹¹.

En la FC todos los miembros que componen las STMMI son profesionales en activo con colegiación al día y sin cargas o expedientes negativos de su RC de forma claramente demostrada. En ocasiones, es cierto, que nos acompañan voluntarios jóvenes, pero prácticamente no tienen contacto con los pacientes. Así pues, es costumbre de la FC solicitar siempre las acreditaciones universitarias de cada uno de los participantes para conocer su formación, y se suele solicitar permiso a los países receptores o, al menos, comunicarles la composición del equipo visitante.

Estos documentos son cada vez más necesarios para tener conocimiento de los profesionales que van a trabajar en una STMMI de un país determinado para garantizar que verdaderamente están cualificados. Algunas veces son trámites engorrosos pero, actualmente son muy necesarios. Acompañamos a algunos de ellos para ver su cometido y calificación (Figs.45 a 54).

¹¹¹Questions and Answers for the Public Donating Drugs to International Humanitarian Relief Efforts FDA. USA. <https://www.fda.gov/downloads/NewsEvents/PublicHealthFocus/UCM249617.pdf>

3576

Ruma

Traducere din limba spaniola în limba româna

OMC CONSILIUL GENERAL AL COLEGIILOR OFICIALE DE
MEDICI

Secretariatul General al Consiliului General al Colegiilor Oficiale de Medici

CERTIFICA

Faptul ca **DL. PEDRO CLAROS BLANCH** este înregistrat în Colegiul Oficial de Medici din Barcelona sub numarul 080807090 din data de 27.07.1972 pâna la aceasta data, este considerat apt pentru exercitarea Medicinii în Spania, neexistând în dosarul sau personal nicio sanctiune, expulzare sau sa i se fi interzis exercitarea profesiei medicale.

Si spre a lasa constanta , se elibereaza prezentul [certificat] la Madrid, la 15 februarie 2016.

Acest certificat are o valabilitate pâna la 15 mai 2016.

Cod de Verificare Electronica (CVE)	0c4069354b6443063d6a6959acaa709b	Data	15/02/16
Document semnat electronic (Legea 59/2003). Autenticitate verificabila pe http://certificados.cgcom.es/verificar			

CERTIFICARE:

Doamna Monica – Liliana Gabaroi Matcau, Traducator – Interpret Autorizat de Limba Romana, abilitat de Ministerul Afacerilor Externe al Regatului Spaniei, certific ca ceea ce antecede este traducerea fidela si completa în Limba Romana a documentului redactat în Limba Spaniola.

Barcelona, 16 februarie 2016

Monica – Liliana Gabaroi Matcau - 946

D.N.I.: 46.211.920-K



LEGITIMADO AL DORSO

Fig.45. Traducción jurada del título de médico especialista para ejercer en Rumania.

PAPEL EXCLUSIVO PARA DOCUMENTOS NOTARIALES



08/2015



CR8370706

El presente folio es el agregado al documento en que figura la firma de don Jaime Ruiz Cabrero, Notario de Barcelona, Colegio Notarial de Cataluña, en legitimación de firma de doña Mónica Liliana Gabarot Matcau, en documento como traductora jurada, libro indicador 297, de 18 de febrero de 2016.

APOSTILLE (Convention de La Haye du 5 octobre 1961)	
1. País:	ESPAÑA <small>Country / Pays :</small>
El presente documento público <small>This public document / Le présent acte public</small>	
2. ha sido firmado por	Don Jaime Ruiz Cabrero <small>has been signed by / a été signé par</small>
3. quien actúa en calidad de	Notario <small>acting in the capacity of / agissant en qualité de</small>
4. y está revestido del sello / timbre de	la Notaría <small>bears the seal / stamp of / est revêtu du sceau / timbre de</small>
Certificado <small>Certified / Attesté</small>	
5. en	Barcelona <small>at / à</small>
6. el día	19/02/2016 <small>the / le</small>
7. por	Don José Alberto Marín Sánchez, Vicedecano del Colegio Notarial de Cataluña <small>by / par</small>
8. bajo el número	N5301/2016/006677 <small>No / sous no</small>
9. Sello / timbre:	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> 10. Firma: <small>Signature:</small>  <small>Signature :</small> José Alberto Marín Sánchez, Vicedecano </div> </div>

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.
 Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.
 [No es válido el uso de esta Apostilla en España]
 [Esta Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: <https://eregister.justicia.es>]
 Código de verificación de la Apostilla: NA:bdSK-+x/S-QL19-7KUJZ

The Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.
 This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.
 [This Apostille is not valid for use anywhere within Spain]
 [To verify the issuance of this Apostille, see <https://eregister.justicia.es>]
 Verification Code of the Apostille: NA:bdSK-+x/S-QL19-7KUJZ

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu.
 Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.
 [L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable en / au Espagne]
 [Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante <https://eregister.justicia.es>]
 Code de vérification de l'Apostille: NA:bdSK-+x/S-QL19-7KUJZ

Fig.46.Dorso del Documento Notarial de la legitimación de un título oficial de médico.

Yo, **JAIME RUIZ CABRERO**, Notario del Ilustre Colegio Notarial de Catalunya, con residencia en Barcelona.-----
DOY FE: Que legitimo la firma que antecede de **Doña Mónica Liliana Gabaroi Matcau.**, por serme conocida personalmente.-----
Barcelona, a dieciocho de febrero de dos mil dieciséis.-----
Asiento nº 297 sección 2ª del Libro Indicador del año en curso. -----



Fig.47. Acta notarial de legitimación del título de médico para ejercer en STMMI en Rumania.

La Secretaría General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

CERTIFICA

Que D. PEDRO CLAROS BLANCH figura inscrito en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona con el número 080807090 desde el 27.07.1972 hasta la fecha, es considerado apto para el ejercicio de la Medicina en España, no constando en su expediente personal que haya sido sancionado, expulsado o que se le haya prohibido su ejercicio como médico.

Y para que conste expide el presente en Madrid, a 15 de febrero de 2016.



Este certificado tiene validez hasta el 15 de mayo de 2016.

Código Verificación Electrónica (CVE)	0c4069354b6443063d6a6959aeaa709b	Fecha	15/02/2016	
Documento firmado electrónicamente (Ley 59/2003). Autenticidad verificable en https://certificados.cgcom.es/verificar				

Fig. 48. Good Standing Certificate. Colegio de Médicos de Barcelona.

679 - 1 -



PILAR ARRIZABALAGA CLEMENTE, Governing Board Secretary of the Col·legi de Metges de Barcelona,

DO HEREBY CERTIFY

That **PEDRO CLAROS BLANCH**, who is registered in our Corporation, with the number **7090**, since **27/7/1972**, up to date, he/she is legally entitled to practice Medicine in Spain and has not been suspended, disqualified or prohibited from practicing as a Doctor.

In testimony whereof, I have hereunto set my name and official seal, this 27/09/2013.



[Handwritten signature]

P.D.
FARNERS LLIMONA I MARSAL
CAP DE LA UNITAT D'ATENCIÓ AL COL·LEGIAT

THE EMBASSY OF THE REPUBLIC OF THE SUDAN
MADRID
IS NOT RESPONSIBLE FOR THE CONTENTS OF THE ABOVE
AND CERTIFIES ONLY :



SIGNATURE OF: *[Signature]*
AND STAMP OF: *[Signature]*
SIGNATURE: *[Signature]*
DATE: 3.10.2013



ss@comb.cat
ib.cat

Posseig de la Bonanova, 47 - 08011
Telefon 93 567 88 88 - Fax 93

any de la dra Dolors Aleu Riera

Fig.49. Certificado de Good Standing del Colegio de Médicos de Barcelona.



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA

REGISTRE CONSELL COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA

Salida AP Núm. 20160000054
20/01/2016 12:00:38 Orig: 14

Ref. 15/12/SRP/B/12.146

El Dr. José Arimany Manso, Director del Servicio de Responsabilidad Civil Profesional, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya,

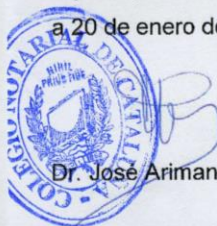
INFORMA:

I.- Que el Dr. Pedro Clarós Blanch, con número de colegiado 7.090 del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, consta asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional contratada por el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya con la compañía aseguradora Zurich.

II.- Dado que es voluntad de los contratantes de la póliza facilitar el ejercicio profesional temporal de sus asegurados en el extranjero, se extiende su cobertura a todo el mundo (excepto EUA y Canadá) siempre que, con carácter previo, el asegurado lo solicite a la compañía a través del Servicio de Responsabilidad Profesional, indicando la fecha de inicio de la actividad profesional en el extranjero, el país donde ejercerá y su duración.

III.- Que a solicitud del Dr. Clarós, y comprobado el carácter temporal de su estancia, se confirma su cobertura para el ejercicio profesional en Rumania, del 21 de enero al 31 de marzo de 2016.

Y para que así conste, y a petición del interesado, firmo este certificado, en Barcelona, a 20 de enero de 2016.



Dr. José Arimany Manso

Los datos de carácter personal que se acompañan en este escrito, tendrán que ser tratados de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal. El receptor de esta documentación se obliga a guardar secreto respecto a estos datos, al igual que las personas que intervienen en cualquier fase del tratamiento de datos de carácter personal. Única y exclusivamente, se autoriza el tratamiento de datos de carácter personal para la finalidad para la cual han sido comunicados.

Fig.50. Documento de validez temporal de la Cobertura de la Responsabilidad Civil Profesional en Rumania



REPUBLIC OF KENYA
THE MEDICAL PRACTITIONERS AND DENTISTS ACTS
(NO.20 of 1977)

APPLICATION FOR TEMPORARY LICENCE FOR FOREIGN DOCTORS

1. Surname CLAROS Other Names PEDRO
2. Date of Birth December 23, 1948 Nationality PANAMA
3. Address Los Verges, 31 Code 08017 Town Barcelone Tel. +34932031212
4. Email clinica@clinicabro.com
5. Degree, Diploma or Licence held (provide official translation)
MD, Ph.D. Specialist in Obstetrics and Gynecology
6. Name of medical/dental school Universidad Barcelona Dates qualified July 7, 1972
7. Particulars of Experience (e.g. posts held, type of practice in which the applicant has been engaged, countries in which the applicant has practiced):
ENT & Maxillofacial Surgeon Practiced in Senegal, Cameroon
8. Testimonials Covering the Period(s) of Experience Guben, Ethiopia, India
9. Name of employer CLINICA CLAROS Address Los Verges, 31 Code 08017
Email clinica@clinicabro.com Tel No +34932031212
10. Is this New Application or Renewal? New Licence No.

Requirements

- (i) Copy of ID/Passport
- (ii) Coloured pass port size photo
- (iii) Certified copies of professional certificates and transcripts
- (iv) Certificate of Status
- (v) Introduction letter/job offer from the institution
- (vi) Copy of registration certificate from respective medical Board/Council
- (vii) Copy of current/last practice licence
- (viii) Copy of current CV
- (ix) Licence fee Kshs.20,000.00
- (x) **All payments should be made at any KCB Branch countrywide to Board's account No. 1103158643, Milimani Branch.**

I hereby certify that the above information is correct to the best of my knowledge and I have met the above requirements.

Signature of applicant [Signature] Date August 29, 2012

FOR OFFICIAL USE

The process will take a maximum of two weeks.

PREPARED BY: -	APPROVED /NOT APPROVED
Name:.....Designation.....	Name.....
Signature.....Date.....	Designation.....
CHECKED BY: -	Signature.....Date.....
Name:.....Designation.....	
Signature.....Date.....	

Fig.51. Application for Temporary Licence for Foreign Doctors (Anverso).

13. Training:

Name & Full address

of training school

- a. University of Barcelona
Faculty of Medicine
Barcelona, Spain
- b.
.....
.....
- c.
.....
.....

14. Registering Authorities and registration numbers

COLLEGI OFFICIAL DE METGES DE BARCELONA
(OFFICIAL MEDICAL SCHOOL OF BARCELONA)
7090

Licence:

Date of issue July 27, 1972

Date of expiry

15. Have you been licensed by Nursing Council of Kenya

Yes

No

If yes state registration numbers

.....
.....

Signature of applicant



Date

August 29, 2011

Note:

1. Attach copies of passport, practice licence, curriculum vitae, passport size coloured photograph and transcript.
2. A letter from the organization the candidates is going to be attached.

Fig.52. Application for Temporary Licence for Foreign Doctors (Reverso).



NURSING COUNCIL OF KENYA
 NCK Plaza, Kabarnet Road off Ngong Road - Nairobi
 P.O Box 20056-00200,
 Nairobi, Kenya.
 Tel: 3873556/3873585, Fax: 3873585
 Cell: +254721920567/+254733924669
 Email – info@nckkenya.org
 Website: www.nckkenya.com

APPLICATION FORM FOR TEMPORARY LICENSURE

<p>This space is for official use only</p> <p>Date of application</p> <p>Date. Application received</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p>Photograph</p> </div>	<p>APPLICATION FEES</p> <p>0 – 3 months - 100 dollars</p> <p>4 -6 months - 200 dollars</p> <p>7 – 12 months - 300.dollars</p> <p>Over 1yr – 2 yrs – 400 dollars</p>
---	---	--

To be filled in by applicant (please use block letters)

1. Full legal name.....

surname
Other names
2. If married give former name.....
3. Passport No.....
4. Country of issue.....
5. Name as inscribed on Diploma/certificate.....
6. Permanent address
7. Permanent address
8. Date and place of birth
9. Country of origin
10. Citizenship
11. Spoken languages
12. Professional qualification

I hereby submit details of professional qualifications as follows

Fig.53 . Application for Temporary Licence for Nurses.

2.3. El respeto del cuerpo humano y las costumbres étnicas o religiosas

La base para la atención ética de los pacientes internacionales se encuentra en la *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA)* ya mencionada. Los estudios de Núremberg tenían el objetivo específico de proporcionar normas éticas dirigidas a la realización de definir las responsabilidades éticas generales que tienen los médicos hacia sus pacientes: *el conocimiento y la concienciación del médico se dedican al cumplimiento de este deber de promocionar y preservar el estado de la salud de los pacientes*¹¹².

La implicación de esta declaración es la obligación de aplicarla a todos ellos, no solo a aquellos del lugar donde ejercemos, sino a todos ellos, independientemente de su ubicación. La comunidad médica internacional cree que las normas mundiales deben aplicarse a la atención de todas las personas. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha ratificado una declaración universal dedicada a la bioética y a los derechos humanos, subrayando la conveniencia de fortalecer la cooperación internacional en el ámbito de la bioética, teniendo en cuenta, en particular, las necesidades especiales de las comunidades vulnerables y de los países en vías de desarrollo¹¹³.

El valor de todas las normas y resoluciones de estos documentos se pone en evidencia por obligación bioética que el médico está obligado cuando trata un paciente durante las STMMIs. Sin embargo, el cuidado de los pacientes en un ambiente socioeconómico, cultural, lingüístico y médico específico de un país en particular, requerirá la preparación del equipo médico voluntario para la conducta ética de una STMMI¹¹⁴.

El respeto por el cuerpo humano por sus hábitos étnicos, religiosos, nutricionales y el su modo de vida es muy importante para el éxito de estas misiones. Estos son aspectos muy sensibles¹¹⁵. El elemento más importante en la atención al paciente cuando un médico participa en una STMMI para tratar a seres humanos en otro país es respetar la dignidad de las personas¹¹⁶. Debido a las diferencias culturales, las barreras del idioma

¹¹²HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Arch Facial Plast Surg.* 2012;14(3):215-217.

¹¹³LANGLOIS A. *The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: Perspectives from Kenya and South Africa.* Health Care Analysis (2008) 16:39–51.doi: 10.1007/s10728-007-0055-7.

¹¹⁴HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op.Cit.*

¹¹⁵MONTGOMERY L. Short-Term Medical Missions: enhancing or eroding health. *Missiology.* 1993; 21(3):333–41.

¹¹⁶KLEINMAN A., BENSON P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Med.* 2006; 3 (10):1673–6.

y la ignorancia de los estilos de vida en el país de acogida¹¹⁷ es poco probable que la relación típica paciente-médico, que entendemos como tal, sea posible en toda su extensión. No obstante, es importante saber respetar las costumbres culturales y/o religiosas de la población y no cruzar los límites que ellas comportan. El médico cooperante voluntario debe estar lo suficientemente preparado para interactuar con los pacientes estudiando o informándose, primero, de las costumbres del país y su gente.

Comprender el estilo de vida del paciente, les permite entender su enfermedad y poder darles consejos para mejorar su enfermedad. Por ejemplo, en experiencia de la FC se han visto lesiones malignas de la faringe, laringe o de la cavidad oral en aquellos pacientes que consumen una gran cantidad de alimentos picantes, o patologías del tiroides en pacientes que no consumen, regularmente, sal yodada. Para incrementar la calidad sanitaria de los pacientes, la prescripción de una dieta es a menudo necesaria. La mala comprensión de las etiologías de la enfermedad que tienen ciertas culturas (acción sobrenatural, interacción de microbios, efectos de brujería, etc.) influye en el comportamiento de los pacientes cuando se enfrentan a nuestros tratamientos¹¹⁸.

Otro error frecuente que se puede interpretar como un desprecio cultural es aquel que se manifiesta cuando los voluntarios de una ONG aparecen en pantalones cortos o "jeans" rasgados en la consulta hospitalaria, cuando los pacientes de condición humilde que acuden en busca de ayuda suelen utilizar su "ropa de fiesta"¹¹⁹. Encontrar un equilibrio ético entre lo ideal y lo pragmático es un dilema central en el corazón de cualquier toma de decisiones médicas. Esto ayuda a entender al paciente en su conjunto para poder ayudarlo mejor. Hay que respetar el respeto por el laicismo.

En la literatura, algunos autores han descrito que en ocasiones hay una falta de seguimiento de los códigos éticos por considerar que los pacientes locales tienen *poca o ninguna opción de escoger una atención ofrecida*¹²⁰.

Otro hecho que desde la FC hemos observado a menudo es que, algunos cooperantes trabajan de forma independiente a una ONG concreta¹²¹, y creen que por lo tanto no deben cumplir con las regulaciones¹²² locales establecidas a nivel internacional¹²³.

¹¹⁷CARRUTH L. Camel milk, amoxicillin, and a prayer: medical pluralism and medical humanitarian aid in the Somali Region of Ethiopia. *Soc Sci Med*. 2014;120:405–12.

¹¹⁸WALL A. The context of ethical problems in medical volunteer work. *HEC Forum*. 2011; 23: 79–90. doi 10.1007/s10730-011-9155-8.

¹¹⁹ROBERTS M. A piece of my mind. Duffle bag medicine. *JAMA*. 2006; 295(13):1491–2. doi: 10.1001/jama.295.13.1491.

¹²⁰LANGOWSKI M., ILTIS A. Global Health Needs and the Short-Term Medical Volunteer: Ethical Considerations. *HEC Forum*. 2011; 23:71–8. doi.org/10.1007/s10730-011-9158-5

¹²¹BISHOP R., LITCH J. Medical tourism can do harm. *BMJ*. 2000; 320(7240):1017.

2.4. La misión ante el rito de la muerte

El fallecimiento de un paciente durante el desarrollo de una STMMI es siempre un momento difícil para todos los que están involucrados. Muy especialmente para la familia del difunto, pero también para todo el equipo médico y el personal del propio hospital donde acontece. Por experiencia propia de la FC podemos decir que, especialmente en África, es aconsejable que sea el médico jefe de la expedición (*Leader*) quien lo anuncie a la familia, en especial a la esposa e hijos y, según las circunstancias, a los padres.

Según la religión del fallecido una colaboración muy útil es la de contar con la participación del Imam¹²⁴ o de sus líderes religiosos, a los que previamente nos debemos dirigir para explicarles lo sucedido y solicitarles su ayuda en estos momentos tan delicados. Para los cristianos o seguidores del Cristianismo el sacerdote o un/una religioso de una comunidad misionera puede ayudar a dar la paz espiritual en estos momentos difíciles.

Hay que considerar los siguientes pasos:

Comunicación de la muerte a la familia del fallecimiento

Hay que procurar ser muy explícito en los términos médicos utilizados para que los familiares lo entiendan, aconsejamos que siempre se use el concepto de “causa probable de la muerte” lo cual permite no afirmar una causa segura. Por otro lado, nunca hay que culpar a nadie del equipo o del staff del hospital de la defunción acaecida. La unidad en esta situación es fundamental. El líder de la ONG será el encargado de ser muy cariñoso con los miembros de la familia y dedicar todo el tiempo necesario a explicar y aclarar todo lo ocurrido. El equipo médico y el personal del hospital deben mantener la calma y controlar los conceptos propios para que no puedan plantearse dos opiniones o versiones diferentes. Se debe dar tiempo a que la familia pueda absorber la desgracia acontecida y a que puedan meditar sobre los hechos ocurridos.

¹²²ROBERTS M. A piece of my mind. Duffle bag medicine. *Op. Cit.*

¹²³ELNAWAWY O., LEE A., POHL G. Making Short-Term International Medical volunteer placements work: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2014; 64 (623):329–35.

¹²⁴Imam es una posición de liderazgo islámico. Se usa más comúnmente como el título de un líder de adoración de una mezquita y una comunidad musulmana entre los musulmanes sunitas.

La gestión del cadáver

La muerte de un paciente durante una STMMI representa una situación complicada, tanto para el personal sanitario como para la familia, y más si se podía haber evitado¹²⁵. Ante tal situación se añade al hecho un trauma psicológico para ambas partes, que es importante saber gestionar, aportando todos los conocimientos, habilidades y capacidades por parte del equipo médico de la STMMI¹²⁶.

Tanto el paciente como sus familiares cuando acuden a una ONG extranjera para ser tratados quirúrgicamente con la esperanza de una curación de su proceso maligno, infeccioso, malformativos o deformación física, nunca sospechan que puedan encontrar la muerte. Sin embargo, en muchos casos el equipo médico de la ONG recibe pacientes que son portadores de patologías complicadas con la existencia previa de la realización de algunos tratamientos complejos realizados por parte de los curanderos del poblado (escarificaciones necróticas terapéuticas, pócimas, fetichismos...) sin ningún resultado sobre la evolución positiva del paciente, sino todo lo contrario y entonces esperan el milagro que se da en la STMMI.

La preparación mental del equipo médico antes de la realización de una misión es necesaria para saber gestionar la posible muerte inesperada de un paciente. Cuando esto suceda, no hay tiempo suficiente para reflexionar cómo hacerlo, por ello hay que estar preparados para tener experiencia y poder actuar ante estas eventualidades. La aceptación de la muerte de un paciente se hace según las creencias religiosas de la familia. Así, por ejemplo, los cristianos la reciben como una transición al otro mundo eterno de Dios, y los practicantes con fe cristiana la reciben con cierta tranquilidad espiritual, existiendo algunas diferencias con los protestantes¹²⁷.

Siempre que sea posible hay que respetar la práctica de los oficios religiosos habituales y las costumbres fúnebres antes de la inhumación, tales como las flores, velas y plegarias correspondientes en el plano espiritual. La cremación es una práctica que depende específicamente de los países receptores, así por ejemplo, para los musulmanes la muerte de un ser humano es una transformación, la separación del cuerpo y del alma según sus pensamientos que cuando llega el momento *no se puede*

¹²⁵DUPONT M., MACREZ A. *Le décès à l'hôpital: Règles et recommandations à l'usage des personnels*. Presses de l'école des hautes études en santé publique 4^e. Edition. 2012.

¹²⁶BUCKMAN R. *S'asseoir pour parler: L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris, Edit: Masson. 2001.

¹²⁷THOMAS L.V. *Rites de mort pour la paix des vivants*. Paris: Fayard; 1985.

retrasar ni avanzar. Nadie puede morir si no es con la permisión de Dios, en el lugar y el momento prefijados previamente¹²⁸.

La muerte suele ser aceptada con sumisión y resignación. Por consecuencia se debe permitir expresar las lamentaciones de los familiares y poder hacer que el entierro se realice lo antes posible. "Antes de que se ponga el sol, si la muerte ha sido por la mañana y al día siguiente por la mañana, si la muerte se hizo por la tarde o noche anterior". Para los musulmanes no hay velatorios ni embalsamamiento y mucho menos la práctica de la cremación del cuerpo, que está formalmente prohibida, ya que se considera como una destrucción del cuerpo. El cuerpo debe permanecer intacto en el momento de la inhumación, es decir, que las autopsias u otras manipulaciones del cuerpo no se aceptan. No hay costumbre de mandar flores aunque las oraciones son muy importantes¹²⁹.

En el proceso de llegada de la agonía del enfermo musulmán se les suele dar a beber un vaso de agua para purificar su interior, así como una cucharada de miel que se deposita en la boca y en el ombligo, y se pinza un dedo del pie para que el trance de la muerte sea *suave*. Después de la muerte se prepara al difunto para su nueva vida. El cuerpo del musulmán se considera impuro y por ello hay que purificarlo. Se coloca al difunto con la cabeza hacia la Meca, y se le lava tres veces según sus ritos. Los ojos cerrados, y los pies se atan, mientras que la mandíbula se mantiene cerrada con la ayuda de un vendaje. Los brazos se disponen paralelos al cuerpo con las palmas hacia arriba o bien cruzadas sobre el pecho¹³⁰. El lavado del cuerpo lo hacen las mujeres en el caso de que el difunto sea una mujer, y los hombres para un hombre. El cuerpo desnudo se recubre, entonces, con paños de tejido blanco (siempre en número impar) que suele ser en una cantidad de tres¹³¹.

Las causas de la muerte de los pacientes influyen en las circunstancias de la consideración de las reacciones familiares. En el caso de un paciente que muere pero ya estaba afecto de un cáncer de las vías aerodigestivas superiores, por ejemplo, la muerte es un hecho más aceptado y por lo tanto la muerte es aceptada, emocionalmente, sobre todo si se sabe que lo hizo sin dolor. En caso de que el paciente fallezca por haber sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente, es

¹²⁸LAVOIE J.J. Sept interdits musulmans concernant des rites de deuil et autres rites entourant la mort: analyse historico-comparative. *Frontières*, 2011: 24(1-2), 63–72. <https://doi.org/10.7202/1013086a>

¹²⁹ZAMAN QASIM M. «Death, Funeral Processions, and the Articulation of Religious Authority in Early Islam», *Studia Islamica*. 2001; 107(93): 27-58.

¹³⁰ibid

¹³¹LAVOIE J.J. Sept interdits musulmans concernant des rites de deuil et autres rites entourant la mort: analyse historico-comparative. *Op. Cit.*

lógico esperar la pérdida de su vida, pero cuando el equipo médico es muy joven y sin experiencias previas en este aspecto puede afectar mucho, y habrá que cuidarse desde el punto de vista psicológico.

Sin embargo, el escenario más difícil, probablemente, se produce cuando la muerte ocurre de forma inesperada en un ser humano joven, sano y sin motivo aparente de poder morir, salvo los riesgos normales de una cirugía programada. Son aquellos pacientes que de repente sufren un paro cardíaco durante un acto quirúrgico y no lo superan, a pesar de hacerles un masaje cardíaco. En este caso es aconsejable avisar a un familiar para que sea consciente de la situación en tiempo real para que prepare a la familia, quedando en la duda de si debe continuar con la intervención quirúrgica o detenerse¹³².

La comunicación de la noticia de la muerte del paciente a la familia en el contexto de una STMMI debe hacerlo el médico responsable de la ONG lo antes posible, cuando la noticia ya es un hecho, siendo aconsejable recibir a la familia más directa en un despacho o lugar recogido, no en pleno pasillo, y si hace falta con la presencia de un traductor local. En caso necesario, se puede reclamar la ayuda de un psicólogo o persona experta en estos tipos de duelos o incluso con el *Imam* religioso. Una mala gestión de esta noticia puede conducir a un estrés post-traumático de la familia y empeorar la situación, ya de por sí, grave¹³³. La forma de cómo explicar los hechos ocurridos debe hacerse progresivamente contando cómo han ocurrido, paso a paso, entendiendo la reacción que se produzca en los familiares, utilizando siempre un lenguaje sencillo y claro para explicar las circunstancias de cómo ocurrió la muerte¹³⁴.

El responsable de la misión empezará presentándose y dando su nombre, cargo o posición que ocupa en la ONG y explicar que se ha hecho todo lo posible para salvar la vida del fallecido, siendo muy comprensible y humano. El paso siguiente es facilitar ver al difunto, una vez éste, haya sido arreglado para su exposición y si existe una morgue, llevarlo allí para que las familias tengan sus momentos de recogimiento y poder realizar el acto de su despidio¹³⁵. El certificado de defunción es aconsejable que lo firme un médico local para evitar problemas legales una vez la ONG haya abandonado el país.

¹³²BUCKMAN R. *S'asseoir pour parler: L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Op. Cit.

¹³³PAILLER JJ. Post-Traumatic Stress Disorder PTSD. *Revue Francophone du stress et du trauma*. 2005;5(2):153-155.

¹³⁴KÜBLER-ROSS E., KESSLER D. *Sur le chagrin et sur le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Éditorial : JC Lattès. 2011

¹³⁵PAILLER JJ. Post-Traumatic Stress Disorder PTSD. Op. Cit.

En el documento debe figurar el nombre del médico, el del paciente y las causas directas e indirectas del fallecimiento con fines administrativos. La preparación del cadáver se hará según las creencias religiosas y las tradiciones de cada comunidad (previamente se han descrito). A continuación hay que facilitar el traslado del difunto al lugar donde la familia desee y sus propias prácticas religiosas aconsejen, teniendo en cuenta que, si la muerte se produjo por una causa infecciosa, se tomarán todas las medidas oportunas.

La emoción y el estrés, sin duda, afectan igualmente al personal de la STMMI, por ello, el responsable de la misión debe levantar el ánimo del equipo haciendo un análisis introspectivo, y descargando la responsabilidad de los sanitarios que han perdido directamente al paciente. Es un momento de hablar con cada uno del equipo y dejar expresar sus pensamientos, sacando conclusiones positivas para poder evitar otras incidencias como estas en un futuro. El análisis de la situación vivida, el examen profundo de todas las circunstancias, siempre sin ánimos de culpabilizar a nadie, nos llevará, en muchos casos, a tener una idea más clara de lo ocurrido y poder tomar conclusiones positivas. En nuestra experiencia de la FC, después de 115 misiones debemos lamentar la existencia de 4 muertes en el acto quirúrgico:

- En Addis Ababa, Etiopía 2008, Hospital Yekatit 12, un paciente por paro cardíaco durante la Anestesia general.
- 2015 Gambia (Hospital Serrekunda, Banjul. Fallecimiento de un varón de 65 años afecto de un tumor maligno de parótida durante la intervención bajo anestesia general con el equipo del hospital mencionado (Fig.55).



Fig.55. Varón con tumor de parótida gigante que falleció durante la intervención quirúrgica programada para su extirpación, por negligencia del equipo local de anestesia que no tuvo medios para su monitorización durante el acto quirúrgico.

- 2016 Gambia. Banjul. Serrekunda Hospital. Paciente joven por shock anafiláctico de los anestésicos locales, que provocaron paro cardíaco.
- 2018 Cabo Verde Hospital Dr. Agostinho Neto. Fallecimiento de una niña de dos años, con malformaciones varias, antes de ser intervenida de fisura palatina, y como consecuencia de la anestesia que produjo paro cardíaco, remontado en dos ocasiones, pero no en el tercero.

III. SITUACIONES CON RELEVANCIA INTERNACIONAL EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES

1. Marco de relación Misión/ Pacientes

1.1. Responsabilidad Civil y Profesional del personal de las STMMIs.

El *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya* (CCMC) es el tomador de la póliza colectiva de Responsabilidad Civil Profesional contratada para todos los médicos colegiados con la compañía aseguradora *Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles* (SHAM). Tienen la condición de asegurados/das los colegiados de cualquiera de los Colegios de Médicos que formen parte del CCMC y las sociedades profesionales inscritas en cualquiera de estos Colegios que se hayan dado de alta en dicha póliza. Para estar incluido en este seguro, el colegiado con ejercicio profesional o la sociedad titular debe tener su domicilio profesional principal en Cataluña.

Cada Colegio de Médicos mantiene el derecho a no incluir en su relación nominal de asegurados a aquel colegiado o sociedad profesional, cuya historia de siniestralidad, analizada de forma objetiva, manifieste una desviación significativa respecto del coste de la cobertura global. La no inclusión será propuesta por la aseguradora y el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) la analizará técnicamente.

Cobertura de RC en STMMIs. Extensión y necesidad

I.- Riesgos cubiertos por los seguros de Responsabilidad Civil

La responsabilidad civil del Asegurado cubre los daños producidos a *Terceros* debidos a actuaciones u omisiones en el ejercicio de la profesión médica o sanitaria, con ocasión de diagnósticos, tratamientos, intervención quirúrgica, prescripción, utilización de aparatos, exploraciones, seguimiento clínico–evolutivo, actividad docente, dictámenes y/o peritajes, utillaje clínico y por la gestión administrativa derivada del ejercicio de la profesión, la actividad docente que pudieran realizar los asegurados, la participación en *Ensayos Clínicos* y por el uso compasivo de medicamentos. En los dos últimos supuestos, esta póliza actuará en exceso de la cobertura otorgada por el seguro obligatorio que por estos supuestos se contrate según lo establecido en la legislación vigente. También se incluye, por tanto, la responsabilidad civil del Asegurado por daños realizados a *Terceros* debidos a la prestación del *Deber de Socorro*. Así mismo se cubrirá la responsabilidad civil del Asegurado cuando en el desarrollo de su actividad

profesional pronuncie conferencias o participe en congresos médicos, cursos especializados de formación o prácticas relacionadas con su profesión.

Prescripciones Técnicas

También se cubrirán las fianzas solicitadas por los *Tribunales de Justicia* con el fin de ser suficientes para cumplir con los deberes del “Asegurado” frente a un percance o mala praxis cubierto por la póliza de RC, debiendo, la *Aseguradora*, constituir la suma fijada por el Tribunal hasta el límite del importe máximo garantizado por siniestro. Se cubre a la vez el coste de la defensa desde la apertura del siniestro hasta la finalización de todo procedimiento judicial seguido por motivos de cobertura causa de esta póliza (esta cobertura se ajustará a aquello previsto en las cláusulas 5 y 8 de las condiciones particulares).

También quedan cubiertas las reclamaciones contra las sociedades profesionales siempre y cuando tengan su origen en una acción u omisión cometida por cuenta de la sociedad por un colegiado o se reclame contra éste de forma solidaria y que, aunque no sea socio profesional de esta sociedad, esté dado de alta como Asegurado en la póliza de cualquiera de los cuatro colegios que constituyen el *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya*.

II.- Garantía complementaria de inhabilitación profesional

Los asegurados que sean inhabilitados para el ejercicio de la profesión de médico por sentencia judicial firme con motivo de un siniestro cubierto por la garantía principal de esta contratación, podrán ser beneficiarios de una renta mensual anticipada. El importe máximo de la renta que por esta garantía complementaria se compromete a pagar la aseguradora, será de 3.800 € mensuales. El importe a percibir por el asegurado nunca podrá sobrepasar la media de los ingresos que acredite como obtenidos en el ejercicio de la medicina durante el último ejercicio fiscal contable inmediatamente anterior a la condena. El pago de la aportación económica de la póliza durará el tiempo necesario que se extienda la pena de inhabilitación, contando desde el inicio de la penalización con una duración máxima no superior a los 30 meses.

Esta prestación está ideada para compensar los daños económicos originados como consecuencia de la pena de inhabilitación para ejercer su actividad profesional y, en ningún caso, podrá ser motivo de enriquecimiento. Por tanto, esta garantía complementaria contribuirá únicamente en la parte proporcional que le corresponda por la prestación pactada en relación con la de otras pólizas o seguros que también den cobertura a este riesgo del asegurado. Esta garantía complementaria no se

contabilizará a los efectos del resto de límites máximos de las otras garantías objeto de la contratación.

III.- Exclusiones de cobertura de Responsabilidad Civil que se aplican en FC

1.- El seguro no cubre las consecuencias pecuniarias derivadas de la indemnización a un *tercero* por los daños y perjuicios causados durante un acto realizado cuando el asegurado estuviese suspendido o inhabilitado -en el momento de ocurrir el hecho- para ejercer la profesión o la actividad de la sociedad profesional, a través de la resolución judicial firme o resolución del Colegio Profesional respectivo o resolución administrativa firme. No obstante, la exclusión de cobertura solamente tendrá efecto sobre los actos médicos que correspondan al ámbito concreto que se refieran a la suspensión o inhabilitación del asegurado.

2.- El seguro no cubre las reclamaciones producidas por la prescripción de medicamentos que no se hallen reconocidos por la «Ley 29/2006, de 26 de julio, del Medicamento» y/o demás normativas vigentes en la fecha en que se produjeran los hechos motivo de la reclamación.

3.- El seguro no cubre tampoco las reclamaciones por actos médicos con finalidad estética satisfactoria, ya sean médicos, médico-quirúrgicos o anestésicos, en cualquier de los siguientes supuestos:

a) Que hayan sido contratados y abonados por el paciente, o por quien le represente o financie, a una empresa de cualquier naturaleza o al mismo médico, siempre que estos actos médicos hayan sido ofrecidos mediante publicidad, a través del medio de comunicación que sea, asegurando resultados o presentando los actos médicos como inocuos.

b) Que se realicen en consultorios de clínicas carentes de la denominación legal de centro médico autorizado, con el correspondiente pago fiscal de Instituto o Centro de carácter estético o dependencias de parecidas condiciones.

c) Que el asegurado no aporte al SRP o a la aseguradora copia del correspondiente documento de consentimiento informado, debidamente personalizado, e informando de los riesgos generales y particularizados de la intervención médica o médico-quirúrgica a efectuar, incluida la intervención anestésica, si es el caso.

4.- El seguro no cubre las reclamaciones derivadas de actos de cirugía de cambio de sexo, vasectomía, ligadura de trompas, y en general, cualquier reclamación derivada de

intervenciones o tratamientos que tengan por finalidad conseguir la esterilidad del/de la paciente, en los siguientes casos:

a) Que el asegurado no aporte al SRP o a la aseguradora copia del correspondiente documento de consentimiento informado, debidamente personalizado e informando de los riesgos generales y particularizados de la intervención médica o médico-quirúrgica a efectuar, incluida la intervención anestésica, si es el caso.

b) Cuando el procedimiento o acto médico causa de la reclamación se haya ofrecido mediante publicidad que garantice resultados o presente el acto médico o el procedimiento como inocuo.

5.- El seguro no cubre las reclamaciones derivadas de actos de cirugía refractiva ocular; cirugía ortognática, pre protésica e implantación oral, en cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Que el asegurado no aporte al SRP o a la aseguradora copia del correspondiente documento de consentimiento informado, debidamente personalizado e informando de los riesgos generales y particularizados de la intervención médica o médico-quirúrgica a efectuar, incluida la intervención anestésica, si es el caso.

b) Cuando el procedimiento o acto médico causa de la reclamación se haya ofrecido mediante publicidad que garantice resultados o presente el acto médico o el procedimiento como inocuo.

6.- El seguro no cubre las reclamaciones por daños producidos con motivos de fuego, detonaciones, térmicos o emisiones de radiaciones causados por un mal funcionamiento de las funciones de la aceleración de los átomos.

7.- El seguro no cubre las reclamaciones – penales o civiles – por daños causados por acciones dolosas o mediante mala fe del asegurado asociadas al ejercicio profesional.

8.- El seguro no cubre las multas y sanciones económicas impuestas por los Tribunales y otras autoridades asociadas a un siniestro con cobertura por la propia póliza contratada.

9.- El seguro, según lo dispuesto en la Ley 25/1964 de 29 de abril, en el Real Decreto 1836/1999 de 3 de diciembre, no se hace cargo de los daños ocasionados en el ámbito del seguro obligatorio de responsabilidad civil de instalaciones radiactivas, así como toda otra normativa que aparezca posteriormente y que complemente o sustituya la legislación previa.

En relación a los apartados de diagnóstico o tratamiento no incluido en el ámbito del mencionado seguro obligatorio, quedará excluida además:

- Los daños de carácter material.
- Los daños ocasionados por el uso de aparatos con fuentes radiactivas sin autorización o por el incumplimiento de las normativas vigentes referentes a seguridad recomendadas por las autoridades competentes.
- Los daños producidos por la emisión, voluntaria y conocedora de radiaciones de tipo ionizante incluidas en el programa de explotación normal de la instalación, siempre que no estén en relación directa con el uso recomendado de la misma por los Asegurados.
- Los daños realizados por avería o mala aplicación de un equipo profesional o su instalación, ya sea por tener un diseño, construcción o mantenimiento equivocado.

10.- Daños producidos a los miembros de la familia del Asegurado causante del siniestro, incluyendo al cónyuge, los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines y en el caso de que convivan de forma habitual a cargo del Asegurado, sus hermanos y hermanas.

11.- Las reclamaciones están basadas en acuerdos, convenios o pactos que alteren la responsabilidad exigible legalmente, en ausencia de ésta. Se refiere a la responsabilidad contractual y está relacionado con la medicina o el tratamiento basado en la obligación de resultados.

12.- La suscripción por parte del Asegurado, sin el autorizador de la empresa o compañía aseguradora, de cualquier cláusula contractual que limite o excluya el ejercicio del derecho de repetición que legalmente, subrogándose en el Asegurado, le pudiera corresponder al asegurador.

13.- Las reclamaciones derivadas del uso indebido de silicona líquida y/o gel de silicona, y en general de la utilización de un producto sanitario no autorizado.

14.- Reclamaciones derivadas de la aplicación de terapia genética.

15.- La prestación de fianzas y la defensa judicial que puedan tener su origen en siniestros no amparados por la póliza (excepto el supuesto previsto en el apartado 7 de la presente cláusula).

16.- Hechos acaecidos en el ámbito extraterritorial o con limitación temporal de las condiciones de la póliza, indicados específicamente en la misma.

17.- Las reclamaciones contra sociedades profesionales aseguradas cuyo origen sea la acción u omisión cometida por un médico que, siendo o no socio de dicha sociedad, no esté dado de alta en ninguna de las pólizas de los colegios que forman parte del *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya*.

18.- Daños que deban ser objeto de seguro obligatorio. En todo caso, no queda afectado por esta exclusión el seguro obligatorio de responsabilidad civil médica.

19.- Las reclamaciones por periciales efectuadas sobre la praxis de un médico asegurado.

IV.- Defensa

La gestión y la defensa de aquellas reclamaciones que afecten la responsabilidad civil de los asegurados se llevará a cabo necesariamente por alguno de los profesionales integrados en el SRP del *Consell de Col·legis de Metges de Catalunya*. Si se trata de reclamaciones penales se puede escoger un letrado ajeno al SRP, si bien en este caso existe una limitación de los honorarios del letrado a cargo de la póliza.

V.- Ámbito temporal

El seguro cubre todas aquellas reclamaciones que sean formuladas a la aseguradora por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro y extensible a un año después de su cancelación o vencimiento no prorrogado, por equivocaciones, omisiones o actos negligentes ocurridos durante la vigencia de la póliza o con anterioridad a su entrada en vigor. No se aceptarán reclamaciones en los casos de:

1- Cuando el asegurado conociera su existencia antes de la fecha de entrar en efecto el seguro.

2- Las reclamaciones que estén cubiertas por otra u otras pólizas contratadas con anterioridad a esta.

3- Las reclamaciones o las declaraciones de siniestros presentadas una vez finalizado el periodo de un año con posterioridad a la cancelación o vencimiento no prorrogado del seguro.

Es importante tener en cuenta que la Aseguradora cubre todas aquellas reclamaciones recibidas por el asegurado durante la vigencia de la póliza, indistintamente de si en el

momento de realizar el acto médico del cual se deriva la reclamación el asegurado gozaba de esta condición, y ello siempre y cuando no se cumpla ninguno de los tres supuestos contemplados en el ámbito temporal.

Al mismo tiempo, si un asegurado solicita la baja de la póliza únicamente durante un año podrá continuar declarando las reclamaciones recibidas por actos médicos realizados mientras gozaba de la condición de asegurado. Para evitar posibles situaciones de rehúse de cobertura, se ofrece la posibilidad de contratación de la garantía temporal de cobertura.

VI.- Ámbito territorial

La garantía de esta póliza cubre solo las actuaciones del Asegurado que realice en territorio español. No obstante dado que es voluntad de los contratantes de la póliza facilitar el ejercicio profesional temporal de sus asegurados en el extranjero, se extiende la cobertura a todo el mundo (excepto USA y Canadá) siempre que, con carácter previo, el asegurado lo solicite a la Aseguradora mediante el Servicio de Responsabilidad Profesional, indicando el momento en que inició su actividad profesional en el extranjero, el país donde se va a ejercer y la duración. Una vez comprobado el carácter temporal de la estancia, se concederá la autorización correspondiente (Fig. 56 y 57).

Ref. 15/17/SRP/CoMB

El Dr. José Arimany Manso, Director del Servicio de Responsabilidad Civil Profesional,
del Consell de Col·legi de Metges de Catalunya,

INFORMA:

I.- Que el Dr. Pedro Clarós Blanch, con número de colegiado 7.090 del Col·legi de Metges de Barcelona, consta asegurado en la póliza colectiva de Responsabilidad Civil Profesional contratada por el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya con la compañía aseguradora Societé Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM).

II.- Que la póliza de Responsabilidad Civil Profesional de la que es tomador el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya da cobertura a las actuaciones realizadas por sus asegurados dentro del territorio español y excepcionalmente, cuando se trate de estancias temporales, también puede extenderse a todo el mundo, excepto en los Estados Unidos de América y en Canadá.

III.- Que a solicitud del Dr. Clarós y comprobado el carácter temporal de su estancia, se confirma su cobertura para el ejercicio profesional en Burundi, del 3 al 11 de enero de 2020, siempre que continúe con la condición de asegurado.

A petición del interesado lo firmo, en Barcelona, a 16 de diciembre de 2019.



Dr. José Arimany Manso

Fig.56. Modelo de Póliza de Responsabilidad Civil para viajar y ejercer la profesión en un país fuera de la UE.

Ref. 15/17/SRP/CoMB

José Arimany Manso M.D. Ph D, Director of the Professional Liability Service, of the
Catalonian Medical Council,

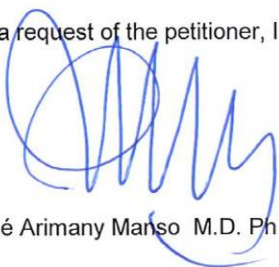
INFORMS,

I.- That Pedro Clarós Blanch, M.D., with register number 7.090 of the Col·legi de
Metges de Barcelona, is assured by the Professional Liability collective Policy,
contracted by the Catalonian Medical Council with the insurance company Société
Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM).

II.- That Professional Liability Policy's coverage, which Insurance Taker is the
Catalonian Medical Council, is extended to all medical activities of its insured members
around Spain and exceptionally, all around the world, except the United States of
America and Canada, whenever it is a temporarily stay.

III.- Attending to Mr. Clarós application, and once is verified the temporal professional
stay abroad, it's confirmed his professional exercise coverage in Burundi, from January
the 3rd to the 11st of 2020, conditioned to stay assured.

As a request of the petitioner, I do sign, in Barcelona, December the 16th of 2019.



José Arimany Manso M.D. Ph D

Fig.57. Modelo de Póliza de Responsabilidad Civil en inglés para viajar y ejercer la profesión en un país fuera de España.

Límites de la RC

Es objeto de la citada póliza, la cobertura de las responsabilidades civiles que, de acuerdo con la normativa vigente, correspondan al asegurado/a por lesiones y/o perjuicios corporales, materiales, consecuenciales y/o perjuicios económicos puros, ocasionados por acción u omisión a terceras personas en la práctica de la actividad médica profesional, con un límite por siniestro, a partir del 1 de julio de 2017 y por actos médicos reclamados con posterioridad a esta fecha, de 1.000.000,00 € y un límite por asegurado y año de seguro de 2.000.000,00 €. Todo ello según las condiciones generales y particulares preestablecidas en la póliza actualmente vigente.

Las compañías que ofrecen pólizas de responsabilidad civil son diferentes según el país en el que se solicitan. En España, suelen ser las mismas que ofrecen al profesional de la medicina colegiada para el ejercicio diario regular y que pueden ampliarse puntualmente para actividades profesionales en otras naciones, sin coste adicional alguno. Sin embargo suelen tener las limitaciones de actuación en EEUU y en Canadá, como se ha mencionado en el apartado anterior. Su duración es limitada y sirven para una misión de STMMI, aunque puede ampliarse a otras misiones. Indudablemente que tiene mucho valor el que el profesional que lo solicita tenga un expediente limpio de demandas o actos realizados con penalizaciones.

Por otro lado, hay otras Compañías como *Adams and Associates International* que ofrecen un seguro a un precio de \$4.35 a \$8.75 por día. El costo del seguro para los que viven en el extranjero es de \$700 a \$1,800 USD por año. *Lloyd' s of London* ofrece cobertura de "reclamo" a organizaciones humanitarias, pero esto a menudo cuesta varios miles de dólares. El seguro está respaldado por un fideicomiso a través del *International Helpers (Guernsey) Trust* y se incluye la aseguranza para los componentes médicos, otros tipos de colaboradores paramédicos y los propios organizadores de las misiones¹³⁶.

Por el momento no tenemos noticias de si las limitaciones o dificultades en contratar una póliza de seguro de negligencia médica hayan sido un impedimento para que se realizaran misiones de voluntariado hasta ahora, pero podría haber ocurrido en algunas ocasiones ya sea sin seguro o con uno de pólizas muy limitadas. Sin embargo, es bastante frecuente encontrar, en muchas organizaciones humanitarias, la falta de cobertura por negligencia médica, y algunas de ellas llegan a afirmar que la cobertura

¹³⁶Gallagher Charitable International Insurance Services. "Overseas medical professional liability referral". Available at: http://www.aaintl.com/overseas_liability.cfm.

no es necesaria porque la probabilidad de que se presente una demanda es insignificante. Otras organizaciones recomiendan que los voluntarios contraten una cobertura de negligencia médica en el extranjero. Muchas organizaciones sin fines de lucro que envían médicos al extranjero tienen voluntarios que firman una exención que indica que no hay seguro de responsabilidad médica disponible dentro del programa¹³⁷.

Las grandes organizaciones humanitarias como Médicos sin Fronteras, proporcionan cobertura de responsabilidad profesional para todo el personal de campo además de un seguro de salud, seguro de accidentes, responsabilidad privada, repatriación y seguro de los billetes de vuelo. Pero, esto qué sería lo adecuado, no es posible en las pequeñas fundaciones debido al coste que ello conlleva y sus presupuestos son muy bajos.

Otra organización, *Partners in Health*, cubre la indemnización de sus directivos y ejecutivos frente a cualquier acción legal tomada contra ellos mientras están activos en el cargo, excepto si se ha demostrado que no han actuado de buena fe. La Junta Directiva tiene la capacidad de votar o decidir la extensión de una indemnización similar a otros empleados y agentes; en otras palabras, la indemnización no es automática pero por decisión se puede conseguir¹³⁸.

Por lo tanto, el escenario más común que nos encontramos actualmente es que hay componentes de una ONG médica que viajan sin cobertura de responsabilidad civil, mientras que otras tienen contratado un sistema de compensar u ofrecer, de manera proactiva, la reclamación económica de las familias afectadas por situaciones adversas, eliminando la necesidad de realizar litigios.

Los costes de la póliza de RC de la FC suscrita por el Consejo de Médicos de Cataluña con la compañía SHAM se hace su pago a través del recibo colegial y es de 131 €/ trimestre y cubre al titular en España y, previa solicitud fuera de ella y según las indicaciones detalladas en la póliza.

¹³⁷MARCUS D. Are you protected from liability when volunteering at home, abroad? *AAP News* 2010; 31:1.18

¹³⁸Partners in Health. "Amended and restated by-laws of Partners in Health, a non-profit corporation". Available at: http://act.pih.org/page/-/financials/PIH_Bylaws%20revised_9-2-08.pdf

Errores frecuentes de los cooperantes en las STMMIs

El voluntariado médico, como ya hemos dicho, tiene el potencial de poder causar un daño físico que antes no existía. Este riesgo se produce por varios factores, pero no todos los conoce la comunidad de cooperantes, tales como la falta de familiaridad con la población de pacientes a las que atiende, el propio idioma local y los problemas de la patología común de la región visitada, así como la naturaleza de las misiones STMMIs que pueden conducir a realizar tratamientos inapropiados¹³⁹.

Otras razones para valorar el mayor riesgo de cometer errores médicos, son la falta de disponibilidad, o que están fuera de los registros de salud, pruebas de laboratorio no accesibles a los profesionales, servicios de emergencia no realizables, instalaciones escasas para el examen del paciente y la posibilidad de tener servicios de referencia para un seguimiento del paciente adecuadamente. Hay que tener en cuenta que las barreras que representan el idioma y el tiempo limitado de hablar con los pacientes dificultan aún más la capacidad de realizar una evaluación médica adecuada. A todo esto añadiremos que los voluntarios de una STMMI no estén familiarizados con la práctica estándar del país anfitrión, del mismo modo que los miembros del hospital receptor pueden no estar familiarizados con los medicamentos y tratamientos recomendados por los equipos médicos voluntarios visitantes¹⁴⁰.

La responsabilidad de los cooperantes junto a una limitación del conocimiento técnico, preparación cualificada o los recursos inadecuados para tratar a los enfermos de la comunidad pueden llevar a realizar tratamientos desconocidos en los estudiantes que participan en misiones médicas como parte de sus programas educativos. En especial aquellos cooperantes voluntarios que aún están en los primeros años de la carrera y que aprovechan la ocasión para intentar practicar técnicas que están más allá de su alcance y nivel de capacitación¹⁴¹. Los médicos voluntarios son un colectivo que está dispuesto a actuar cuando se les necesita en cualquier país y por ello representan una reserva crítica para actuar en desastres y emergencias. El marco legal puede facilitar o inhibir las aspiraciones de los cooperantes, pues, como hemos visto, las jurisdicciones existentes tienen un enfoque diverso y a veces inconsistente para la protección legal de los voluntarios en emergencias. Algunos países tienen una legislación vigente que se aplica específicamente al voluntariado en los desastres, mientras que, en otros, los

¹³⁹HAWKINS J. Potential Pitfalls of Short-Term Medical Missions. *J.of Christian Nursing*, 2013. 29 (3):173-177.

¹⁴⁰GORSKE A. "Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in Short-Term Missions" The Center for the Study of Health in Missions. *The Journal of Humanitarian Assistance*. 2009

¹⁴¹Ibid

asuntos legales relacionados con el voluntariado en emergencias están cubiertos por las leyes generales.

La responsabilidad profesional por negligencia en las misiones médicas voluntarias es, por lo tanto, un campo complejo debido a la falta de uniformidad en varias jurisdicciones legales y la falta general de orientación para los médicos. Hasta la fecha, la experiencia en litigios ha sido limitada debido al pequeño número de casos que realmente se están juzgando en los tribunales. Por lo tanto, la posición legal exacta a menudo sigue siendo incierta. La mayoría de los casos de eventos adversos, si efectivamente se resuelven, lo hacen mediante un pago financiero a la víctima o su familia sin entrar en litigios. El seguro de negligencia médica, que generalmente deberían tener todos los cooperantes es de disponibilidad limitada para los médicos, aunque todavía no se conocen las implicaciones de esto para la práctica del voluntariado.

Aunque el número actual de casos registrados de demandas es pequeño, esto puede aumentar en el futuro, lo que podría poner en peligro la realización de algunas misiones humanitarias. Es beneficioso tanto para las comunidades afectadas como para los voluntarios que las diversas jurisdicciones realicen una evaluación de su marco legal con respecto a los voluntarios, y particularmente a aquellos activos en las unidades de emergencias. Además, evaluar la idoneidad de dicho marco para fortalecer la protección legal de los voluntarios y, al mismo tiempo, proporcionar una protección adecuada a la comunidad local, es crucial para que una operación sea sostenible. Esto ayudará a garantizar que este valioso trabajo que realizan las ONGs continúe. Nos falta, sin embargo, definir el marco legal existente para la protección del paciente atendido contra la negligencia médica.

Por último, repetir que para el clínico es un alivio saber que, en caso de un resultado adverso y/o mal resultado de la prestación médica, en la mayoría de las jurisdicciones, el profesional es considerado como *no responsable* si se aplican ciertas condiciones, como “la de que estaba actuando de buena fe dentro del alcance de sus responsabilidades” según lo definido por la organización, así como que están debidamente autorizadas y certificadas para realizar la tarea requerida, además de “que no hay mala conducta intencional o criminal” y, finalmente, “que no se encontraba bajo los efectos de drogas o alcohol en ese momento del incidente”.

Para las actividades de las ONGs que organizan con frecuencia o quieren organizar STMMIs, hay varias maneras de evitar o disminuir los riesgos de cometer errores. Los

cooperantes de las STMMIs deben ser personas cualificadas cuyo deseo no sea tener solo una experiencia emocionante en un periodo vacacional o solamente aumentar su cv¹⁴². Ahora vamos a exponer de forma limitada los que debemos sopesar de forma adecuada:

- *Hacer un mal diagnóstico o un tratamiento inadecuado.*

La falta de conocimiento suficiente en los problemas de salud comunes del país anfitrión (enfermedades tropicales), la barrera del idioma o la corta duración de la misión puede conducir a fallos en el diagnóstico y/o en el tratamiento inadecuado e insostenible¹⁴³.

La información que debería estar en la historia clínica a menudo no está disponible o si está, es insuficiente y recoge escasa o ninguna información de la enfermedad o el procedimiento quirúrgico realizado del mismo modo que acostumbran a faltar datos o, pruebas de laboratorio que sean fiables, por lo que son factores que pueden conducir a un diagnóstico erróneo¹⁴⁴.

- *El incumplimiento de las normas o cirugía innecesaria.*

Los cooperantes voluntarios de una STMMI deben conocer y aplicar las mismas técnicas y mejores prácticas de la medicina como si estuvieran en sus países de origen. Además, el profesional médico cooperante no suele estar familiarizado con las condiciones habituales del país que les recibe, y esto puede ocasionar que en la práctica de la cirugía o en el estado del postoperatorio, lo que se ha realizado no tenga el control o los cuidados requeridos y, por lo tanto, lo que va a ocurrir va a ser un mal resultado o una complicación posquirúrgica.

- *Dosificaciones inadecuadas de las medicaciones.*

Con cierta frecuencia algunos de los cooperantes son los encargados de la distribución de los medicamentos que ellos mismos han transportado a los pacientes locales y son susceptibles de realizar una dosificación inapropiada o administrar fármacos, a menudo

¹⁴²MCCALL D., ILTIS A. Health care voluntarism: addressing ethical concerns of undergraduate student participation in global health volunteer work. *HEC Forum*. 2014; 26(4):285–97. doi: 10.1007/s10730-014-9243-7.

¹⁴³BAUER I. More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements. *Tropical Diseases. Travel Medicine and Vaccines*. 2017; 3(5): 12

¹⁴⁴GORSKE A. "Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in Short-Term Missions". *The Center for the Study of Health in Missions. Op. Cit.*

caducados, sin que los sanitarios del país anfitrión puedan supervisar o conocer sus efectos secundarios durante el tratamiento por los equipos de la misión¹⁴⁵.

- *Seleccionar los casos quirúrgicos valorando sus riesgos potenciales.*

Un capítulo importante para no tener complicaciones añadidas es la de valorar los riesgos potenciales de los pacientes que se deban someter a una cirugía, con el condicionante de que, si *el peligro que pueda correr un paciente es excesivo y la cirugía no es vital*, debe posponerse o cancelarse.

En este punto podemos añadir que, en nuestra experiencia, ciertas cirugías de labios leporino, por ejemplo, en niños muy pequeños con bajo peso, en STMMI realizadas en diferentes destinos, las hemos cancelado por existir un riesgo asociado muy elevado y es preferible que se opere más adelante ya sea en una próxima visita de nuestra ONG o permitir que lo haga otra ONG especializada que visite el país en otra ocasión (Fig. 58).



Fig. 58. Recién nacido de 3 semanas con malformación facial de labio leporino y escaso peso que no fue aceptado para operar por representar un riesgo excesivo en la STMMI de la FC en el Hospital Universitario de Buyumbura, Burundi, en enero de 2020.

¹⁴⁵GORSKE A. "Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in Short-Term Missions". The Center for the Study of Health in Missions. *Op. Cit.*

- *Conocer perfectamente las condiciones clínicas de los pacientes*

Algunas veces hemos podido observar que los pacientes o sus familiares con el deseo de ser operados aprovechando la visita de una ONG que realiza una STMMI esconden los antecedentes médicos de los propios pacientes, sin valorar las consecuencias fatales que se pueden acercar. Esto ha ocurrido a la FC en una de las misiones a Camerún, (Yaundé en 2012) en el *Hôpital Saint Martin de Porres* en el que después de la cirugía de una fisura palatina una niña de 12 meses hizo un paro cardíaco que pudo remontarse con la ayuda médica. Aunque la familia era consciente de que tenía una anomalía cardíaca diagnosticada previamente escondieron este hecho en la visita preoperatorio, así como las pruebas que se le habían realizado, para que no se anulase la intervención.

- *Operar los casos que se entienda que puedan ser intervenidos*

Los deseos de todos los que componen una STMMI es el de poder operar el máximo número de casos clínicos y, sobre todo, algunas patologías raras o menos frecuentes en nuestra práctica cotidiana. Especialmente este hecho se da en los jóvenes que por primera vez acompañan a una ONG a un destino determinado. Sin embargo, habrá ciertos pacientes en que la indicación quirúrgica no es estrictamente necesaria y/o comporta un riesgo mayor de lo previsto. Este aspecto debe ser tenido en cuenta por el director de la STMMIs procurando que se cumplan todas las leyes y normas más adecuadas para evitar estas situaciones.

- *Contar con un equipo de anestelistas que puedan asumir el riesgo de la intervención, disminuyendo y logrando el éxito de la cirugía.*

El equipo de anestelistas que acompaña a una STMMI debe estar bien formado y sobre todo tener experiencia en todo tipo de emergencias que puedan ocurrir durante y después de las cirugías. Es evidente que los pacientes que se operan en una misión médica los hay de todo tipo, pero debemos tener en cuenta que algunos pueden significar una trampa para el médico y traer complicaciones de cualquier índole. Por todo lo mencionado los profesionales de la anestesia deben controlar todos los productos y material fungible que van a utilizar durante el acto quirúrgico y ser conocedores de su estado y eficacia. Cualquier equivocación puede conllevar a consecuencias nefastas (Figs. 59, 60, 61 y 62).

Referente a los fármacos anestésicos que nosotros aportamos en una STMMI, está garantizada, en su mayoría, su eficacia, pero los productos que nos encontramos en el hospital donde vamos a ejercer nuestra actividad, probablemente, algunos de ellos suelen estar caducados, medio usados o estar mal conservados. Es un hecho que algunos de ellos deben conservarse en refrigerador y el no hacerlo, puede llevar a que su eficacia sea poca o ninguna. Esto influye mucho más cuando son fármacos de reversión del proceso anestésico, con lo que no se hace en la forma deseada.



Fig.59. Una de nuestras anestesistas preparando los fármacos aportados por la FC en una misión en Burundi 2019, Centre Medico Chirurgical De Kinindo, Buyumbura.



Fig.60. Estado en que se encuentran algunos de los fármacos anestésicos en el Hospital de Serrekunda, Banjul, Gambia 2017.



Fig.61. La docencia y el intercambio de conocimientos entre los componentes de una STMMI en Buyumbura 2020 (Burundi) y los médicos, en este caso, anestésistas es muy importante para ambas partes.



Fig.62. Disposición de nuestro material anestésico en el quirófano durante una reciente STMMI de la FC (Burundi 2020). Todo él estéril y en perfecto estado, como se utiliza en nuestro propio centro en Barcelona.

1.2. Supuestos de negligencia profesional y mala praxis

La mala praxis médica ocurre cuando *un médico o profesional de la medicina, comete una negligencia u omisión de un acto que provoca como consecuencia un perjuicio a un paciente con difíciles soluciones*. Esto puede resultar como consecuencia de un mal diagnóstico, tratamiento, seguimiento del curso del paciente o gestión de un procedimiento de salud¹⁴⁶. La mala praxis está relacionada con la calidad de la prestación médica dada a los pacientes por un profesional de la medicina. Las leyes que la regulan varían de un país a otro, por lo que la mala praxis puede ser valorada, a menudo, de manera diferente según los diferentes ambientes donde se den. Los países desarrollados pueden tener el lujo de preocuparse por la valoración y cualificación de la práctica médica¹⁴⁷.

Un error médico “no es un delito punible penalmente”, en particular cuando es debido a la complejidad y la ambigüedad de los síntomas, la dificultad de encontrarlos e interpretación de los mismos. Sin embargo, un error médico puede comprometer la responsabilidad del mismo cuando se trata de un acto en el que el profesional tiene un grave desconocimiento del tema o realiza una negligencia durante el examen clínico con un diagnóstico erróneo que conducirá a un fallo en el diagnóstico final y por tanto a un tratamiento equivocado. Sin embargo, en caso de mala praxis, las sanciones civiles y penales serán inevitables si la negligencia del personal médico es evidente y provoca un resultado fatal¹⁴⁸.

En el transcurso de una STMMI se pueden cometer actos de mala praxis por diferentes motivos. Entre ellos podemos considerar los que ocurren por omisión o falta de atención suficiente al enfermo, por una inadecuada indicación médica, por una prescripción o equivocación quirúrgica o por un intrusismo profesional. Sin embargo, las condiciones que se dan en los países desarrollados no son las mismas que existen en los países emergentes, y no podemos considerarlas como iguales. Dicho esto, es cierto que en ambas situaciones puede haber errores médicos de diferente cuantificación y cualificación.

¹⁴⁶BAUER I. *More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements*. Op. Cit.

¹⁴⁷MARCHILDON G.P., MCINTOSH T., FOREST P G. *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*. Romanow Papers, Vol 1. Pp. 118. University of Toronto Press. Advancing Knowledge. 2004

¹⁴⁸World Health Organization. Emergency and essential surgical care. World Health Organization. 2012. Retrieved from <http://www.who.int/surgery/en/>

Es evidente que en un país con escasos recursos económicos y pocos médicos como suelen ser aquellos a los que frecuentan las diferentes ONGs, las condiciones no son las mismas que podrían considerarse en un país desarrollado. Así, por ejemplo, a título de curiosidad, podemos añadir que en algunas misiones en las que ha participado la FC hace años, por escasez de cirujanos disponibles, nos hemos visto obligados a realizar en algunos casos, cirugías fuera de nuestra competencia como especialistas, pero posibles por nuestros conocimientos generales como médicos, tales como algunas cesáreas, con el condicionante de ser una necesidad urgente y el médico que podía realizarlas o no existía, estaba ausente o a gran distancia (Fig. 63). En estos casos hay que valorar qué es mejor el “no hacer nada o permitir que un médico con años de experiencia, aunque no sea de la especialidad concreta pueda solucionar un caso que lo necesita con un mínimo de garantías”.

Sin embargo, sin la necesidad de llegar a casos críticos, aún hoy en día en muchos lugares de países “pobres” hay un contraste importante al encontrar Hospitales que realizan medicina y cirugía relativamente avanzada con instalaciones en excelentes condiciones, y otros del mismo país con un sistema hospitalario muy precario. Esta precariedad en los servicios de salud son los principales indicadores preocupantes de la sanidad en los países pobres al compararlos con los países desarrollados con una gran disparidad. Este hecho se da en la realización de las STMMIs que organizan las ONGs internacionales que trabajan con cooperantes voluntarios. Por desgracia, en algunos casos, los equipos de profesionales que las componen tienen, sin lugar a duda, un potencial de poder producir un daño corporal que estará en concordancia con su formación profesional por lo que estas misiones no están libres de incurrir en alguna negligencia médica¹⁴⁹.

¹⁴⁹GORSKE A. “Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in short-term missions”. The Center for the Study of Health in Missions. *Op. Cit.*



Fig.63. Caso de una cesárea realizada en Ninefecha, región de Kédougou en el estado de Tambacounda, en 2010, (Senegal Este) por un cirujano de cabeza y cuello de la FC en ausencia de un médico obstetra. Era la única opción posible.

Según la OMS, los países más ricos del mundo reciben más del 70% de los servicios quirúrgicos esenciales, mientras que aquellos más pobres del universo reciben solo el 4% de los servicios quirúrgicos¹⁵⁰. Por esta razón y otros condicionantes, las STMMIs no deben ser *el lugar de aprendizaje y experimentación para los médicos en formación*, aunque si estos están guiados por los directivos de la misión con formación suficiente, podrán ayudar y colaborar en los tratamientos, pero no tomar las propias iniciativas ya que entonces entrarían en una posible negligencia médica¹⁵¹. Todo se centrará en el uso de sus propias habilidades en las diversas técnicas quirúrgicas¹⁵² de manera que todo se haga de forma correcta y no sobrepasar las formas inadecuadas y sin llegar más allá de su alcance y del nivel de formación¹⁵³.

Las causas más comunes de la mala praxis son:

- *Tratamientos erróneos a los pacientes*, como el que puede ocurrir cuando no se ha historiado bien a un paciente o no se ha valorado convenientemente los resultados de los análisis clínicos¹⁵⁴. El olvido de una gasa o un instrumento quirúrgico en el interior del paciente que produzca complicaciones corporales, la inserción de un tornillo en un hueso que pueda limitar la movilidad de una articulación, o la sección de un nervio, tendón o vaso que produzca un déficit motor o deformación física (Fig.64).
- *Información insuficiente al paciente*.

La Declaración de Helsinki establece que un médico tiene la obligación ética de tratar de forma similar a todos los pacientes, independientemente de su ubicación o circunstancias¹⁵⁵. Un médico está obligado a realizar su máxima actuación profesional hacia los pacientes por los principios éticos comunes¹⁵⁶ de autonomía, filantropía, no maleficencia o inclinación a hacer el mal y justicia en lo que se refiere el tratamiento de

¹⁵⁰World Health Organization. Emergency and essential surgical care. World Health Organization. 2012. Retrieved from <http://www.who.int/surgery/en/>

¹⁵¹GISHEN K., THALLER S R. Surgical Mission Trips as an educational opportunity for medical students. *J Craniofac Surg*. Jun 2015, 26(4):1095-1096.

¹⁵²BAUER I. *More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements*. *Op. Cit.*

¹⁵³WADHWA D., YOUSSEF D. A four-week adventure to save the world. *BCM J*. 2011; 53(9): 488–489.

¹⁵⁴GORSKE A. "Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in short-term missions". The Center for the Study of Health in Missions. *Op. Cit.*

¹⁵⁵Unesco has ratified a Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, stressing the need to reinforce international cooperation in the field of bioethics. This declaration takes into account, in particular, the special needs of developing countries, indigenous communities, and vulnerable populations. UNESCO, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 19 October 2005. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180e.pdf>.

¹⁵⁶World Medical Association, "Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical research Involving Human Subjects", June 1964. Available at: www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/.

seres afectados de patologías diversas en las misiones médicas humanitarias internacionales¹⁵⁷.

- *Escasez de medios disponibles.*

En los países desarrollados esta situación puede ocurrir si teniendo los medios, no se ha utilizado o consultado convenientemente. En una STMMI, que normalmente se realiza en zonas rurales o con escasos medios, los cooperantes pueden encontrarse con la falta de medios y recursos a su alcance para llegar a un diagnóstico concreto y, por lo tanto, a tratamientos muy diferentes de los que realizan en su propio ambiente habitual. Hay que procurar evitar estos puntos y sobre todo que la falta de recursos no conduzca a la aparición de complicaciones¹⁵⁸.

- *Las consecuencias de una mala praxis*

En las actuaciones de los participantes en una STMMI pueden ser más graves que la propia deformación o patología. Un ejemplo de ello que vemos con frecuencia en las misiones de la FC es la de algunos niños que fueron intervenidos por otras ONGs sin experiencia en los tratamientos quirúrgicos de labio leporino o de fisura palatina. Este hecho concretamente dificulta mucho la reparación que, en unos casos es difícil, y en otros imposible.

Al conocer la autoría de los cirujanos previos estamos convencidos que fueron realizadas por médicos en formación sin los criterios o experiencia suficiente. Sin embargo hay otras ONGs, como la *Smile*, que ha tratado a más de 135.000 niños de reparación de labio leporino y paladar hendido, con buenos resultados¹⁵⁹.

Es frecuente, en la práctica, encontrarnos al llegar a un nuevo país que nos acoge, a pacientes locales con complicaciones o secuelas quirúrgicas que han sido intervenidos durante otras misiones o las llamadas *Caravanes Médicas* con las complicaciones surgidas de las operaciones previas (Fig. 64).

¹⁵⁷HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op.Cit.*

¹⁵⁸JINSOO M. International Medical Mission Facing Global Increase of Chronic Disease: 2-Year Experience in Bangladesh. *J Korean Med Sci* 2016, 31 (2): 326-328.

¹⁵⁹BAUER I. *More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements.* *Op. Cit.*



Fig.64. Ejemplo de un caso clínico de una paciente intervenida de un tumor benigno de la parótida izquierda (Adenoma Pleomorfo) por un cooperante joven de una ONG extranjera, sin experiencia, que visitó antes de la llegada de la FC al mismo enclave geográfico que le produjo una parálisis facial permanente.

Las complicaciones de la negligencia médica durante STMMI son desastrosas y muchas de ellas dependen de la formación y experiencia del cirujano pues algunas de ellas pueden llegar a producir la muerte de un paciente.

Las complicaciones quirúrgicas, tanto la morbilidad como la mortalidad son una de las medidas más importantes para cualificar los resultados de una STMMI. Sin embargo, es difícil recopilar en la literatura escritos que describan estos hechos de las misiones médicas¹⁶⁰. Algunos autores han relacionado el tipo de misión realizada con la incidencia más elevada de complicaciones y de mortalidad. Como ejemplo citamos un estudio que ha realizado una STMMI en traumatología y ortopedia en Kenia con un programa de valoración de los resultados tres meses después de las operaciones de todos los pacientes¹⁶¹.

En su informe se relata que de los 211 pacientes intervenidos, se evaluaron 163 (87%) 12 semanas después de la operación. De los 77 pacientes que se les realizó una cirugía en los miembros inferiores, 19 (25%) se perdieron de vista, 5 (6,5%) tenían buena movilidad pero requerían de un fisioterapeuta, 4 (5,2%) se quedaron con déficits

¹⁶⁰MALAY PB. Short-Term Medical Missions and Global Health. *J Foot Ankle Surg.* 2017; 56(2):220-222

¹⁶¹COUSINS GR., OBOLENSKY L., MCALLEN C., ACHARYA V., BEEBEEJAUN A. Surgical outcomes of a travelling multidisciplinary team. *J Bone Joint Surg.* 2012;(94):1591-1594.

por falta de fisioterapeutas, 2 (2,6%) tenían dolor moderado al andar, 2 (2,6%) les quedó una pseudoartrosis y 2 (2,6%) tuvieron una herida quirúrgica que no cicatrizó¹⁶².

En la revisión que hace Sykes¹⁶³ se describe un documento que resume los datos sobre la mortalidad de los pacientes. En un total de 59 muertes acontecidas, 5 (8,5%) son producidas por causas desconocidas; 4 (6,8%) por septicemia, reacciones alérgicas o reacciones debidas a transfusión sanguínea; 2 (3,39%) por complicaciones de lesiones preexistentes que los pacientes no habían descrito en el preoperatorio y son condiciones preexistentes de los pacientes; 1 (1,7%) fallecidos por hipertermia maligna y finalmente 17 (22%) por complicaciones cardio-pulmonares ya preexistentes y tratadas previamente.

- **Concepto de responsabilidad y negligencia en las STMMIs**

Al valorar las responsabilidades de las STMMIs en un contexto Internacional debemos incluir las que se deben a¹⁶⁴:

- *Cumplir con la ética de los cooperantes médicos, incluyendo los derechos humanos de las personas necesitadas*¹⁶⁵:

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) afirmó en su artículo 25.1 lo siguiente: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por causas ajenas a su voluntad”*¹⁶⁶.

- *Cumplir con las normas de conducta éticas para los profesionales del ámbito sanitario.*

¹⁶²COUSINS GR., OBOLENSKY L., MCALLEN C., ACHARYA V., BEEBEEJAUN A. Surgical outcomes of a travelling multidisciplinary team. *Op. Cit.*

¹⁶³SYKES KJ. Service trips: a systematic review of the evidence. *Am J Pub Health*.2014;104 (7):38– 48.

¹⁶⁴UN General Assembly, “Universal Declaration of Human Rights”, 10 December 1948, 217 A (III), Available at: <http://www.un.org/en/documents/udhr>

¹⁶⁵Additionally, the Constitution of the World Health Organization provides that “the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, and political belief, economic or social condition”. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, article 12, recognizes the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

¹⁶⁶UN General Assembly, “International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights”, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

Deben dirigir las acciones de un trabajador de la salud en los esfuerzos humanitarios basados en los principios fundamentales de la asistencia médica a los pacientes que se hallan en la *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM)* que dice “es deber del médico promover y salvaguardar la salud de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación. El conocimiento y la conciencia del médico están dedicados al cumplimiento de este deber”¹⁶⁷.

En pocas palabras, “el médico “debe velar por la salud de los pacientes como primera consideración con la implicación de que un médico tiene un deber ético similar para todos los pacientes, independientemente de su localidad o circunstancias”¹⁶⁸. Por lo tanto, un médico cuando asiste a los pacientes en una STMMI está sujeto a los principios éticos comunes de autonomía, beneficencia, no malversación y justicia¹⁶⁹.

- *Disminuir y considerar el riesgo de error en el voluntariado médico*

Incluiría valorar las diferentes barreras de comunicación con los enfermos por su idioma o condición social, así como la falta de conocimiento de las enfermedades locales que no son las comunes en la formación del profesional desplazado a un país que le acoge¹⁷⁰.

- *El derecho a indemnización en caso de negligencia*

Ante cualquier daño producido cabe la posibilidad de exigir o dar una compensación por el daño producido o recibido. *La Corte Internacional de Justicia* considera que la consecuencia de un acto nocivo ilegal acarrea el deber de indemnizar¹⁷¹.

Todos los procesos para reclamar una compensación por una negligencia o sospecha de ella deben cumplir con los condicionantes siguientes:

1-La ONG debe cumplir con los estándares de atención necesarios y considerados en las comunidades internacionales¹⁷².

¹⁶⁷World Medical Association, “Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical research Involving Human Subjects”, June 1964. Available at: http://www.wma.net/en/30publications/10_policies/b3/.

¹⁶⁸UNESCO has ratified a Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, stressing the need to reinforce international cooperation in the field of bioethics. This declaration takes into account, in particular, the special needs of developing countries, indigenous communities, and vulnerable populations. UNESCO, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 19 October 2005. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180e.pdf>.

¹⁶⁹HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

¹⁷⁰UN General Assembly, “International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights”, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

¹⁷¹MONGELARD E. “Corporate civil liability for violations of international humanitarian law”. *International Review of the Red Cross*. 2006; 88 (863): 665-691.

2-Cuando el punto previo no se cumpla, será posible la demanda.

3-Que realmente exista una lesión evidente como consecuencia de una actuación profesional.

- *Respeto y eficacia de un marco de actuación legal en los casos de emergencias generales.*

En este punto las diferencias que existen entre los países son muy variadas y el aspecto legal varía en cada uno de ellos. Sin embargo, la posición legal está desubicada ya que hay casos de demandas ante los tribunales internacionales o estatales¹⁷³.

- *Disponer de cobertura de responsabilidad civil por negligencia médica.*

Hay pólizas de responsabilidad profesional que excluyen la actuación en actividades en el extranjero. Por lo que se deberán contratar aquellas que tengan una tarifa más alta y pertenecen a formas especiales de ellas¹⁷⁴. No obstante aún hoy hay una gran cantidad de cooperantes que actúan sin una póliza de protección de su responsabilidad profesional. Por lo tanto, recomendamos que, previa a su realización, se dé una información detallada de los riesgos y responsabilidades al personal del voluntariado donde se podrán clarificar los conceptos legales sobre RC¹⁷⁵.

Tener una protección legal de los voluntarios y al mismo tiempo proporcionar una protección adecuada a la comunidad local es crucial para que una STMMI sea sostenible. Es cierto que aún en la actualidad las negligencias médicas en países de destino no están claras, y las propias jurisdicciones locales prácticamente no las penalizan ya que se considera que están *actuando con buena voluntad y que no hay conducta criminal o malintencionada*.

¹⁷²KLAMP C. "Legal Liability in the Humanitarian Sector" *The Journal of Humanitarian Assistance*. 2012. <http://www.hg.org/article.asp?id=27150>.

¹⁷³"The legal framework for volunteering in emergencies". *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, Geneva, 2011. Available at: www.ifrc.org/PageFiles/125640/leGalframework.pdf.

¹⁷⁴UEJIMA T. "Medical Missions and Medical Malpractice: the current state of Medical Malpractice Overseas". *American Society of Anesthesiologists*. ASA 2011;75(2):22-24 Available http://depts.washington.edu/asaccp/sites/default/files/pdf/Click%20here%20for%20_105.pdf.

¹⁷⁵TAN R. "The preparation of volunteers for deployment in emergencies". *Aust J. of Emergency Management*, 2006;21(4):54-59.

- **Carencias éticas de las ONGs en países anfitriones**

Como ocurre con frecuencia, ciertas ONGs médicas participan dando atención clínica más allá de sus capacitaciones, con escasa supervisión y sin un dominio del idioma local, y en estas circunstancias es fácil que ocurran accidentes médicos en el entorno de una STMMI de estas características, se denuncien o no los casos. Esto debería servir para recomendar a los líderes de las ONGs que no empleen a personas que no tienen la capacitación suficiente. Las leyes llamadas de "buena fe", se aplican solo si el actor está "debidamente licenciado y con certificado para realizar la tarea requerida"¹⁷⁶.

Las razones que llevan a la realización de una negligencia médica en una STMMI son:

- *Escaso nivel profesional del cooperante*

Los voluntarios de las STMMI deben ser personal cualificado, evitando aceptar a aquellos que no lo sean o que lo sean, pero o son demasiado jóvenes o tienen poca experiencia¹⁷⁷. Estos jóvenes médicos que son demasiado entusiastas, o dicho de otra manera sin "ningún temor", pueden aplicar sus habilidades y técnicas quirúrgicas de manera inadecuada y más allá de su alcance y nivel educacional¹⁷⁸.

En otras ocasiones pueden ser médicos jubilados que no quieren dejar su práctica médica y se enrolan en una ONG de forma voluntaria, y aunque también es cierto que en muchas ocasiones aún son aptos para la práctica de la medicina, pueden tener sus conocimientos caducados, o ya no tener las habilidades que se requieren en un puesto de mucha actividad como es una STMMI. Sin embargo, cada caso debe ser tratado individualmente¹⁷⁹.

En el texto artículo 36 del *Código de Conducta* se señala explícitamente que: "... *El médico siempre debe hacer su diagnóstico con el mayor esmero, dedicando el tiempo necesario, con la ayuda, en la medida de lo posible, de los métodos a su alcance y deben de rodearse de gentes con competencia profesional*"...

¹⁷⁶World Medical Association, "Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical research Involving Human Subjects", June 1964. Available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.

¹⁷⁷MCCALL D., ILTIS A. Health care voluntarism: addressing ethical concerns of undergraduate student participation in global health volunteer work. *Op. Cit.*

¹⁷⁸BAUER I. *More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements.* *Op. Cit.*

¹⁷⁹WADHWA D., YOUSSEF D. A four-week adventure to save the world. *Op. Cit.* p.488–489.

Los estudiantes que quieran participar en una misión deben saber cuál es su lugar, papel y actitud y, sobre todo, tener un mentor asignado que se haga responsable de todas sus actividades con la reducción de los riesgos y una mayor seguridad de su participación¹⁸⁰.

- *La falta de conocimiento de las enfermedades tropicales y del protocolo local de atención del sistema de salud.*

Muchos de los voluntarios cooperantes que participan en las STMMIs no conocen los límites de la pobreza de ciertos países y ven las instalaciones sanitarias de los hospitales como muy decrepitas, manifestando un cierto desprecio a las infraestructuras locales de la sanidad, hecho que es apercibido por los propios trabajadores del hospital receptor.

Es de vital importancia que los cooperantes de las misiones humanitarias tengan conciencia previa de lo que se van a encontrar en el desarrollo de su ayuda de cooperación. Del mismo modo, el conocimiento de las enfermedades tropicales y sus tratamientos será útil para poder entender ciertos procesos y la aplicación de algunos tratamientos médicos para evitar proporcionar un tratamiento inadecuado¹⁸¹.

- *La práctica más allá de la capacidad del cooperante*

En artículos de prensa e informes de ONGs humanitarias, hay un sinnúmero de descripciones aterradoras y peligrosas de prácticas de profesionales deleitándose en la práctica no autorizada de la medicina. Los estudiantes de medicina nunca deben ofrecer servicios más allá de su nivel de experiencia. La permisión de los supervisores debe controlar que sus actividades nunca se lleven a cabo más allá de sus capacidades ya que en caso contrario podría alcanzarse una de las peores cifras de *mala praxis* en la salud mundial. A menudo, los alumnos de medicina y los médicos jóvenes del MIR ven las misiones médicas en los países en desarrollo como grandes oportunidades para aprender y realizar las técnicas y procedimientos sin barreras que no podrían realizar libremente en su país de origen.

A este respecto hay un relato cuya referencia incluimos, en la que un estudiante de primer año de medicina describe "Después de terminar mi primer año de medicina,

¹⁸⁰GORSKE A. "Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in short-term missions". The Center for the Study of Health in Missions. *Op. Cit.*

¹⁸¹JINSOO M. International Medical Mission Facing Global Increase of Chronic Disease: 2-Year Experience in Bangladesh. *Op. Cit.*

participé en un viaje de misión en México. Mi escasa formación me limitó a realizar actos médicos, pero otros estudiantes en el curso de quirúrgicas de primer año estaban llevando a cabo actividades inapropiadas que luego se jactaban de ello¹⁸². Es más, hay versiones de estudiantes de medicina que se hacen pasar por un médico o actúan como tal y lo hacen de manera ilegal y poco ética¹⁸³. Por eso los cooperantes deben estar bien preparados tanto psicológica como profesionalmente hablando y tener conocimientos de la cultura local, familiarizándose además con las costumbres de las comunidades de destino.

- *Condicionantes de las STMMIs*

Uno de los problemas que conlleva la realización de una misión con un corto periodo de actuación en un país con necesidades está en que algunos tratamientos necesitan de un seguimiento y control a largo plazo de los pacientes tratados, hecho que no puede ser llevado a cabo por los cooperantes de las STMMI, especialmente aquellos casos con enfermedades crónicas¹⁸⁴.

- *La escasez de médicos*

Los países pobres se enfrentan con escasos recursos humanos en el ámbito sanitario si lo comparamos con lo que sucede en los países desarrollados. En estas circunstancias, es aceptado que algunos de ellos tengan mayores atribuciones profesionales que las que les corresponde y, en algunas situaciones, los médicos visitantes se sienten obligados a tratar a los pacientes fuera de sus especialidades, simplemente porque no hay disponible especialista¹⁸⁵. Este aspecto ya se comentó supra con ejemplos vivos de la FC en "*Actitud de las FC ante la Negligencia profesional y mala praxis*".

- *Déficit de leyes reguladoras*

En los países de acogida de las STMMIs, a menudo, carecen de la estructura de normas reguladoras y la posibilidad de hacerlas cumplir a los profesionales de la salud. Pero esto acarrea que hay muchos tratamientos y protocolos que son inadecuados y no respetan los principios éticos y las reglas legales para minimizar el impacto de una mala

¹⁸²SHAH S., WU T. "The medical student global health experience: professionalism and ethical implications." *J Med Ethics*. 2008; 34 (5): 375-378.

¹⁸³BANATVALA N., DOYAL L. "Knowing when to say 'no' on the student elective: Students going on electives abroad need clinical guidelines." *BMJ*. 1998; 316 (7142):1404-5.

¹⁸⁴MENDIS S., AL BASHIR I., DISSANAYAKE L., VARGHESE C., FADHIL I., MARHE E. Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential non communicable disease interventions. *Int J Hypertension* 2012; 2012: 584041). doi: 10.1155/2012/584041.

¹⁸⁵TULENKO K. *Countries without Doctors?* Foreign Policy. 2010, available at http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/06/11/countries_without_doctors

praxis¹⁸⁶. A pesar de todo hay que dejar claro que existen reglas éticas de conducta que deben ser la base de las acciones de un cooperante en materia de salud. Todas ellas tienen su base en los buenos principios de la praxis médica.

La base fundamental para la atención ética de los pacientes internacionales se encuentra detallada en la *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM)* amparada por primera vez en 1964 y corregida varias veces desde entonces que dice textualmente que “*es deber del médico promover y salvaguardar la salud de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación. El conocimiento y la conciencia del médico están dedicados al cumplimiento de este deber*”.

También deja muy claro que, para el médico, la salud del paciente será una consideración de primera categoría, y este se esforzará en cumplirla en todos sus aspectos. Guardará siempre los principios éticos comunes de autonomía, beneficencia, no malversación y justicia al atender a pacientes durante misiones médicas humanitarias internacionales y su ética será similar siempre para con todo tipo de paciente, sin importar su procedencia o las circunstancias que le condicionen a visitar al profesional de la sanidad.

- *Safaris quirúrgicos*

Algunas instituciones que desean realizar una STMMI tienen algún cooperante que confunde la ayuda humanitaria con un *safari quirúrgico*, y esto es un hecho muy grave puesto que puede ocasionar las peores prácticas de la salud mundial. Ciertos médicos y algunas ONGs creen que todo es válido en la práctica de la ayuda humanitaria, y permiten que médicos sin experiencia hagan sus prácticas en las STMMIs. Pensemos que, incluso, con cirujanos experimentados, los daños y riesgos existen en todas las misiones quirúrgicas. El voluntariado médico aporta claramente muchos beneficios a la población necesitada, pero también tiene el potencial de causar daños que no existían previamente. Desde este prisma, la responsabilidad limitada, así como el conocimiento, la preparación o los recursos inadecuados pueden conducir a resultados deficientes para la población receptora, así como a mayores posibilidades de litigio para el profesional. Existen muchas cuestiones legales y éticas relacionadas con el voluntariado médico y las misiones médicas humanitarias que siguen sin estar claras¹⁸⁷.

¹⁸⁶BAUER I. *More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements. Op. Cit.*

¹⁸⁷ELGAFI S., Medical liability in humanitarian missions. *Journal of Humanitarian Assistance*. 2014. <https://sites.tufts.edu/jha/archives/2111>.

- *Falta de integración local.*

La cooperación entre los cirujanos visitantes y los profesionales locales es fundamental para evitar o disminuir al máximo las infecciones postoperatorias¹⁸⁸. No hay que permitir ni fomentar establecer diferencias entre los sanitarios del país receptor con el equipo visitante. Al contrario la primera etapa será la de procurar establecer una integración total y compartir todas las experiencias y capacitaciones.

1.3. *La dignidad y autonomía del paciente "Protección de datos"*

Está en el derecho de todo paciente de cualquier nacionalidad, condición, raza o situación que se registre, ya sea por documento escrito o en forma digital, toda la información recolectada en los procedimientos asistenciales, comentarios, explicaciones y detalles íntimos realizados por cualquier medio o institución sanitaria esté totalmente protegida por el sistema que denominamos "*Protección de Datos*". La protección de Datos personales se considera un *derecho fundamental* que se encuentra documentado en el artículo 18.4 de la *Constitución Española* y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantías de Derechos Digitales (LOPDGDD).

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), afirma textualmente que "*es ineludible la necesidad de disponer de una ley específica sobre protección de datos personales relativos a la salud; ley que, por ende, se enmarcaría en la normativa del sector sanitario. Hoy es opinión generalizada que lo más operativo es elaborar una ley estatal para la protección de los datos personales de salud, que complemente el RGPD y sustituya a las disposiciones contenidas en la todavía vigente Ley Orgánica de Protección de Datos, en la Ley Básica de Autonomía del Paciente, y en el resto de legislación sanitaria estatal*".

Entendemos como datos sanitarios del paciente como aquellos que contienen detalles e imágenes relacionados con el estado de salud del paciente, de sus patologías, estados clínicos y patológicos y todos los detalles de su historia clínica que está compuesta por todos los documentos que contienen información y valoración sobre el estado físico o mental del paciente y su evolución.

¹⁸⁸RAMSEY K.M., WEIJER C. "Ethics of Surgical Training in Developing Countries." *World Journal of Surgery*. 2007;31(11):2070-2071.

Esta normativa que ampara al propio paciente y a sus familias se extiende para todo el personal sanitario y sus familias, ya sea en centros de Salud, hospitales, clínicas o ambulatorios y, como no, en el transcurso de una STMMI llevada a cabo por una ONG también se debe aplicar.

1.3.1. Dificultades para el consentimiento informado

El artículo 3 de la Ley de Autonomía del Paciente (LAP) precisa el consentimiento informado como: «*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*»¹⁸⁹.

Los ex artículos 2.2 y 8.1 de la LAP¹⁹⁰ exigen, con carácter previo a toda actuación en el ámbito de su salud, que el *consentimiento informado* del paciente sea un requisito de legitimación de la actuación del facultativo¹⁹¹ y que verdaderamente se cumpla el principio latino *noli me tangere*. En todo momento hay que considerar que el paciente puede tomar su propia decisión, una vez tenga la información suficiente considerada en el artículo 4 de la LAP y, sopesadas las demás opciones terapéuticas que existen de su situación personal, no aceptar el procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, propuesto, aunque esté médicamente recomendado.

La decisión tomada por el paciente, en vez de legitimar la actuación médica propuesta, la revoca, revivándose aquellas situaciones en las que existan razones de salud pública que exijan desatender la voluntad de rechazo del paciente¹⁹². Por esta razón el concepto de «consentimiento informado» no incluye todas las alternativas autorizadas por la institución en relación al rechazo a la actuación médica, motivo por el que se considera de rigor técnico mayor la denominación propuesta que establece Castaño de Restrepo, conocida como «decisión jurídica e informada del paciente»¹⁹³.

¹⁸⁹CADENAS OSUNA D. *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*. Imprenta Nacional de la Agencia Estatal. Boletín Oficial del estado. Colección Derecho Privado. Madrid, 2018. Pág 207

¹⁹⁰Nota explicativa: Con anterioridad a la LAP, es la LGS el primer texto legal que, en su hoy derogado artículo 10.6, reconoce a todos el derecho a prestar el consentimiento informado en el ámbito sanitario, quedando a salvo los supuestos descritos por el propio precepto, a saber, la existencia de riesgo para la salud pública en caso de no intervención, la incapacidad del paciente para la adopción de decisiones y la concurrencia de una situación de emergencia.

¹⁹¹MONTALVO JÄÄSKELÄINEN F. *Muerte digna y constitución: los límites del testamento vital*. Ed Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 2009 p. 74.

¹⁹²CADENAS OSUNA D. *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*. Imprenta Nacional de la Agencia Estatal. Boletín Oficial del estado. *Op. Cit.*

¹⁹³CASTAÑO DE RESTREPO M.P. *Voz «Consentimiento (jurídico)» AA.VV.*, Enciclopedia de Bioderecho y Bioética, Tomo I, Comares, Granada, 2011, pp. 449-462.

Según la opinión de Simón Lorda que transcribimos textualmente «si se emplea la *expresión consentimiento* como sinónimo de aceptación, se está desconociendo que el paciente autónomo también puede en muchos casos, rechazar válidamente la aplicación de un procedimiento o tratamiento, y que dicha voluntad negativa del paciente también produce efectos jurídicos y bien importantes, por ello criticamos que muchas normas de diferentes países, incluido el nuestro, solo se refiera a la voluntad del paciente en señal de aceptación, utilizando para ello el término consentimiento. Si se utiliza la expresión consentimiento como sinónimo de acuerdo de voluntades, resulta totalmente inapropiado por obvias razones, ya que al hablar de consentimiento del paciente, solo se está haciendo alusión a la voluntad de éste, y no al acuerdo de voluntades de quienes puedan ser «partes» en una relación contractual sanitaria. También es inadecuada la utilización de dicha expresión, porque muchas veces simplemente lo que hay es una adhesión del paciente a las condiciones propuestas por la otra parte en el contrato [...]. Por todo lo expresado pensamos [...] que en estricto rigor jurídico, dicha teoría se debería llamar [...] «decisión jurídica e informada del paciente».» Abundando en esta línea, sostiene Simón Lorda que: «El que la teoría del consentimiento informado haya tomado precisamente este nombre, «consentimiento informado», ha hecho que todo el mundo se centre en la idea de que de lo que se trata es de la manera en que los pacientes autorizan a los profesionales sanitarios a que actúen sobre su cuerpo. Sin embargo, esta perspectiva está sesgada, porque de lo que habla, en realidad, la «teoría del consentimiento informado» es del derecho a realizar «decisiones informadas» y éstas pueden ser de aceptación o de rechazo a los procedimientos sanitarios propuestos»¹⁹⁴

Por todo ello hemos de concluir que el consentimiento informado debe ser considerado como un derecho que tiene el paciente de poder decidir de forma autónoma, libre, voluntaria y consciente sobre cualquier actuación o tratamiento que afecte al ámbito de la salud con decisión total de aceptación o rechazo de la misma. Es más, en la estructura jurídica española, es inapelable la referencia al nivel de derecho fundamental que otorgan al consentimiento informado el Tribunal Supremo y el propio Tribunal Constitucional en calidad de «*consecuencia necesaria o explicación de los clásicos*»

¹⁹⁴SIMÓN LORDA, P, *El consentimiento informado*. Historia, teoría y práctica, Tria-castela, Madrid, 2000.

derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia»¹⁹⁵ o, en otros términos, por su «inherencia»¹⁹⁶ a tales derechos.

El médico es el profesional de la medicina responsable de todo lo que se le va a realizar al paciente, ya sea intervención quirúrgica o la aplicación de un tratamiento determinado, así como de proporcionarle toda la información que precise y asesorarse de que el paciente lo ha entendido en su totalidad, y que aprueba su aceptación.

• Bases del Consentimiento informado en las STMMIs. Idiomas. Lenguaje comprensible. Firmas de testigos

El consentimiento informado es un principio fundamental de la asistencia médica ejercida con la ética profesional que se precisa hoy en día. Muchas veces, incluso en ambientes favorables, la comprensión del paciente no es lo suficientemente buena para entender todos los detalles que contiene el consentimiento informado. Así, hay que pensar que en condiciones desfavorables, como es la menor cultura y la barrera lingüística, se producen muchos más fallos debidos a la menor comprensión del paciente tratado en una STMMIS.

Para que el consentimiento informado se considere válidamente otorgado debe cumplir con los siguientes puntos:

- 1- *Consentimiento libre y voluntario*
- 2- *Ser verbal y escrito* en el caso de actitudes quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas de tipo invasivo.
- 3- *Consentimiento específico* concreto de actuación médico-sanitaria en concreto. *«El objeto del consentimiento se concreta a la específica intervención para la que ha sido otorgado, sin que, salvo caso de urgencia intercurrente y de actuación necesariamente inaplazable, pueda extenderse la actividad del facultativo a otras actuaciones ajenas a la inicialmente autorizada y que determinen la extracción, cercenamiento o lesión de cualquier otro órgano»*¹⁹⁷.

¹⁹⁵SSTS de 12 de enero de 2001 (RJ 2001\3; Ponente: Excmo. Sr. José Manuel Martínez-Pereda Rodríguez); 11 de mayo de 2001 (RJ 2001\6197; Ponente: Excmo. Sr. Luis Martínez-Calcerrada y Gómez); 22 de julio de 2003 (RJ 2003\5391; Ponente: Excmo. Sr. Alfonso Villagómez Rodil) y 19 de junio de 2007 (RJ 2007\5572; Ponente: Excmo. Sr. Juan Antonio Xiol Ríos).

¹⁹⁶STC de 28 de marzo de 2011 (RTC 2011\37; Ponente: Dña. Elisa Pérez Vera). Este pronunciamiento judicial es comentado en Moure González, Eugenio, «El consentimiento informado como derecho fundamental. Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo», Diario La Ley, n. 7912, Sección Doctrina, Año XXXIII, Ref. D-297, ed. digital, pp. 1-13

¹⁹⁷GALÁN CORTÉS J. C. *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. Madrid: Civitas. 2001

- 4- *Previo al inicio de la actuación* en el ámbito de su salud¹⁹⁸, pero tras recibir la información asistencial legalmente exigible¹⁹⁹.

Los médicos jóvenes y algunos estudiantes de medicina tienen mucho interés en realizar misiones médicas a corto plazo (STMM) por las oportunidades que pueden tener en estas actividades humanitarias. Sin embargo, a pesar de su popularidad entre los médicos participantes, no hay que olvidar que pueden infligir fallos éticos y legales si se olvidan de cumplir con la más estricta ética y legalidad de su función²⁰⁰.

Por estos motivos es fundamental obtener el consentimiento informado preoperatorio, como se realiza en la atención quirúrgica moderna que explica el riesgo y el respeto por la decisión del paciente²⁰¹. De hecho, los profesionales médicos de los países desarrollados están obligados, por las regulaciones federales y estatales, a obtener y documentar el consentimiento informado por escrito. Además, es recomendable “para obtener un consentimiento genuino, que los profesionales de la salud hagan todo lo posible para dar la información necesaria con toda la precisión y de manera comprensible y apropiada. La información que se transmite a los pacientes debe ser relevante, precisa y suficiente para aceptar la elección de su tratamiento de forma personal y genuina” (Figs. 64 y 65).

Con este fin, el Consejo Nuffield de Bioética, en 2002, desarrolló pautas extensas para obtener el consentimiento en los países en desarrollo. Básicamente, debido a problemas culturales y un alto nivel de analfabetismo en muchos países, el Consejo apoyó el concepto de consentimiento "genuino", que permite el consentimiento verbal por parte del paciente y / u otras partes según lo requiera la cultura, debidamente presenciado y documentado. El consentimiento por escrito debidamente autorizado debe seguir siendo la norma para los procedimientos realizados en pacientes durante

¹⁹⁸Dice el artículo 2.2 de la LAP “que toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el «previo» consentimiento de los pacientes o usuarios”.

¹⁹⁹A tenor del artículo 2.2 de la LAP, el consentimiento debe obtenerse «después» de que el paciente reciba una información adecuada. En igual sentido, establece el artículo 8.1 de la LAP que toda actuación en el ámbito de la salud del paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado «una vez que», recibida la información prevista en el artículo 4 del mismo cuerpo legal, haya valorado las opciones propias del caso.

²⁰⁰OTT BB., OLSON RM. Ethical issues of medical missions: the clinicians' view. *HEC Forum*. 2011; 23:105–113.

²⁰¹YOUNG R. Informed consent and patient autonomy. A companion to bioethics. *Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell, Oxford*. 2010 (44):530–540.

las STMMIs²⁰². Si bien debe haber cierto margen de maniobra en procedimientos especiales, nunca se deben realizar sin permiso del paciente²⁰³.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA STMM DE FUNDACIÓN CLARÓS.			
Bloque I: Cirugía			
<ul style="list-style-type: none"> • Detalle del procedimiento quirúrgico por el cirujano: • Riesgos quirúrgicos por el anestesista: • Procedimientos alternativos (si los hay): • Respuesta de las preguntas del paciente: 			
Bloque II: Idiomas			
Información dada en idioma comprensible por los médicos: Francés, Inglés, Portugués, Árabe...			
Idioma local de los traductores: Swahili, Bamileque, Mandinka Wolof, Bobo, Amharique, Crioulo, Kirundi...			
	SI	NO	
Con o sin traductor nativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Confirmación de haber entendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloque III: Comprensión			
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de entender y comprender por parte del paciente. 			
Decisión final:			
Bloque IV: Firmas:			
Médico	Anestesista	Traductor	Paciente.
Poder de revocación.			

Fig.65. Modelo de consentimiento informado de la FC para las STMMIs.

²⁰²Nuffield Council on Bioethics. 2002. The ethics of research related to healthcare in developing countries: consent. London: Nuffield Council on Bioethics..

²⁰³HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions: I. Informed consent. *Op. Cit.*

CLAROS FOUNDATION INFORMED CONSENT DOCUMENT FOR STMM

Block I: Surgery

- Detail of surgical procedures by the surgeon:
- Surgical risks by the anaesthetist:
- Alternative procedures (if any):
- Answers to the patients' questions:

Block II: Languages

Given information in understandable language for doctors: French, English, Portuguese, Arabic... .

Local language of the translators: Swahili, Bamileque, Mandinka Wolof, Bobo, Amharic, Crioulo, Kirundi...

	SI	NO
With or without local translator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmation of having understood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Block III: Comprehension

- Time to understand and comprehend on the patient's side.
- Final decisión:

Block IV: Signatures.

Doctor Anaesthetist Translator Patient

Power of revocation.

Fig.66. Modelo de consentimiento informado de la FC en inglés para las STMMIs.

El papel de la familia, en algunas culturas, es muy importante, y puede ser necesario explicar un procedimiento complejo a varios miembros de la familia para que puedan expresar sus opiniones antes de tomar una decisión. Dicha dinámica social es larga y requiere tiempo para tomar una decisión. En ocasiones hemos visto que los conceptos pueden tener que volver a explicarse a la familia varias veces por falta de comprensión y por ignorancia de las terminologías médicas que usamos. Además, la regulación de las pautas que contienen el consentimiento informado en las STMMIs no está fácilmente disponible, y se desconoce la incidencia de ser comprensiblemente exitosa para el paciente²⁰⁴. En este aspecto hay bibliografía que pone en evidencia que los pacientes, muchas veces, no se enteran de lo que se les dice y explica en una STMMI²⁰⁵.

Una de las barreras más frecuentes que existe para los médicos colaboradores de una STMMI para realizar el consentimiento informado es la comprensión y propia decisión de los pacientes agravados por el miedo a que están sometidos y la necesidad de una correcta traducción, que no siempre es fiel a los conceptos clínicos, normas culturales divergentes y a la alfabetización reducida. Por eso un consentimiento informado adecuado en una STMMI debe llevar implícito la descripción de los siguientes apartados:

- Comunicación detallada del médico cirujano y/o anestesista sobre los riesgos quirúrgicos.
- La comprensión total de su contenido por el paciente
- El proceso de consentimiento informado estándar.

El contenido del consentimiento informado debe utilizar de forma obligatoria la descripción del procedimiento quirúrgico, el tratamiento o tratamientos alternativos y los riesgos que pueden derivar del mismo, seguido de la respuesta de las preguntas realizadas por los pacientes²⁰⁶. Cuando es el propio médico extranjero componente de la STMMI, familiarizado con las lenguas vernáculas locales, el que hace de transcriptor bilingüe puede tener sus limitaciones para los pacientes. Las limitaciones del conocimiento del idioma y la falta del dominio lingüístico conlleva a que no se transmita el verdadero sentido de la información o incluso que se dé una que es errónea

²⁰⁴United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2005). "Universal Declaration on Bioethics and Human Rights". 33rd session of the General Conference of UNESCO. Paris, France. <http://www.unesco.org/shs/ethics>.

²⁰⁵ISAACSON G., DRUM ET., COHEN MS. Surgical missions to developing countries: Ethical conflicts. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 143 (4):476–479.

²⁰⁶Best practices: PARQ in clinical record keeping [Webpage]. Beaverton (OR): CHP Group; 2015 [cited 2017 Dec 28]. Available from <http://www.chpgroup.com/evidence-in-ih/best-practices-parq-in-clinical-record-keeping>.

totalmente. Por otro lado, los riesgos de una mala o incompleta traducción por parte de los intérpretes conllevan que aumenten los riesgos de una información equivocada con un alto nivel de incidencia²⁰⁷. De ahí la importancia de entregar información de una manera que sea fácilmente comprensible. Una técnica particularmente efectiva observada en este estudio y otros²⁰⁸.

En nuestra experiencia en la FC hemos observado que muchos de los pacientes que fueron operados durante el transcurso de una STMMI no llegaron a entender todo el contenido de la información que se les dio, pero lo aceptaron por tres motivos:

- Primero, su fe en los médicos y en Dios.
- En segundo lugar, aunque algunos pacientes expresaron preocupación después de la iteración detallada de los riesgos quirúrgicos, buscaron la tranquilidad de que su cirugía "no sería demasiado peligrosa".
- En tercer lugar, porque no tenían otra alternativa y era la única oportunidad de hacerse curar, con garantías, por un equipo médico extranjero desplazado a un hospital de su ciudad.

Se recomienda pues, que los equipos médicos de una STMMI que usan intérpretes en un país donde realizan la misión deban estar seguros que lo que traducen es lo que se formula o informa y lo que responde el paciente es lo real²⁰⁹.

Una crítica ética común para algunas de las STMMIs es que la medicina o cirugía se practica de una manera que no sería aceptable en el país de origen de un médico²¹⁰.

Estamos convencidos de las limitaciones para obtener el consentimiento quirúrgico informado correctamente en el entorno de una STMMI, dejando a los pacientes con una comprensión limitada de los riesgos de la cirugía. La mayoría de los fallos están en diferentes tipos de faltas de comunicación por parte de médicos e intérpretes. Es importante tener paciencia con la comprensión de lo que se ha dicho a los pacientes, así como saber reflexionar y, en caso necesario, volver al día siguiente para repetir la información

²⁰⁷ISLES AF. Understood consent versus informed consent: a new paradigm for obtaining consent for paediatric research studies. *Front Pediatr*. 2013; 1:38. doi.org/10.3389/fped.2013.00038.

²⁰⁸HA DINH TT., BONNER A., CLARK R, RAMSBOTHAM J., HINES S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016; 14: 210–247.

²⁰⁹LASKER JN. Hoping to help. *The Promises and Pitfalls of Global Health Volunteering*. Ithaca (NY) and London. Cornell University ILR Press. 2016.

²¹⁰HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

Con estos hallazgos detectados en nuestras múltiples STMMIs, hemos adoptado varias estrategias para que los médicos las tengan en cuenta al entregar el consentimiento informado durante las STMMIs. Nunca deben faltar los siguientes puntos:

- *Obligatoriedad de usar intérpretes locales* cualificados para los médicos que no hablan el idioma local de una forma comprensible o fluida (Tabla V).
- *Exposición de los riesgos* de uno en uno seguido de pausas para reflexionar.
- *Establecer reglas básicas para las relaciones* médico-intérprete-paciente antes del encuentro clínico.
- *Uso de técnicas sencillas o dibujos o esquemas* para mejorar la comprensión del paciente en poblaciones con baja alfabetización en salud.

Cuando el médico voluntario de una STMMI no entiende el idioma local, una traducción incorrecta conduce a diagnósticos incorrectos y tratamiento inadecuado²¹¹.

Fundamentalmente, debido a cuestiones culturales y a un alto nivel de extra escolarización en los países en desarrollo, los Consejos han apoyado el concepto de consentimiento "verdadero", que incluye el consentimiento verbal del paciente y/o de otras partes, como la cultura, debidamente atestiguado y documentado²¹².

Tabla V. Gráfica que especifica los idiomas utilizados en las misiones de la FC

IDIOMAS UTILIZADOS EN LAS MISIONES DE LA FUNDACIÓN CLARÓS			
Nº	IDIOMAS	%	TRADUCTOR DIALECTO NATIVO
72	INGLÉS	63,71	SI
27	FRANCÉS	23,89	SI
2	ESPAÑOL	1,76	SI
12	PORTUGUÉS	10,64	SI

²¹¹Wall A. The context of ethical problems in medical volunteer work. *Op. Cit.*

²¹²Holt GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

El consentimiento informado refleja esencialmente la creación de una relación establecida entre el médico y el enfermo que necesita atención. El proceso contractual puede ser muy diferente dependiendo de las normas culturales de los pacientes²¹³. Durante la realización de una STMMI, hay siempre una serie de factores confusos que hacen que el proceso del consentimiento informado sea incompatible a los códigos internacionales. Los pacientes tratados en los países receptores deben recibir la misma atención que se darían en el país de origen del voluntario, sin embargo, esto es en el marco teórico ya que en la realidad quedan muchas barreras para obtener *un consentimiento informado adecuado*. Algunas subpoblaciones en las que se encuentran los pacientes a los que va dirigida la ayuda humanitaria no tienen experiencia con la firma de contratos en papel y prefieren un acuerdo informal después de haber acordado con el médico²¹⁴.

Otro elemento frecuente es el tiempo destinado a la consulta previa a la cirugía y además el dedicado a explicar al paciente y a su familia el consentimiento informado durante una STMMI. De todos modos, hay que hacer un esfuerzo para que la información al paciente y a las familias sea completa y que ambos tengan tiempo para su entendimiento y comprensión, dándoles la posibilidad de discutirlo y aclarar sus dudas. El Consejo de Bioética de Nuffield en 2002 elaboró directrices detalladas para obtener el consentimiento en los países en desarrollo²¹⁵.

La Declaración de Helsinki (en su revisión de 2000) dice que *“cada sujeto potencial a sufrir un tratamiento esté debidamente informado sobre los aspectos siguientes: Objetivos del estudio y los métodos que deben utilizarse; fuentes de financiación y posibles conflictos de intereses; afiliaciones institucionales del investigador; beneficios y riesgos potenciales previstos y seguimiento del estudio; el malestar que esto puede causar; y el derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin represalias”*²¹⁶.

El consentimiento por escrito debidamente autorizado debe seguir siendo la norma para los procedimientos realizados en pacientes durante el ejercicio de una STMMI, aunque se entiende que puede haber un cierto margen de maniobra en su elaboración y forma de presentarlo al paciente. Esto no es óbice, sin embargo, para que el consentimiento

²¹³Holt GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

²¹⁴Ibid

²¹⁵Nuffeld Council on Bioethics The ethics of research related to healthcare in developing countries. Chap. 6, box 6.1. Consent <https://nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Ethics-of-research-related-to-healthcare-in-developing-countries.pdf> Accessed January 16, 2020.

²¹⁶DE ABAJO FJ. La Declaración de Helsinki VI: Una Revisión Necesaria, pero ¿Suficiente? *Rev. Esp. Salud Pública* 2001; 75 (5):407-20.

deba estar disponible en los procedimientos quirúrgicos o protocolos médicos especiales, por lo que nunca deben ejecutarse sin autorización.

Una forma complementaria para ciertas comunidades es la del consentimiento parental de menores (con el "consentimiento" de menores con capacidad), el consentimiento por representación de aquellos que no se consideran competentes y los requisitos legales del Estado o país. Y es que no cabe duda que el papel de la familia es muy importante en algunas culturas como las que se encuentran en África, y es necesario explicar el procedimiento médico que se va a realizar a los componentes de la familia con el fin de poder expresar sus opiniones antes de tomar una decisión. Tales procedimientos requieren su tiempo para entenderlos y acéptalos y algo más para ponerse de acuerdo toda la familia²¹⁷.

Cuando el consentimiento informado se refiere a la aceptación de una terapéutica farmacológica determinada es mandatorio dar a los pacientes una explicación de los riesgos potenciales y las reacciones adversas relevantes a los medicamentos. Sin embargo, si lo que se recomienda es una intervención quirúrgica u otro procedimiento invasivo, el consentimiento implícito es eficaz, y proceder sin este consentimiento formal, escrito o verbal y asistido, puede ser un problema de responsabilidad médica, así como una cuestión de ética profesional, particularmente si surge una complicación o la muerte del paciente. Pero muchas veces por la presión asistencial que tienen los componentes de una STMMI los médicos, de forma involuntaria, producen una sutil coerción o presión al paciente que pueden hacer que se sienta obligado a dar su consentimiento a un tratamiento dado, incluso si esa persona puede no querer tenerlo²¹⁸.

En consecuencia, debemos siempre ser conscientes que hay que dar una opinión generalizada²¹⁹, pero con detalles suficientes para que la administración médica o farmacológica de una medicación o una cirugía curativa permitan realizar un trabajo beneficioso²²⁰.

Hay casos en que se puede diferir el consentimiento informado y hacerse por representación. Aunque el actor principal del derecho al consentimiento informado es el

²¹⁷ANDANDA P. Module two: informed consent. *Dev World Bioeth.* 2005; 5(1):14-29.

²¹⁸LOISEAU B., SIBBALD R., RAMAN S., BENEDICT D., DIMARAS H., LOH L. 'Don't make my people beggars': a developing world house of cards. *Community Dev. J.* 2015, 51(4): 571-584. ; doi:10.1093/cdj/bsv047.

²¹⁹Wall A. The context of ethical problems in medical volunteer work. *Op. Cit.*

²²⁰MAKI J., QUALLS M., WHITE B., KLEEFIELD S., CRONE R. Health impact assessment and short-term medical missions: a methods study to evaluate quality of care. *BMC Health Serv. Res.* 2008; 2 (8):121. doi: 10.1186/1472-6963-8-121.

propio paciente, el artículo 9.3 de la LAP define tres hipótesis en las que el consentimiento debe otorgarse «por representación».

“En primer lugar, cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, en cuyo caso el consentimiento ha de otorgarlo su representante legal o, en su defecto, sus vinculados por razones familiares o de hecho. En segundo lugar, cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente, siempre que la sentencia lo incapacite expresamente para la adopción de sus decisiones en salud y que el paciente no reúna las condiciones de capacidad natural suficientes para decidir personalmente. Por último, cuando el paciente es un menor de edad que carece de la suficiente capacidad para decidir (capacidad que se presume iuris tantum cuando el menor está emancipado o es mayor de dieciséis años) o cuando la actuación médica conlleva un grave riesgo para la vida o salud del menor, en cuyo caso el consentimiento lo debe prestar su representante legal o, en su defecto, sus vinculados por razones familiares o de hecho”²²¹.

La actuación del médico se basará en las obligaciones que proporciona y obliga la *lex artis ad hoc*, incluidas en el deber de detallar en el consentimiento informado del paciente. El facultativo con carácter general está obligado a someterse al imperativo de actuar y desarrollar no solos a proporcionar un resultado estético o funcional perseguido por el cliente, sino, además a su actuación ajustada a la mencionada *lex artis ad hoc* que es todo lo contrario a una mala praxis²²².

1.3.2. Publicación y difusión de imágenes y autorización de los pacientes

Hay argumentos éticos suficientes para que los pacientes autoricen la difusión de sus imágenes (fotografiadas o grabaciones) con fines de difusión ya sean con objetivos médicos en revistas o congresos médicos o incluso de índole comercial. Sin embargo, por diversos motivos no se cumple el consentimiento de difusión de imágenes debido a situaciones específicas del estado del paciente, tales como:

1. Muchos pacientes no pueden dar su consentimiento antes de la grabación, debido a que su estado médico y/o angustia emocional no les permite ser conscientes de lo que se les solicita. A otros ni tan siquiera se les pregunta.
2. Los pacientes que técnicamente pueden dar su consentimiento pueden sentirse coaccionados al hacerlo, ya sea de forma abierta o camuflada, en parte debido a la

²²¹CADENAS OSUNA D. *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*. Imprenta Nacional de la Agencia Estatal. *Op.Cit.* Pág 504-505

²²² *Ibíd.*

vulnerabilidad inherente de su posición como paciente que espera un tratamiento de un proceso deseado o necesario (Fig.67).

3. La incultura y los escasos medios económicos de los pacientes les obligan a asistir a hospitales públicos muy concurridos u hospitales universitarios con funciones docentes, que les hace sentirse más vulnerables o coaccionados a tener que aceptar la autorización que se les propone para una grabación o una fotografía por el médico que les propone un tratamiento²²³.



INFORMED CONSENT FOR IMAGING RECORDING: PHOTO & VIDEO

I,, authorize Clarós Foundation to take photographs or videos of my pathology, before, during and after medical or surgical treatment.

I consent to allow the photographs to be used by the same NGO, including lectures and publications of manuscripts in specialized medical Journals if this can help other patients and advance progress in the medical field.

I further understand that if the photographs and/or videos are used, my name will be kept confidential.

I do not expect compensation, financial or otherwise, for the use of these photographs and videos.

Signature of Patient, Parent or Authorized Representative

Date and Place:

.....

Fig.67. Documento de autorización de fotografías de FC para las STMMIs en inglés.

²²³La nueva ley de protección de datos en España se basa en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales cuya Última actualización fue publicada el 25/06/2019 en «BOE» núm. 294, de 06/12/2018. Entrada en vigor: 07/12/2018, por el Departamento de la Jefatura del Estado, con Referencia:BOE-A-2018-16673. Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>.

Utilización y difusión de fotografías y reportajes multimedia

Es evidente que las fotografías clínicas en revistas y libros de texto son vitales para ilustrar un hallazgo clínico, la realización de un acto quirúrgico o un resultado postoperatorio determinado mostrando las bondades de la técnica realizada, enriqueciendo así e ilustrando el contenido del texto.

Las fotografías son importantes para el mantenimiento de registros médicos y para la formación y educación médica de los profesionales jóvenes en formación, pero habría de preguntarse *¿Qué saca el paciente de ellas?* La respuesta sería que se trata de un proceso unidireccional en el que solo el médico y los progresos de la medicina se benefician directamente. Sin embargo, sí que podríamos añadir que sí sirven para que otros pacientes saquen provecho de la técnica y que está más que justificada la realización de las mismas. Aunque los pacientes que se fotografían son considerados, por el profesional de la medicina, como un caso interesante o un hallazgo inusual, hemos de ser conscientes de que se requiere un *consentimiento informado* donde el firmante esté de acuerdo aceptando la difusión de sus imágenes, como hacemos para cualquier otro procedimiento clínico o quirúrgico.

La privacidad del paciente y su estado de salud no es negociable en el siglo XXI. La información sobre la salud de un paciente está considerada, hoy, como una parcela de las más sensibles y personales que poseen los individuos. Los pacientes deben poder confiar en sus médicos, en referencia a sus vidas y al bienestar, así como poder estar seguros de que los registros de los datos y detalles de sus patologías están bien guardados y vigilados junto a su historial clínico.

Los médicos deben respetar, además, la dignidad y privacidad de los enfermos, así como proteger su confidencialidad respecto a toda la información de que dispongan. Las fotografías de los pacientes se obtienen, generalmente, en base a una relación médico-paciente apoyada por la confianza dada por el paciente al médico. Esto es particularmente necesario en Cirugía plástica y reconstructiva, tumores, malformaciones y todas las especialidades en las que se tenga que comparar un antes y un después del tratamiento.

Según cualquier ley civil, los médicos y demás personas que están alrededor de él son responsables de su confidencialidad. Es el llamado *secreto profesional* que está extendido a todo el equipo médico. Cualquier información confidencial o personal que

nos hace un paciente durante la consulta u obtenida durante el examen clínico se encuentra dentro del estricto parámetro de la relación médico / paciente, y puede usarse solo con el propósito para el cual fue revelado, a menos que el paciente diga lo contrario.

Los estudios fotográficos de los pacientes y/o los videos también deben ser considerados como documentos confidenciales y necesitan ser respetados de manera similar. Los pacientes tienen la autonomía sobre sus cuerpos y, por lo tanto, tienen derecho a tomar sus decisiones propias sobre el tratamiento médico propuesto y permitir someterse a él, así como a conocer el destino y fin de las imágenes obtenidas, tanto de las fotografías o filmación de video, como de otro registro de imágenes clínicas.

El uso de este material debe ser de índole intra-Clínico, que quiere decir que las fotografías, videos o grabaciones son una parte integral de los datos clínicos de un paciente para comparar las modificaciones quirúrgicas de cualquier parte del organismo humano y debe estar disponible durante todo el período de seguimiento, que puede ser muy largo. A partir de entonces, deben archivar de forma segura para que no se haga mal uso de ellos. En las STMMIs es importante que el tratamiento de este material iconográfico se haga como se suele hacer en los hospitales de origen, pero hay una cierta tendencia a fotografiar “todo”, con mayor incidencia, incluso los casos que no se vayan a operar, ya que en muchos de ellos “son rarezas clínicas o procesos desarrollados en dimensiones nunca vistas” en un país desarrollado. Es aquí donde hay que hacer las consideraciones oportunas de prudencia y de respeto al paciente, tan recomendado por las instituciones dedicadas a la bioética y de los derechos humanos internacionales.

La documentación de registros médicos en papel, últimamente, ha dado paso a la documentación de tipo electrónica. Esto ha hecho aumentar la responsabilidad del cirujano, ya que solo él / ella es el responsable, si los registros son mal utilizados o robados. Mantener buenos registros clínicos es, sin duda, para proteger el interés del paciente, pero el deber de protegerlos de cualquier mal uso también sigue siendo la responsabilidad del médico y de la ONG médica. Especial mención se debe hacer con los listados de los nombres de los pacientes afectados de una determinada enfermedad, deformación o infección. Hay que recordar que el secreto profesional afecta a todos los que componen las STMMIs. Las fotografías son un complemento

esencial para una buena evaluación clínica siendo extremadamente importante, desde un aspecto médico-legal, para evitar acusaciones de abuso o cirugía inadecuada, y poder comparar el preoperatorio con las fotografías tomadas en los estados postoperatorios

Otro punto conflictivo y, frecuentemente incumplido, es el consentimiento del paciente para su difusión. Este no es siempre obtenido antes de tomar las fotos. Lo adecuado sería obtener el consentimiento del paciente o tutor antes de la difusión de estas imágenes. En nuestra experiencia de la FC vivida a lo largo de todas las misiones realizadas, somos conscientes de que no siempre se ha podido actuar de este modo, aunque siempre se ha intentado hacerlo. Sin embargo, nos consta que este procedimiento no se realiza de rutina en la mayoría de las STMMIs.

En el mundo científico de congresos, cursos, publicaciones o demostraciones de formación profesional, el uso de fotografías de pacientes obtenidos durante misiones humanitarias se ha utilizado con frecuencia, y esto podría ser considerado como una violación del cuerpo humano. A pesar de ser una razón considerada saludable, la presentación de estas fotografías, podrían ser consideradas como poco ética²²⁴.

La base de esta protección se encuentra en las Leyes de *Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico* de 1996, *Health Insurance Portability and Accountability Act*, (HIPAA), donde se establecen normas para mantener registros médicos con la finalidad de mantener una información convencional. Las normas de confidencialidad de la HIPAA protegen "la información sanitaria identificable individualmente contenida en cualquier forma o medio, ya sea electrónica, en papel o verbal"²²⁵. Además, se considera que esta información está bajo protección cuando existe una "base razonable" de que la persona podría ser identificada sobre la base del material mostrado. La protección se extiende no solo a las imágenes fotográficas sino a todo lo que es o debe ser parte del historial médico del paciente.

Es importante señalar que, en la realización de la atención médica humanitaria en las STMMIs, se debe anotar en un expediente médico modelo para cada paciente, en particular para aquellos cuyas imágenes se obtienen durante el procedimiento terapéutico, y estar custodiado por un médico o un centro encargado de su recepción. Si es necesario, los registros electrónicos o escritos pueden ser reproducidos con el

²²⁴HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

²²⁵US Department of Health and Human Services Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Health Information Privacy. Section 164.514 (1996).

permiso del paciente para registros médicos voluntarios que deben ser mantenidos en un lugar seguro como cualquier registro médico.

En el caso de las grabaciones de las imágenes de pacientes vistos en las STMMIs, que actualmente son digitales, se debe utilizar la misma forma segura de almacenamiento que la prevista por las regulaciones de la HIPAA, si es posible, o al menos un intento razonable de gestión de la información como propone la *American Health Asociación*, que lo describe como "Los proveedores de atención médica pueden estar sujetos a la responsabilidad de publicar fotografías u otras imágenes bajo el tipo de violación de la privacidad conocida como la divulgación pública de hechos privados vergonzosos"²²⁶

Cuando se obtengan fotografías de pacientes en una STMMI, se debe obtener el consentimiento escrito o verbal. Este consentimiento no solo debe indicar que las imágenes se mantendrán seguras, sino que también indicar el uso previsto o potencial de esas fotografías, incluida la educación médica, la enseñanza o las publicaciones científicas. En algunas culturas, las personas son reacias a ver sus imágenes expuestas en el sector público, por lo que el médico cooperante debe ser sensible a las preocupaciones de un paciente con respecto al uso de las imágenes obtenidas. El consentimiento para dicha fotografía debe incorporarse al formulario de consentimiento del estudio²²⁷.

La mayoría de las revistas consultadas por pares tienen un requisito similar al del grupo de revistas JAMA, que requieren que los autores incluyan una declaración firmada para publicar (en papel y en formato digital) los detalles de los pacientes, fotografías y todas aquellas personas (padres o tutores legales para menores) que pueden ser identificados en tales descripciones escritas y sus fotografías. El manuscrito debería mostrarse a los interesados antes de la presentación y publicación en la revista²²⁸.

La identificación de los pacientes solo bloqueando los ojos no se considera un método aceptable de anonimato, ya que los pacientes todavía se pueden identificar en muchos casos por otros detalles. Por lo tanto, el autor del artículo corre el riesgo de divulgar información privada, lo que podría ser un problema legal, especialmente porque hay publicaciones científicas disponibles en Internet al alcance de todos y donde una persona de su país u otro podría verlos y reconocerlos²²⁹. Hay, además, la costumbre de utilizar imágenes fotográficas de pacientes en presentaciones divulgativas en sitios

²²⁶HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

²²⁷Ibid

²²⁸US Department of Health and Human Services Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Health Information Privacy. Section 164.514 (1996).

²²⁹HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

de Internet. Al subir estas imágenes en redes sociales, la responsabilidad puede ser mayor. La Medical School de la Universidad de Florida ha documentado violaciones de la privacidad del paciente por parte de estudiantes de medicina que publicaron las fotos en sus páginas de perfil de Facebook²³⁰. Se observaron 12 casos de posibles violaciones de la privacidad, y en cada caso se observaron fotografías tomadas de pacientes durante una STMMI en las que los estudiantes habían participado. En algunas fotos, el paciente que se mostraba era un niño. Los autores afirmaron que "no creían que mostrar las fotografías de pacientes obtenidas en viajes de misión médica fuera poco ético y que violara las leyes internacionales vigentes de la privacidad en Internet"²³¹.

En la FC se tiene la política prospectiva del tratamiento de las imágenes de los pacientes, basada en la ley existente y los estándares bioéticos. Si se gestiona adecuadamente y con el consentimiento del paciente, el uso de imágenes de pacientes de las STMMIs en una presentación educativa puede, incluso, tener efecto beneficioso en la formación de los médicos jóvenes²³².

El uso de imágenes fotográficas de pacientes procedentes de una STMMI constituye un desafío ético. La FC recomienda utilizar las fotografías obtenidas en las diferentes misiones aplicando el juicio profesional para determinar la mejor manera de honrar el respeto y la dignidad del paciente. Se debe hacer todo lo posible para obtener el consentimiento escrito o verbal de los testigos para la gestión del uso de imágenes realizadas durante las diferentes actividades de cooperación Internacional²³³.

2. La problemática de los medicamentos y fármacos en las STMMIs

2.1. Uso legal y manejo de los fármacos en las STMMIs

Durante la STMMI de una ONG en un país de destino humanitario es muy frecuente que se precise de fármacos, tanto generales como específicos, anestésicos u otros productos indispensables para llevar a término los objetivos previstos. Las necesidades de estos productos en el ámbito de una misión pueden tener dos o tres fuentes de procedencia. La que aporta la propia ONG, la de los productos encontrados en el

²³⁰THOMPSON LA., BLACK E., DUFF WP., PARADISE BLACK N., SALIBA H., DAWSON K. Protected health information on social networking sites: ethical and legal considerations. *Med Internet Res.* 2011;13 (1): e 8. doi: 10.2196/jmir.1590.

²³¹THOMPSON LA., BLACK E., DUFF WP., PARADISE BLACK N., SALIBA H., DAWSON K. Protected health information on social networking sites: ethical and legal considerations. *Op. Cit.*

²³²HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Op. Cit.*

²³³Ibid.

hospital o centro de destino y la de las donaciones de sustancias del ámbito médico que, con frecuencia, desconocemos su estado de caducidad. De la primera debe responsabilizarse totalmente la ONG y asegurarse de su eficacia farmacológica. Es en la que más hay que confiar. La segunda, muchas veces son productos residuales de otras misiones humanitarias o restos de fármacos que el hospital dispone, con irregularidades en el estado de conservación o caducidad. Respecto al procedente de las donaciones siempre hay que conocer su fuente y como se han transportado o conservado.

Según los criterios que establecemos en la FC respecto a la llamada *Farmacia de Cooperación*, recomendamos elaborar una comisión que regule la gestión del almacén, validación, dispensación e información de los medicamentos. En condiciones habituales hay que considerar diferentes tipos de pacientes que usan los fármacos durante un acto de cooperación: 1-El paciente ingresado u hospitalizado por acto quirúrgico o tratamiento médico. 2-Los pacientes externos que acuden para recibir una medicación aportada por la ONG en régimen ambulatorio pero siempre bajo la supervisión de la institución que lo aporta y 3-Los pacientes tratados por los actores de las STMMIs que utilizan los productos que se encuentran o se dispensan en la Farmacia del hospital.

La información del medicamento conlleva los conocimientos técnicos que servirán para optimizar el efecto farmacológico del paciente y de todo el personal del hospital, médicos, personal de enfermería, farmacia y los supervisores del centro, procurando siempre que sean aplicados de forma correcta y que no se les destine a un uso externo de los diferentes sustancias farmacéuticas. En experiencia de la FC, no es acertado dispensarlos sin control a la población hospitalaria o extrahospitalaria por el riesgo de su mal uso o venta ilegal. Hay un cierto vacío en las implicaciones legales del uso y transporte de los medicamentos y fármacos por parte de las STMMIs, entre las cuales podríamos mencionar:

- 1-Aquellas que rigen la prescripción médica, las donaciones de medicamentos y la exportación de los mismos.
- 2-Las que violan las leyes de prescripción, almacenamiento y distribución de las drogas en el país anfitrión.
- 3-Las que hablan de algunos médicos de ciertos países que usan su autorización de prescripción para comprar medicamentos con el fin de utilizarlos en proyectos humanitarios en el extranjero²³⁴.

²³⁴ROBERTS M. A piece of my mind. Duffle bag medicine. *Op. Cit.*

Las leyes estatales regulan la llamada “prescripción a terceros” en la que se prohíben recetar medicamentos a una persona distinta a la que se administrarán finalmente los fármacos o sea a una persona con quien el prescriptor del fármaco no tiene una relación directa de médico-paciente. Las industrias que comercializan medicamentos para suministrar a misiones médicas requieren que los compradores certifiquen que los medicamentos se usarán exclusivamente fuera de los países de origen de las ONGs, para evitar la responsabilidad de infringir las leyes de prescripción y distribución del Estado de procedencia²³⁵.

En España, esto se ha simplificado a través de Farmamundi en la medida que cuando un laboratorio dona medicamentos a una ONG, debe hacerlo mandando directamente los fármacos al hospital de destino. Farmacéuticos del Mundo (Farmamundi) representa ser una ONG de cooperación al desarrollo, acción humanitaria y de emergencia que tiene preparación en fomentar la salud integral y la asistencia farmacéutica a países necesitados. Se inició en Valencia (España), como una entidad solidaria con distinto nombre y ámbito de actuación, el 2 de julio de 1993 se constituyó como ONGD, cuya sede social se estableció en la misma ciudad. Actualmente está considerada como una organización nacional pionera, sin ánimo de lucro, focalizada en el suministro y prestación de ayuda farmacéutica a ONGs humanitarias que actúen en países necesitados (Tabla VI).

²³⁵Medicamentos para las misiones. MAP International home. <https://www.map.org/medicines>

Tabla VI. Diferentes tipos de adquisición de medicamentos y recursos de cooperación sus ventajas e inconvenientes

FUENTES Y FORMAS DE ADQUISICION DE RECURSOS		
Adquisición	Ventajas	Desventajas
Compra local	<ul style="list-style-type: none"> • Pronta entrega • Costo de transporte es menor • Apoya economía local 	<ul style="list-style-type: none"> • No siempre está disponible la cantidad y la calidad requeridas • Puede generar competencia entre organizaciones por la compra de un producto • Puede causar desabastecimiento del mercado local
Importación	<ul style="list-style-type: none"> • Podría conseguirse mejor calidad, mayor cantidad • Se pueden ordenar especificaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa tiempo de entrega • Incrementa costos por transporte • No apoya la economía local
Donación	<ul style="list-style-type: none"> • Gratis o a bajo costo (ojo, toda donación tiene un costo) • Fomenta la solidaridad nacional e internacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente llega sin ser solicitada • No siempre es lo que se necesita • Si no son utilizables, harán perder tiempo y recursos • Difícil de rechazar si no son útiles
Préstamo	<ul style="list-style-type: none"> • A veces se trata de equipo o material difícil de comprar • Alivia los costos de operación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia del tiempo de disponibilidad de lo prestado • Responsabilidad sobre el cuidado y mantenimiento de lo prestado • Difícil exigir responsabilidad, calidad o cumplimiento

La *Asamblea General de socios* y la *Junta Rectora Nacional* son las estructuras directoras de las ONGs marcando todas aquellas líneas consideradas como estratégicas de actuación, y a su vez supervisando la gestión diaria que realizan los diferentes grupos de especialistas de diversas áreas que actualmente se dividen en: proyectos de ayuda humanitaria y unidad de emergencias; proyectos para fomentar el desarrollo; área encargada de logística de sanitaria (provisión de fármacos, material

fungible y equipos destinados a otras ONGs); unidad de administración y contabilidad; captación de fondos; marketing y comunicación y sensibilización, educación y estructuras para la salud.

La labor de Área Logística Humanitaria (ALH) es la de actuar a modo de un sistema sanitario ofreciendo a sus afiliados fármacos genéricos y productos sanitarios a coste menor que el existente en el mercado farmacéutico, procurando encontrar los proveedores más económicos, pero a su vez, garantizando que la calidad y pureza de ellos se mantenga en su totalidad para poder distribuir todo el material con garantía de seguridad y ciñéndose a las normas vigentes en el mundo farmacéutico y sanitario (Fig. 68).

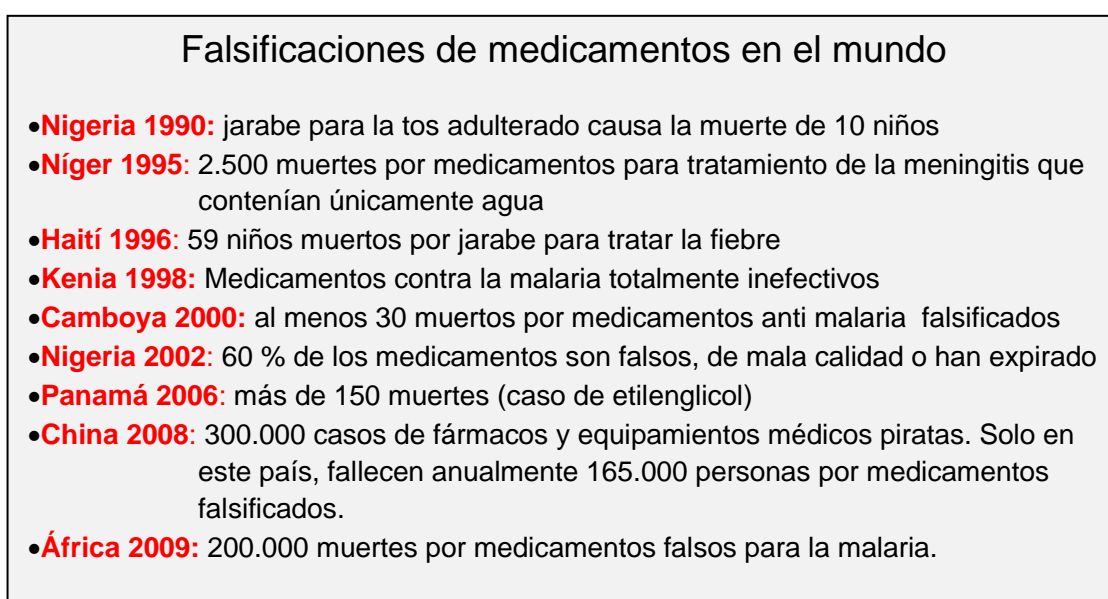


Fig.68. Falsificaciones de los medicamentos, sus efectos y el lugar donde se han producido.

La accesibilidad de los medicamentos en la población mundial es muy desigual y aún hoy tiene grandes diferencias en su distribución y posibilidad de uso clínico. Una tercera parte de la población mundial no puede acceder a los medicamentos más básicos, según la OMS. Sin embargo, un 14% de la población mundial dispone del 80% de los medicamentos (Fig. 69). Por otro lado, más positivo, está lo que publicó el 12 de julio de 2019 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) *que España redujo un 7,2% del consumo de antibióticos y un 32,4% de otros productos en salud humana*. Lo que significa que últimamente empieza a existir un concepto claro del ahorro sanitario en materia farmacéutica²³⁶.

²³⁶Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2019; 97:252-253. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.030419>.

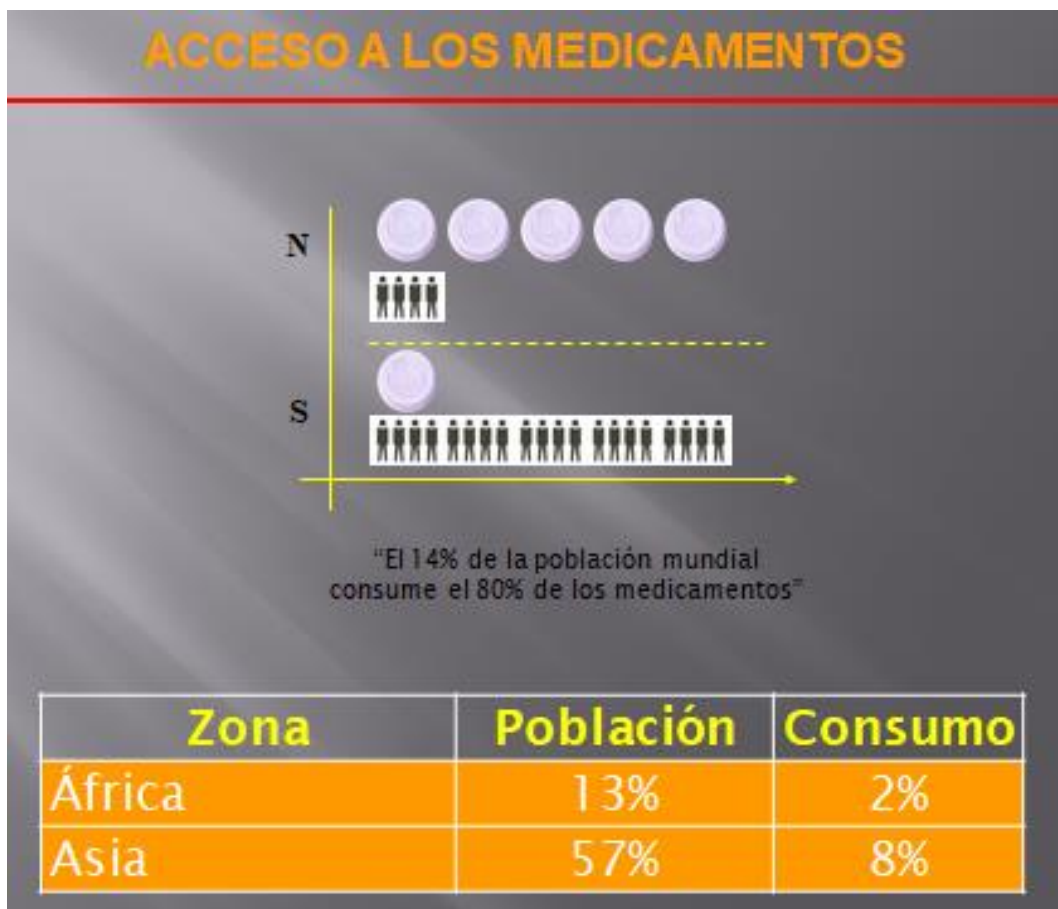


Fig.69. Adquisición de medicamentos en el mundo. Solo el 14% de la población mundial consume el 80% de los medicamentos que se hallan en el mercado. Informe sobre "Medicamentos y Desarrollo". Se presentó en el 40 aniversario de Medicus Mundi²³⁷.

Distribución paralela de un medicamento autorizado

Según la *European Medicines Agency* se conoce como *distribución paralela de un medicamento autorizado* aquella que se realiza de un Estado a otro Estado mediante una compañía farmacéutica sin conexión con la empresa de su comercialización²³⁸. La misión que tiene encomendada la Agencia Europea del Medicamento (EMA) es la de asegurar que los productos farmacéuticos que se distribuyen en paralelo, se hagan según las leyes comunitarias que existen referente a los medicamentos y con la autorización de hacer una comercialización adecuada del fármaco. A este respecto la

²³⁷Medicamentos y Desarrollo. La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo. Medicus Mundi. Nov. 2003

²³⁸European Medicines Agency. Science Medicines Health.1995-2021 Agencia Europea de Medicamentos. Red de Agencias de la Unión Europea. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/parallel-distribution#public-register-of-parallel-distribution-notice-section>

EMA, en 2019, creó la llamada plataforma IRIS que se encarga de controlar las diferentes actuaciones de la distribución paralela.²³⁹

Medicamentos falsificados

Los medicamentos falsificados son aquellos que se venden como fármacos verdaderos y con autorización para su venta pero que, en realidad, son productos falsos y adulterados. Estos no tienen la garantía de calidad, seguridad y eficacia, condiciones indispensables para que sean autorizados en la UE, por lo que representan una verdadera amenaza para los usuarios y su salud. Hace pocos años los fármacos falsificados que se consumían en los países con alto nivel económico y estilo de vida eran hormonas, esteroides, testosterona o antihistamínicos. En los países en vías de desarrollo tienen otras preferencias, siendo aquellos que se utilizan para el tratamiento de ciertas enfermedades con alto índice de mortalidad, tales como VIH/SIDA, malaria o la propia tuberculosis. Hoy las cosas han cambiado ligeramente y se puede observar que cada vez se falsifican más medicamentos, en especial aquellos que tienen un alto coste en el mercado, como los antineoplásicos usados en el tratamiento para el cáncer, los antivirales y otros.

Dentro de los medicamentos falsificados distinguimos entre: *Medicamentos imitados*, que son productos farmacéuticos falsos que quieren imitar a los verdaderos, pero que carecen de todo poder terapéutico y los *medicamentos falsificados* que son aquellos que han sido elaborados fuera del marco legal que representa la ley de las marcas y la propiedad intelectual.

La UE dispone de estructura legal suficiente para dar las oportunas autorizaciones en modo de licencia de fabricación y de comercialización de los fármacos enfocado a luchar contra la distribución de los medicamentos falsos para su aplicación en el ser humano, con las estructuras suficientes de poder controlar a farmacias y minoristas autorizados a vender directamente o en internet. La *Agencia Europea del Medicamento* (EMA) junto con sus colaboradores prioriza la actuación sobre este tema, reforzando el sistema legislativo. Una muestra es la adopción de una *nueva Directiva*²⁴⁰ sobre la falsificación de medicamentos de uso humano que entró en vigor en julio de 2011. Ello comportó que en enero 2013 se empezaran a aplicar sus medidas cautelares. Entre

²³⁹<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/falsified-medicines-overview-legal-framework-section>

²⁴⁰ Official Journal of the European Union 1.7.2011. Directive 2011/62/EU of the European Parliament and of the Council of 8 June 2011, amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use, as regards the prevention of the entry into the legal supply chain of falsified medicinal products

ellas, se propuso como objetivo prioritario que los medicamentos falsos no penetrasen en los sistemas distribuidores establecidos como legales para que no tengan posibilidades de llegar a ser consumidos por los pacientes. Para lograr estas medidas y controles de seguridad en todo el territorio europeo se han dispuesto de diferentes medidas impositivas que se han agrupado en cuatro bloques principales:

1-Control de seguridad de los productos farmacéuticos

Con fecha 9 de febrero de 2019, las entidades autorizadas encargadas de la distribución de los medicamentos deberán adoptar dos medidas obligatorias de seguridad en los medicamentos que se dispensan con prescripción facultativa y/o algunos de venta libre en la UE: *un sistema identificador único* (que utiliza un código de barras de 2 dimensiones) y *un anti-dispositivo de manipulación*, adaptado al Reglamento Delegado (UE) 2016/161 de la Comisión²⁴¹.

Usando este sistema identificativo se puede controlar cada medicamento depositado en la UE por el fabricante, mayoristas, distribuidores, farmacias y centros hospitalarios, en beneficio del paciente. Con estas medidas de seguridad se puede garantizar que los medicamentos son auténticos para la tranquilidad de todos.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA)²⁴² y la Comisión Europea coordinan un sistema de intercambio de datos que permitirá obtener información para que cada uno de los Estados miembros de la UE tengan acceso a investigar la cadena de suministro. El procedimiento es fácil de realizar mediante la consulta en [https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/compliance/Falsified medicines: reporting obligations](https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/compliance/Falsified%20medicines%3A%20reporting%20obligations)

²⁴¹ Commission Delegated Regulation (EU) 2016/161 of 2 October 2015 supplementing Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council by laying down detailed rules for the safety features appearing on the packaging of medicinal products for human use.

²⁴² European Medicines Agency (EMA) se fundó en 1995 para proteger en la UE y en todo el mundo la salud pública y animal aplicando los estándares más estrictos sobre los medicamentos para garantizar su eficacia y seguridad. European Medicines Agency Domenico Scarlattilaan 6 1083 HS Ámsterdam. The Netherlands.

2- Sistema de suministro y distribución de los productos farmacéuticos

La mencionada *Directiva* añade obligaciones nuevas para los mayoristas y los intermediarios que se recogen en la Guía de la distribución correcta²⁴³, que actualmente se basan en los datos de la EudraGMDP²⁴⁴ con información específica sobre el modo efectivo de la distribución de los productos.

3- Sustancias activas y excipientes

A partir de 2013 todas las sustancias activas que se fabriquen fuera de la UE y que se importen a esta, precisan de un documento del país exportador garantizando por escrito que su elaboración cumple con la *Buena Práctica de Fabricación* (BPF), equivalente a la que se rige en la UE²⁴⁵.

4- Ventas a través de Internet

La misma Directiva solicita exhibir el logotipo obligatorio a las farmacias y minoristas autorizados por la UE que facilite su reconocimiento por los usuarios y consumidores de los productos farmacéuticos requeridos, solo con hacer un clic sobre este logotipo identificativo²⁴⁶.

En la Unión Europea (UE), es posible adquirir medicamentos en línea, pero los pacientes solo deben comprar medicamentos a minoristas en línea que estén registrados ante las autoridades nacionales competentes de los Estados miembros de la UE, para reducir el riesgo de comprar productos de calidad inferior o falsificados. La Comisión Europea ha introducido un logotipo común que aparece en los sitios web de estos minoristas registrados²⁴⁷. La falsificación de medicamentos es un problema mundial que requiere una coordinación y cooperación internacional eficaz para garantizar que las estrategias para la lucha contra las falsificaciones sean más eficaces,

²⁴³ Information from European Union Institutions, Bodies, Offices and Agencies Guidelines of 7 March 2013 on Good Distribution Practice of Medicinal Products for Human Use (2013/C 68/01) Official Journal of the European Union C 68/ (18.3.2013)

²⁴⁴ Nota: EudraGMDP es el nombre de la base de datos de la Unión mencionada en el artículo 111 (6) de la Directiva 2001/83 / CE y el artículo 80 (6) de la Directiva 2001/82 / CE. Contiene la siguiente información: Autorizaciones de fabricación e importación, Certificados de Buenas Prácticas de Fabricación, Good Manufacturing Practice (GMP), Declaraciones de incumplimiento de las BPF y Planificación de inspecciones GMP en terceros países.

²⁴⁵ Good Manufacturing Practice (GMP) es un sistema que garantiza que los productos farmacéuticos de la EU gocen de una adecuada producción y control siguiendo las normas de los estándares de calidad que se deben regir. Con ello, cualquier producción farmacéutica, podrá disminuir los riesgos que pueden llevar la cadena de fabricación del producto final.

²⁴⁶ EU logo for online sale of medicines. European Commission Health and Consumers Directorate-General. Health systems and products. Medicinal products – quality, safety and efficacy. Brussels, 17/10/2012. Sanco.ddg1.d.6(2012)1117232

²⁴⁷<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/falsified-medicines/buying-medicines-online>

en particular en lo que respecta a la venta de dichos productos a través de Internet. A tal fin, la Comisión y los Estados miembros de UE deberían cooperar estrechamente conectándose en foros internacionales sobre este tema, como el Consejo de Europa, Europol y las Naciones Unidas. Además, la Comisión, en estrecha colaboración con los Estados miembros, debe cooperar con las autoridades competentes de terceros países con el fin de luchar eficazmente contra el comercio de medicamentos falsificados a nivel mundial.

Internet favorece que el público compre medicamentos falsificados de forma ilegal, que además son dañinos para la salud de los usuarios. Esta amenaza se debe controlar mediante el *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea* (TFUE) que tiene medios suficientes para que los países miembros puedan exigir medios aplicables a los suministradores minoristas de fármacos al público en general. Concretamente, la jurisprudencia del propio Tribunal de Justicia ha dado la razón a los Estados miembros para que puedan limitar la venta de medicaciones al por menor exclusivamente a los farmacéuticos autorizados²⁴⁸.

2.2. *Medicamentos falsificados en los países de cooperación. Los llamados medicamentos “Mickey Mouse”*

El problema de la falsificación de los medicamentos cada día es mayor afectando tanto a los medicamentos genéricos como a los de marca registrada y de todas las áreas farmacológicas. Se hacen pasar como productos auténticos, imitando el envase original, los folletos informativos, el logo, la forma e incluso el color del producto farmacéutico original. Llega a tal punto la copia del producto farmacéutico que incluso plagian incluyen el número de lote, los elementos de identificación e incluso su fecha de caducidad. Su fabricación y lanzamiento al mercado se realiza sin que tenga autorización de su comercialización proporcionada por la autoridad sanitaria correspondiente. Lo más preocupante está en que su composición puede tener *principios activos en dosis incorrectas o menores a las autorizadas, ausencia total del principio activo e incluso llevar incorporado en su composición sustancias tóxicas*. Estos medicamentos son especialmente difíciles de identificar, por ello pueden representar un riesgo elevado que puede afectar a la salud de los consumidores, ya que son fabricados sin ningún control de las Autoridades sanitarias.

²⁴⁸ Judgment of the Court of 19 May 2009 in Joined Cases C-171/07 and C-172/07 *Apothekerkammer des Saarlandes and Others v Saarland* ECR [2009] I-4171, paragraphs 34 and 35.

La Directiva de la UE 2011/62 / UE de 8 de junio de 2011, modificada por la 2001/83/EC²⁴⁹, que se publicó en el *Diario Oficial de la Unión Europea*, califica el concepto de medicamento falso como todo aquel producto farmacéutico que contiene información falsificada, ya sea de:

- Identidad: con respecto a su embalaje y etiquetado, nombre comercial o composición genérica de sus componentes, incluyendo a sus excipientes y la acción de los componentes.
- Origen: nombre del fabricante, país donde se manufacturo, país de origen, sello de la autorización para la distribución comercial.
- Historia del producto: describiendo y detallando la trazabilidad y licencias de los sistemas de distribución que se han empleado.

Esta definición no incluye todos los errores no intencionados en lo que se refiere a su calidad y pureza y quedan excluidos todos los perjuicios que sus infractores cometen contra los derechos que se refieran a la propiedad intelectual.

Los medicamentos falsificados difícilmente se diferencian de los originales por su aspecto físico externo, sin embargo, su constitución está hecha de productos farmacéuticos y principios activos que no han seguido un control, por lo que representan un peligro para la salud del consumidor. Su comercialización utiliza redes mafiosas internacionales que pueden actuar en cualquier país o región, sobre todo en aquellos que la distribución de medicamentos está poco o nada controlada. Pero, curiosamente en países desarrollados, también se mercantilizan a través de internet o de las webs no autorizadas. Incluso se pueden encontrar con los fármacos de carácter vital. La Interpol participa de forma estrecha con la OMS para descubrir y penar a estas redes delictivas que les dan un beneficio importante en millones de dólares²⁵⁰.

Las falsificaciones de los fármacos no son un tema nuevo. Desde hace ya tiempo diversas autoridades internacionales luchan contra este tráfico ilegal. Incluso la OMS lo ha hecho de forma ostensible y orientada a las normas que la Asamblea Mundial de la Salud propuso por primera vez en 1998. Al crearse en 2006, el *Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos*²⁵¹ (IMPACT), se

²⁴⁹Directiva 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, que modifica la Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano, en lo relativo a la prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal. DOUE 2011; (174):74-78.

²⁵⁰WHO Global Surveillance and Monitoring System for substandard and falsified medical products. 2018.

²⁵¹World Health Organization. International Medical Products Anticounterfeiting Taskforce - IMPACT. (<http://www.who.int/impact/en/index.html>).

intensificaron sus actuaciones por los equipos internacionales dirigidos a hacer cumplir la ley a la industria farmacéutica y a las ONGs²⁵². Sin embargo, "las personas no siempre son conscientes de que están tomando medicamentos falsificados". Es inaceptable que exista una adulteración y falsificación de un solo medicamento, pero la verdad es que existe y pone en evidencia una falta del suministro de fármacos a la vez que daña la confianza en las organizaciones de sanidad.

Según el boletín de la OMS: *Hace seis años la Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica pidió a la OMS que preparara un proyecto de convención internacional, pero el proceso ha tropezado con diversas dificultades. Hasta el momento no se ha alcanzado un consenso acerca del texto de la convención y algunos gobiernos se siguen oponiendo a esa propuesta. Se han seguido debatiendo diversas medidas encaminadas a reforzar el marco jurídico para la aplicación de la ley. Hay una aproximación tecnológicamente simple para aprovechar el creciente uso del teléfono móvil en África. La idea tuvo éxito principalmente cuando el National Agency For Food and Drug Administration and Control (NAFDAC), la autoridad reguladora de Nigeria, un país de 180 millones de personas, se interesó en 2008 por el concepto²⁵³.*

Al cabo de poco tiempo se aprobó una directiva en la que todos aquellos medicamentos que se estaban falsificando, en especial los antipalúdicos, incluyeran el sistema de códigos llamado *Gold Keys*. Actualmente se espera que el 70% de ellos tengan esta tecnología. Ello quiere decir que 7 de cada 10 antimaláricos falsos son detectados. Además de países como Ghana y Nigeria, también, hoy, están presentes en otros como Zambia, Kenia, Tanzania, Ruanda o Sierra Leona y el objetivo próximo es India, de ahí su interés en buscar un cambio de sede²⁵⁴.

Algunas veces las etiquetas y documentación asociadas al medicamento se detectan como falsas porque el nombre del fármaco o sus instrucciones están escritas erróneamente. Pueden existir otras modificaciones en el envoltorio, el blíster, el prospecto de instrucciones o cualquier diferencia en el exterior, como puede ser la falta de los sellos y hologramas de seguridad²⁵⁵(Fig. 70).

²⁵²'The Counterfeit Superhighway' Alianza Europea por el Acceso a Medicamentos Seguros (EAASM). Junio 2008.

²⁵³ Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Falsificación de medicamentos: una amenaza creciente. 2010(88): 241-320.

²⁵⁴Report on Community Customs Activities on Counterfeit and Piracy. Results at the European border -2007". European Comision 2008.

²⁵⁵ Cracking Counterfeit Europe. Press Dossier Pfizer 2008.



Fig.70. Aspecto físico de un medicamento falso y otro auténtico donde es muy difícil detectar su identificación.

Su detección conlleva una verdadera tarea de examen detallado del producto y aun así cuesta su identificación (Tabla VII). En la tabla a continuación exponemos todas las características de los medicamentos en relación a las falsificaciones de sus principios activos, dosis, laboratorio fabricante y distribuidor realizado por un Centro Nacional de Control de Calidad durante un periodo relativamente reciente como es de 2005 año 2008.

La agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), pensando que puede darse esta realidad editó un documento titulado "*Estrategia frente a Medicamentos Falsificados 2016-2019, en el que se describe la situación nacional e Internacional respecto a esta situación ilegal de la falsificación de Medicamentos*"²⁵⁶.

Los medicamentos falsificados representan un potencial daño de carácter grave para la salud de los pacientes, sin fronteras y que se extiende por todos los países. Varios países como Reino Unido, Estados Unidos o España han reaccionado con un documento de características similares²⁵⁷.

²⁵⁶Estrategia frente a medicamentos falsificados 2008-2011. (http://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/docs/estrategia_med_falsificados_2008_2011.pdf)

²⁵⁷SOLOMON S. BC Woman killed by fake drugs bought online "Metal toxicity" from counterfeit pills reinforces danger of internet meds. *National Review of Medicine*. 2007;30(4):13 Available at: <http://www.nationalreviewofmedicine.com>

Tabla VII. Medicamentos falsificados analizados por el Centro Nacional del Control de Calidad, por año y tipo de falsificación. Perú 2005-2008.

Tipo de falsificación	Año				Total	
	2005	2006	2007	2008	No.	%
(1) Sin principio activo	7	5	25	30	67	22,4
(2) Principio activo distinto al rotulado	0	0	1	0	1	0,3
(3) Principio activo y dosis correctos, distinto laboratorio	15	55	63	59	192	64,2
(4) Principio activo correcto, dosis diferentes a las rotuladas	13	4	12	10	39	13,0
Total	35	64	101	99	299	100,0

El *Convenio del Consejo de Europa*²⁵⁸ tomó la decisión de controlar la falsificación de productos farmacéuticos para uso médico, así como todos aquellos delitos equivalentes que, de una manera u otra, puedan ocasionar una amenaza para la salud. Para ello se

²⁵⁸Council of Europe Convention on the Counterfeiting of Medical Products and Similar Crimes Involving Threats to Public Health. 2016.

redactó, en enero 2016, el llamado “Convenio Medicrime”²⁵⁹ que, se trata de una «*Convención sobre la falsificación de medicamentos y productos sanitarios e infracciones similares que suponen una amenaza para la salud pública*», cuyo objetivo es incluir en el Derecho Penal los delitos consecuentes a estas falsificaciones. A este convenio se han adherido 23 países de Europa (Moldavia, Hungría, Ucrania), África (Guinea), Asia, y otros.

Es cierto que en España no se han detectado oficialmente medicamentos falsificados ni adulterados, pero hay otros medicamentos que se venden por otro canal, como es Internet, con claros signos de adulteración y principios activos no declarados. A nivel Internacional los estados miembros del *Substandard/ spurious/ falsely-labelled/ falsified/ counterfeit medical products* (SSFFC), perteneciente a la OMS están trabajando para su prevención y control. El problema principal no está en España ni en las diferentes comunidades autónomas. La situación es grave en países con economías delicadas y una escasa infraestructura farmacéutico-sanitaria.

Por otro lado, el reconocimiento de estos productos falsificados se hace difícil ya que externamente están mejor acabados que los originales. La razón es que al no tener que invertir en investigación lo hacen para mejorar el aspecto externo. Las copias son prácticamente perfectas. Es decir, los falsificadores imprimen mejor que el fabricante. En la experiencia de la FC en varios países africanos (Burundi, RD Congo, Sudán, Etiopía, entre otros) se han detectado medicamentos en cuyo interior su contenido era arena, serrín, en algunas ocasiones y en las más frecuentes lo están con almidón, yeso, talco, harina e incluso aceite de oliva.

Uno de los motivos, según la OMS, de la existencia de este comercio ilegal de falsificaciones de medicamentos es el precio elevado de los medicamentos que hacen que los pacientes no puedan comprarlos en farmacias de un cierto nivel y lo hacen en mayoristas o puestos ambulantes de un modo totalmente anárquico en los que se pueden comprar los medicamentos por unidades o por dosis diarias. De este modo se administran los fármacos según las necesidades o, incluso, los criterios del propio paciente sin seguir las normas adecuadas de la posología correcta recomendada en el prospecto o por el propio médico. (Fig.71).

²⁵⁹Convenio Medicrime. Asamblea del Consejo Europeo. Conferencia Parlamentaria sobre el Convenio del Consejo de Europa sobre la falsificación de productos médicos y delitos similares que suponen una amenaza para la salud pública. Paris. 2015.



Fig.71. Puntos de venta de “Farmacias Ambulantes o Volantes” en los mercados de África.

En estas farmacias se puede comprar el medicamento “a la pieza” que es mucho más barato que comprar toda la caja o bote del medicamento. El problema es, que estos medicamentos no ofrecen ningún tipo de seguridad, garantía o fecha de caducidad. Por supuesto el vendedor desconoce su prescripción, posología o fecha de caducidad. Esto favorece que los africanos más pobres puedan llegar a comprarlos siendo un riesgo para su salud por las dudas que conllevan²⁶⁰.

A primeros de 2020, según la OMS, siete países africanos Congo, Níger, Senegal, Togo, Uganda, Ghana y Gambia se reunieron en Lomé (Togo) para combatir una lacra que pone en peligro cada día a miles de personas en el continente: *los medicamentos falsos*. Para la ONU, África es el continente donde se detectan mayor número de falsificaciones. Aseguran que más del 40 % de todos ellos entre 2013 y 2017 (Fig.72).

²⁶⁰Fundación África Sur. 30 de enero 2014. www.masvoces.org.

Rutas de los medicamentos falsos

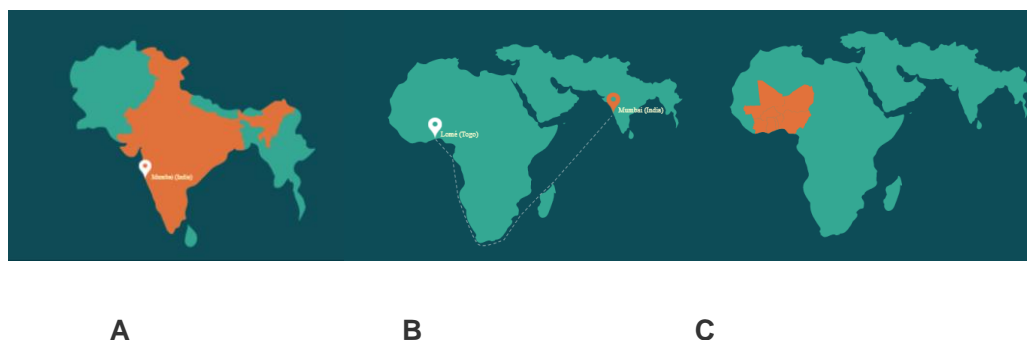


Fig.72. *Rutas de los medicamentos falsos*. A-Fabricación de Origen en Asia (China e India). B- Entrada de los medicamentos en el continente africano a través de Togo. C- Extensión rápida por África en los países próximos.

La OMS calcula que anualmente fallecen en África más de 100.000 personas debidas a complicaciones que están vinculadas a la ingesta de medicamentos falsos o con escasa calidad. El mercado ilegal de estos productos farmacéuticos falsificados, manipulados o de escasa calidad, representa un impacto económico del orden de los 230.000 millones de dólares anuales y “contribuye al riesgo creciente de resistencia a los antimicrobianos”, según la información obtenida en la reunión. Es cierto que la inestabilidad política de muchos países africanos conduce a un sistema de sanidad pobre e ineficaz por parte de las administraciones. Las propias legislaciones de los gobiernos conducen al círculo vicioso de “a mayor pobreza, mayor proliferación de los medicamentos falsos y de escasa calidad”. Con todo este contenido, no es de extrañar que *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* (AJTMH) cifrara en 122.000 las muertes infantiles por este tipo de productos en 2015. (Según la OMS).

Ante esta avalancha de falsificaciones la NAFDAC puso en marcha un sistema de un código rascable que, al enviarlo por SMS al 1393, se recibía una contestación inmediata de si era *verdadero o falso*. Funciona del siguiente modo: El paciente raspa el código que hay en el medicamento para revelar un número único (Fig.73). Este número se envía con el teléfono móvil a un número gratuito. En dos segundos aparece un mensaje en el teléfono con un *SÍ* o un *NO* según el medicamento sea genuino o falsificado. En este segundo caso se acompaña de un número local para dar conocimiento a las autoridades de la posibilidad de ser un medicamento tóxico o enmascarado como fármaco²⁶¹.

²⁶¹BBC News 20 enero 2013. A la caza de medicamentos falsos por mensaje de texto.



Fig.73. Sistema de un código rascable que permite detectar los medicamentos falsos.

Togo ha intentado detener este flujo de los medicamentos falsificados por ser uno de los países más involucrados, modificando las leyes en 2015 en que se establecen multas muy elevadas e, incluso, la pena de muerte para estos traficantes. Por el momento hay pocos resultados, pues la corrupción existente es alta ya que genera muchos beneficios a los que se encargan de tráfico ilegal.

2.3. El Banco Mundial de Medicamentos. Drug-Bank

Los medicamentos tienen un gran impacto sobre el contexto de la salud, en los presupuestos anuales de los gobiernos, en el de los hogares familiares y sobre la sanidad pública de un país. A pesar de su papel fundamental, hay un gran desequilibrio

entre las ventajas que los productos farmacéuticos pueden ofrecer, y el hecho real que afecta a muchos millones de personas, especialmente las más pobres y desfavorecidas, los medicamentos no están a su alcance. Es más, diríamos que son inasumibles por su coste y, a su vez, en muchas ocasiones, su utilización es inadecuada y, por lo tanto, resulta dañina para su salud²⁶².

Hay datos que debemos mencionar en su forma original y textualmente, *tales como: El mercado farmacéutico mundial se estimó en 1,11 billones de dólares en 2017 y se prevé que alcance los 1,43 billones de dólares en 2020. En 2017, el mercado farmacéutico de América del Norte, Asia Pacífico y Europa Occidental representó aproximadamente el 37%, el 22% y el 20% de la cuota de mercado mundial, respectivamente*²⁶³.

*En 2017, las 10 principales compañías farmacéuticas mundiales generaron ventas por valor de 437.257 millones de dólares, lo que representa aproximadamente el 40% de la cuota de mercado mundial, y las 15 principales compañías farmacéuticas mundiales generaron ventas por valor de 568.617 millones de dólares, lo que representa el 51% de la cuota de mercado mundial. Se utilizó un análisis comparativo de las 15 principales organizaciones para desarrollar un ranking para estas compañías*²⁶⁴.

No cabe duda de que uno de los mayores negocios fiables y con difusión internacional es el de los medicamentos. El cálculo es que va a crecer mucho más en los próximos cinco años. Sus ventas *“llegarán en 2022 a los 932.934 millones de euros (uno 1,6 billones de dólares), y esto solo en lo que se refiere a medicamentos de prescripción”*. *En 2018, el mercado mundial de medicamentos sobrepasó los 1,46 millardos de dólares (alrededor de 928 millardos de euros) con un crecimiento de 5%, en relación a 2017*²⁶⁵.

El mercado americano (Estados Unidos) sigue siendo el más importante con un 45% del mercado mundial, lejos de lo que significa el presupuesto de los mercados europeos, que tiene solo el 15,7% del mercado, Japón con el 7,1% y los países emergentes (China y Brasil), 10,4%. Entre las 10 primeras empresas farmacéuticas mundiales figuraban en 2018, 6 compañías farmacéuticas americanas²⁶⁶

²⁶²ABECASSIS P., COUTINET N. Les freins à la production locale et à l'accès aux traitements en Afrique. Secteur privé et développement. *La revue de Proparco*. Nº 28. 4ème trimestre, 2017.

²⁶³Les entreprises du médicament. Bilan économique - édition 2019. French Pharmaceutical Industry - Key data 2019- Newsletter Prese du Leem. www.leem.org

²⁶⁴<https://aimfa.es/top-10-companias-farmaceuticas-2018-nivel-mundial>.

²⁶⁵Leem. Les entreprises du médicament. Bilan économique – édition 2019. www.leem.org

²⁶⁶Leem. Les entreprises du médicament. *Op. Cit.*

Alemania se mantiene como el primer mercado europeo de los medicamentos, al que sigue Francia, España está en el 5º lugar del mercado europeo, por detrás de Gran Bretaña. Sin embargo, su cuota de mercado ha caído 0,9 puntos en diez años.

La firma *Novartis* (Suiza) es la compañía farmacéutica líder mundial con una incidencia al mercado del 5,3%, seguida, respectivamente, de *Johnson & Johnson* (Estados Unidos), *Pfizer* (Estados Unidos), *Roche* (Suiza), *Sanofi* (Francia), *GlaxoSmithKline* (Reino Unido), *Merck & Co* (Estados Unidos), *Abbvie* (Estados Unidos), *Lilly* (Estados Unidos) o *Gilead Sciences* (Estados Unidos)²⁶⁷.

Se calcula que Pfizer podría perder su categoría de líder dando paso a Novartis en 2022. Sin embargo esto es difícil de predecir, puesto que hay hechos mundiales que pueden hacer variar, como la Covid 19 y la fabricación de sus vacunas. En tercer lugar está Roche, que mantiene su posición con relación a 2017²⁶⁸. Se calcula que 1,106 MDS\$ es la cifra del negocio mundial de los medicamentos en el 2019 y de esta cantidad, el 47.5%, son fabricados en EEUU²⁶⁹.

El Precio de los medicamentos

La aparición de un medicamento nuevo al alcance del paciente representa el fruto de un largo, arriesgado y costoso camino de investigación y desarrollo. Su valor se modifica según la vida activa en el mercado. El precio de un medicamento no puede establecerse solamente utilizando un enfoque analítico simple. No olvidemos que un medicamento concreto no es un producto terminado, no modificable, cuyo precio final sería después de reducir todos los costos que lo componen (costos de producción, costos de investigación y desarrollo) a los que se agregaría un margen para el fabricante y distribuidor del fármaco sino que hay otros índices a tener en cuenta.

Hay tres razones, que debemos conocer, por las cuales el precio de un medicamento no puede establecerse utilizando un enfoque analítico por país y por medicamento. Primero, los motivos principales del costo de un medicamento no pueden ser aplicados a un producto individualizado; segundo, tampoco se pueden aplicar solo para un país determinado; y finalmente los costos e ingresos del medicamento no son los mismos con el paso del tiempo. Si los costos de producción o promoción de un fármaco concreto son fáciles de determinar por medicamentos, las inversiones realizadas por los

²⁶⁷ Leem. *Les entreprises du médicament. Op. Cit.*

²⁶⁸ <https://www.redaccionmedica.com/>

²⁶⁹ Leem. *Les entreprises du médicament. Op. Cit.*

fabricantes en materia de investigación y desarrollo de una empresa farmacéutica deben repercutir, en general, sobre el producto final acabado. Por lo tanto, es casi imposible individualizarlos por medicamento.

De manera similar, cuando una gran Compañía Farmacéutica compra el producto resultante de la investigación a otra compañía de biotecnología, su inversión se relaciona con una estructura de varias moléculas de las cuales no es fácil conocer, en esta etapa, aquellas que conseguirán ser un fármaco que sea comercializable. Además, las inversiones en investigación y desarrollo se realizan a escala mundial, lo que hace que sea extremadamente difícil calcular cuál sería este costo concreto aplicable solo para un país determinado.

Finalmente, el balance entre los costos e ingresos supuestamente utilizados para su financiamiento se desvanecen con el tiempo. El enfoque ideal de pagar por el medicamento sobre la base de las inversiones que se hicieron diez años antes para su descubrimiento y desarrollo, es solo una ilusión teórica. El precio con el que se venden los medicamentos hoy, no se utiliza para compensar los costos de su investigación y desarrollo si no que se usa para financiar las investigaciones y logros de la medicina del mañana.

Entre los medicamentos más vendidos en el mundo en 2018 se encontraban los antirreumáticos, con casi el 42% de la participación en el mercado mundial. Entre ellos el vendido como *Humira*, que es una combinación de metotrexato, prescrito para el tratamiento de la *artritis idiopática juvenil poliarticular activa* en pacientes mayores de 2 años que fabrica el *Laboratoire Abbvie* está a la cabeza de la lista principal con el 25%, seguido respectivamente de *Eliquis*, su composición es el principio activo *apixaban*, un anticoagulante, fabricado por Bristol Myers Squibb. *Lantus* es una insulina modificada, muy similar a la insulina humana utilizada para el tratamiento de la *diabetes mellitus* y está fabricada por Sanofi. *Enbrel*, un antirreumático, elaborado por Pfizer, *Xarelto* un anticoagulante fabricado por Bayer, *Remicade* que es otro antirreumático, fabricado por Merck Sharp & Dohme, *Novorapid*, un antidiabético, del laboratorio Novo Nordisk, *Opdivo*, anticancerígeno de Bristol Myers Squibb, *Januvia*, antidiabético, de Merck Sharp & Dohme y finalmente *Lyrica* utilizada para tratar la epilepsia, el dolor neuropático y el trastorno de ansiedad generalizada, fabricado por la firma Pfizer.

Banco de Medicamentos. Drugs Bank

El descubrimiento y la explotación de nuevos medicamentos son un objetivo clave y necesario para la industria farmacéutica y la investigación biomédica universitaria. Para dar una visión general de las tendencias en la explotación de nuevos medicamentos, la *US Food and Drugs Administration* y la base de datos de *DrugBank* son vitales²⁷⁰. *DrugBank* es una base de datos y de conocimiento farmacéutico organizada para una medicina de calidad y precisión, para los informes electrónicos de salud y descubrimiento de fármacos. En esta organización se recopilan, almacenan y organizan toda la información importante sobre medicamentos en un sistema unificado²⁷¹.

La base de datos del *DrugBank* es un recurso bio-informático computarizado único que combina datos detallados sobre los medicamentos (es decir, su composición química) con información completa sobre el objetivo de los medicamentos (es decir, las proteínas). Lanzado por primera vez en 2006, *DrugBank* ha evolucionado considerablemente al mejorar el poder y la simplicidad de las búsquedas Web, tanto en respuesta a las solicitudes de los usuarios como en respuesta a las necesidades cambiantes en la investigación y desarrollo de medicamentos.

Contiene datos detallados sobre la nomenclatura, ontología²⁷², química, estructura, función, acción, farmacología, farmacocinética, metabolismo y propiedades farmacéuticas de fármacos de moléculas pequeñas y grandes (biotecnología). También contiene información exhaustiva sobre enfermedades objetivo, proteínas, genes y los organismos en los que funcionan estos medicamentos. Desde su creación, *DrugBank* ha sido ampliamente utilizado por farmacéuticos, químicos dedicados a la medicina, investigadores farmacéuticos, médicos, educadores, asociaciones humanitarias u ONGs y el público en general. Hoy en día podemos contar con 5 versiones de ella, incluida la última publicada recientemente el 22 de abril de 2020. Inicialmente, la base de datos contenía 4.100 citas de medicamentos, de las cuales 800 eran moléculas pequeñas y biotecnologías aprobadas por la FDA, así como 320 medicamentos en fase experimental.

Cada entrada de *Drug-Card* contiene 80 campos de datos, la mitad de los cuales son para datos de fármacos / químicos, y la otra mitad para datos de drogas objetivos o

²⁷⁰RASK-ANDERSEN M., ALMÉN M S., SCHIÖTH H B. Trends in the Exploration of Novel Drug Targets. *Nat. Rev. Drug Discov.* 2011;10(8):579-90

²⁷¹ <https://www.drugbank.ca> consultado 25/06/2020 a 10h20

²⁷²La ontología es una parte o rama de la filosofía que estudia la naturaleza del ser, la existencia y la realidad, tratando de determinar las categorías fundamentales y las relaciones del "ser en cuanto ser"

protegidos. Muchos campos de datos están relacionados por hipervínculo a otras bases

de datos para la KEGG²⁷³ (Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes) (Enciclopedia de Kioto de genes y genomas). Se utiliza como un medio informático que nos permite conocer y comprender las utilidades y funciones de la célula, el organismo y el ecosistema, de una manera muy cualificada partiendo de toda la información molecular que se obtienen, a gran escala, por la secuenciación del genoma y otros avances de alto rendimiento tales como *Tecnologías experimentales*, (PubChem), que es una base de datos de moléculas.

El *National Center for Biotechnology Information* es un sistema perteneciente a la *National Library of Medicine*, y a los *National Institutes of Health* estadounidenses para *Chemical Entities of Biological Interest*, (ChEBI), tiene una base de datos de *entidades moleculares* centrada en pequeños componentes químicos. Se entiende como entidades moleculares todos aquellos productos naturales o de síntesis usados para intervenir en el proceso de organismos vivos o para PDB, (Protein Data Bank). Es considerada como una base de datos de la estructura tridimensional de las proteínas y ácidos nucleicos. La obtención de estos datos se hace usando el sistema cristalográfico de rayos X o mediante una RNM, que luego son remitidos por biólogos y bioquímicos de todo el mundo o para Swiss-Prot and Gen Bank y a una variedad de applets de visualización de estructuras²⁷⁴.

Desde su primer lanzamiento en 2006, el *DrugBank* 1.0 se ha utilizado ampliamente para facilitar el descubrimiento de objetivos de *drogas in silico*²⁷⁵, diseño de fármacos, acoplamiento o detección de drogas, predicción del metabolismo de las drogas, predicción de interacciones de drogas y formación farmacéutica general²⁷⁶

²⁷³KEGG es un recurso de base de datos para comprender funciones y utilidades de alto nivel del sistema biológico, como la célula, el organismo y el ecosistema, a partir de información a nivel molecular, especialmente conjuntos de datos moleculares a gran escala generados por secuenciación del genoma y otros de alto rendimiento. tecnologías experimentales.

²⁷⁴Un *applet* es un componente de una *aplicación* que se ejecuta en el contexto de otro programa, por ejemplo, en un navegador web. El *applet* debe ejecutarse en un *contenedor*, que le proporciona un programa anfitrión, mediante un *plugin*,¹o en aplicaciones como teléfonos móviles que soportan el modelo de programación por "applets".

²⁷⁵*In silico* es una expresión que significa 'hecho por computadora o vía simulación computacional'. La frase está acuñada a partir de las frases in vivo e in vitro del latín, las cuales son comúnmente usadas en biología, más comúnmente en temas de biología de sistemas, y se refieren a experimentos hechos en organismos vivos o fuera de organismos vivos, respectivamente. Al contrario de lo que comúnmente se cree, in silico no significa nada en latín. Sin embargo, por su relación con "in silicium" se traduce por "en silicio" lo cual hace referencia al material del que están hechos los semiconductores que permiten almacenar información en el computador

²⁷⁶WISHART D S., KNOX C., GUO AC., SHRIVASTAVA S., HASSANALI M., STOTHARD P., CHANG Z., WOOLEY J. DrugBank: A comprehensive resource for in silico drug discovery and exploration. *Nucleic Acids Res*, 2006; (34): 668–672. doi: 10.1093/nar/gkj067.

DrugBank (en su versión 2.0) se ha ampliado significativamente en comparación con la versión anterior. Con aproximadamente 4.900 datos de medicamentos, contenía un 60% de fármacos de biotecnología y moléculas pequeñas aprobados por la FDA, incluidos un 10% más de medicamentos "experimentales". Significativamente, también se agregaron más datos de objetivos de proteínas a la base de datos, *DrugBank 1.0* que contenía tres veces más secuencias de objetivos de proteínas o fármacos no redundantes que antes (1,565 versus 524). Cada entrada de *DrugBank 2.0* ahora, con la mitad de la información dedicada a datos de fármacos / químicos y la otra mitad a datos farmacológicos, farmacogenómica y biológicos moleculares contiene más de 100 campos de datos. Además, se han agregado una serie de nuevos campos de datos, incluidas las interacciones entre alimentos y medicamentos, interacciones entre medicamentos y datos experimentales de Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción (ADME) y se usa para detallar el efecto de un compuesto farmacéutico en el cuerpo humano para responder a numerosas solicitudes de usuarios²⁷⁷.

Desde su última actualización en 2008, *DrugBank 3.0* se ha ampliado significativamente con la adición de nuevos medicamentos, nuevos objetivos y la inclusión de más de 40 nuevos archivos de datos por ingreso de medicamentos (un aumento del 40% en la profundidad de los datos). Estas adiciones de campo de datos incluyen rutas ilustradas de medicamentos, de efectos, del metabolismo, de actuaciones farmacogenómicas, reacciones adversas, datos *Absorption, Distribution, Metabolism, Excretion, and Toxicity* (ADMET), datos de farmacocinética, datos de propiedades calculadas y datos de clasificación química.

DrugBank 3.0 también ofrece extensos enlaces a bases de datos, utensilios de búsqueda mejoradas para la interacción de diferentes fármacos de la interacción de los medicamentos con los alimentos, nuevos recursos para consultar y mostrar rutas de medicamentos y cientos de nuevas incorporaciones de fármacos con datos detallados sobre patentes, precios y fabricantes. Estas adiciones se han complementado con mejoras en la calidad y cantidad de las bases existentes, en particular con respecto a los objetivos de medicamentos, su descripción y la acción clínica de los mismos²⁷⁸. *DrugBank 4.0* se ha ampliado con el fin de contener datos sobre (ADMET) y otros tipos

²⁷⁷WISHART D S., KNOX C., GUO AC., CHENG D., SHRIVASTAVA S., TZUR D., GAUTAM B., HASSANALIET M. DRUGBANK: A knowledge base for drugs, drug actions and drug targets. *Nucleic Acids Res*, 2008; (36):901–906. doi: 10.1093/nar/gkm958.

²⁷⁸KNOX C., LAW V., JEWISON T, LIU P, LY S, FROLKIS A., PON A., BANCO K., MAK C., NEVEU V, DJOUMBOU Y., EISNER R., CHI GUO A., Wishartet D. DrugBank 3.0: a comprehensive resource for 'Omics' research on drugs. *Nucleic Acids Res*, 2011, Vol. 39, Database issue D1035–D1041. doi: 10.1093/nar/gkq1126.

de información relacionados con los valores cuantitativos entre estructura y actividad, la llamada *Quantitative structure-activity relationship*, (QSAR)²⁷⁹.

Estas mejoras están destinadas a facilitar la investigación sobre el metabolismo xenobiótico (tanto de predicción como de caracterización), farmacocinética, farmacodinamia y diseño / descubrimiento de fármacos. Para esta versión, se agregaron más de 1200 metabolitos de fármacos (incluidas sus estructuras, nombres, actividad, abundancia y otros datos detallados), así como más de 1300 reacciones del metabolismo de fármacos (incluidas las enzimas metabolizadoras y los tipos de reacciones) y docenas de vías de metabolismo de drogas. Se agregaron otros 30 parámetros ADMET, pronosticados o medidos, a cada tarjeta de medicamentos, lo que eleva el número promedio de valores cuantitativos ADMET para fármacos autorizados por la Administración de Alimentos y otros 40 más.

La resonancia magnética nuclear referencial y espectros de masas han sido utilizados sobre unos 400 medicamentos como herramienta útil de comparación espectral y de masa para facilitar la identificación de compuestos. Esta recopilación ampliada de información sobre los medicamentos se complementa con una serie de herramientas de investigación nueva o mejorada, incluida una que proporciona un análisis simple de las asociaciones objetivo-fármaco-enzima-transportador para proporcionar información sobre las interacciones farmacológicas- medicamentosas²⁸⁰.

La última versión de *DrugBank* (versión 5.1.6, lanzada el 22-04-2020) representa la actualización más importante de la base de datos en más de 10 años. Contiene 13.580 datos de fármacos (un aumento del 100%), incluidos 2.635 fármacos aprobados de molécula pequeña, 1.378 productos biológicos aprobados (proteínas, péptidos, vacunas y alérgenos), 131 nutracéuticos²⁸¹ y más de 6.376 experimentales (fase descubrimiento). Además, 5.223 secuencias de proteínas no redundantes (es decir, diana / enzima / transportador / portador del fármaco) están vinculadas a estas entradas de fármaco.

²⁷⁹La relación cuantitativa estructura-actividad es el proceso por el cual la estructura química se correlaciona cuantitativamente con un proceso bien definido, como la actividad biológica (unión de un fármaco con un receptor) o la reactividad química (afinidad de una sustancia por otra para que produzcan una reacción).

²⁸⁰LAW V., KNOX C., DJOUMBOU Y., JEWISON T., GUO A C., LIU Y., MACIEJEWSKI A., ARNDT D., WILSON M., NEVEU V., TANG A., GABRIEL G., LY C., ADAMJEE S., DAME Z., HAN B., ZHOU Y., WISHART D. *DrugBank 4.0: Shedding New Light on Drug Metabolism. Nucleic Acids Res.* 2014; 42:1091-7. D1091-7. doi: 10.1093/nar/gkt1068.

²⁸¹Un producto nutracéutico o biocéutico es un producto presentado como una alternativa farmacéutica que dice tener beneficios fisiológicos. Esto incluye los productos medicinales fabricados con ingredientes naturales aunque carece de una definición regulatoria precisa.

Cada entrada se compone de 200 campos de datos o más, la mitad de los cuales son para datos de drogas / químicos y la otra mitad para datos de proteínas u objetivos de medicamentos. Esto incluye información sobre la influencia de cientos de medicamentos en los niveles de metabolitos (fármaco-metabólica), los niveles de expresión génica (fármaco-transcriptómica) y los niveles de expresión de proteínas (fármaco-proteómicas)²⁸². También se han agregado nuevos datos sobre el progreso de cientos de ensayos clínicos de nuevos medicamentos y ensayos de reutilización de medicamentos existentes. Se han realizado muchas otras mejoras significativas en su contenido, la interfaz y el rendimiento del sitio Web de *DrugBank* y se espera que mejoren en gran medida su uso, utilidad y posibles aplicaciones en muchas áreas de la investigación farmacológica, ciencia y educación farmacéutica. Se han realizado mejoras significativas en la cantidad, calidad y consistencia de las indicaciones de los medicamentos, los datos vinculantes de los medicamentos y las interacciones que se producen entre los medicamentos y los alimentos²⁸³.

Las ONGs y los medicamentos

El acceso a medicamentos de calidad es esencial para garantizar la salud de las poblaciones carentes de medios y proporcionar en los países en desarrollo, el llamado “*derecho a la salud para todos*”. Las ONGs de carácter humanitaria están muy involucradas en las misiones médicas para proporcionar suministros de ellas a las poblaciones sin recursos. Su objetivo principal es que la salud es un derecho fundamental que debemos intentar respetarlo. Como se ha mencionado anteriormente, tenemos el ejemplo de Farmamundi, que es una ONGD española para el desarrollo, la acción humanitaria y la ayuda en situaciones de emergencia, de la que ya hemos hablado anteriormente. Desde su creación en 1991, ha funcionado muy bien en aquellos países que viven en condiciones precarias, para que puedan tener acceso a medicamentos y materiales sanitarios. Actualmente, gracias a Farmamundi, se han administrado un número mayor de 2.340 toneladas de fármacos y equipos sanitarios, en más de 200 hospitales y centros de salud²⁸⁴.

En 1972, ante la escasez de medicamentos esenciales de calidad en los países en desarrollo, los estudiantes de la facultad de Farmacia de la Universidad de Ámsterdam

²⁸²WISHART D S., FEUNANG YD., GUO AC., LO EJ., MARCU A., GRANT JR., SAJED T., JOHNSON D., LI C., SAYEEDA Z., ASSEMPOUR N., LYNKKARAN I., LIU Y., MACIEJEWSKI A., GALE N., WILSON A., CHIN A., CHIN L., CUMMINGS R., LE DIANA., PON A., KNOX C., WILSON M. DrugBank 5.0: A major update to the DrugBank database for 2018. *Nucleic Acids Res*, 2018; 46:D1074–D1082. Doi: 10.1093/nar/gkx1037.

²⁸³<https://www.drugbank.ca> consultada 25/06/2020 a 10h20.

²⁸⁴<https://www.bancofarmaceutico.es> 29/06/2020 a 10h20.

decidieron movilizarse. Entonces crearon la Fundación IDA, con un grupo pequeño de voluntarios y empleados en una sencilla oficina en Ámsterdam y enviaron medicamentos a hospitales y centros de salud en África. *IDA Foundation* es una organización independiente con un objetivo social que distribuye medicamentos y equipos médicos a actores de la salud en todo el mundo, al mejor precio posible. Distribuyen más de 3000 productos de salud diferentes a clientes y socios en más de 130 países. Trabajan con ONGs locales e internacionales, grandes organizaciones de financiación, ministerios de salud y centros de compra de medicamentos, así como pequeños centros de salud humanitaria²⁸⁵.

El Banco Farmacéutico de España

Es una asociación no lucrativa creada en 2005 cuyo objetivo es facilitar la inclusión social de las personas en situaciones vulnerables mediante la mejora de su salud, mediante la promoción de una cultura de colaboración que les permita obtener ayuda para satisfacer sus necesidades en medicamentos y productos de salud. Ha financiado más de 5.000 planes de medicamentos sin ninguna excepción o discriminación relacionada con la religión, sexo, color, raza, idioma, cultura u opinión política a través de los diversos proyectos que ha implementado²⁸⁶.

2.4. Directrices de la OMS y AEMPS sobre las donaciones de los medicamentos a una STMMI

Hay una serie de directrices y normas que dicta la OMS con respecto a las donaciones de medicamentos que hay que seguir:

- 1- Las donaciones de productos farmacéuticos seguirán las necesidades que precise la entidad receptora.
- 2- Los fármacos para su utilización clínica y estar en la lista oficial nacional de fármacos esenciales deben estar aprobados en el país receptor.
- 3- Dentro de lo posible, se deben adaptar la presentación, dosis y formulación a las del país receptor.
- 4- Su procedencia debe ser de un origen conocido y estar ajustado a las normativas de control de calidad de ambos países, donante y receptor.

²⁸⁵ <https://www.idafoundation.org/fr/qui-nous-sommes>.

²⁸⁶ <https://www.bancofarmaceutico.es>.

5- Los medicamentos que se utilicen para una donación deben respetar las normas de tener caducidad activa, no proceder de muestras gratuitas a los médicos u hospitales.

6- Los medicamentos tendrán fecha de validez de más 15 meses.

7- El etiquetado debe estar escrito en idiomas que pueda comprender el personal sanitario del país receptor, añadir la *Denominación Común Internacional* (DCI) o equivalente al nombre genérico, el número de lote, la presentación, dosis, el fabricante y lugar donde se fabricó, modo de almacenamiento y la caducidad, todo ello de forma muy detectable.

8- Es recomendable dar prioridad a las presentaciones de uso hospitalario, frasco grande y, a ser posible, recipientes de gran capacidad, mejor si no son de cristal.

9- Para el transporte se utilizará la *Reglamentación Internacional de productos Sanitarios* junto con el permiso de las exportaciones de la AEMPS.

10- El envío debe ir acompañado del consentimiento de la institución que los va a recibir además de su notificación de conocimiento.

11- Los envíos de los embalajes se harán con la certificación de la institución donante, valor del producto donado, destino final y condiciones de conservación.

12- La sociedad o institución receptora del material correrá con los gastos de aduanas, transporte, custodia, manipulación y todos los demás que se ocasionarán.

2.5. Financiación de los proyectos y envíos de medicamentos a través de Farmamundi

La financiación de Farmamundi se realiza mediante las tarifas que abonan las diferentes personas físicas, socios/as, en forma de cuotas anuales o de las compañías o empresas que quieran colaborar. Paralelamente Farmamundi realiza actividades (cursos, ventas, subastas...) que ayudará a su sustento. Cuando se trate de proyectos de cooperación en emergencias o de desarrollo, procederán a participar en los concursos o convocatorias públicas o privadas programadas y previstas.

Algunas organizaciones humanitarias utilizan medicamentos donados, en lugar de comprados. Por este motivo la ley estatal regula estrictamente los programas de

donación de medicamentos recetados no utilizados que se dispensarán a los pacientes²⁸⁷.

Estas leyes se aprobaron para apoyar la donación mientras se protegía a los pacientes de donaciones de medicamentos adulterados, vencidos u otras donaciones inapropiadas. A mediados de 2016, 42 estados tenían leyes que establecen programas de redistribución de fármacos²⁸⁸.

Las normas establecidas para permitir las donaciones de medicamentos a las organizaciones humanitarias deben cumplir los siguientes parámetros comunes:

- No se aceptarán sustancias no controladas.
- No se aceptarán medicamentos adulterados o mal etiquetados.
- Todos los productos farmacéuticos deben ser verificados por un farmacéutico antes de ser dispensados.
- No se permitirán productos farmacéuticos caducados (deben tener 15 meses o más de vigencia antes de su vencimiento cuando se donan).
- Todos los productos farmacéuticos deben estar conservados convenientemente, sin abrir y en su embalaje original, sellado y sin signos de haber sido manipulados²⁸⁹.

El uso de medicamentos *donados* con fines humanitarios está específicamente desaconsejado por la OMS y la FDA. A este fin en 2010, la OMS publicó unas normas llamadas "Directrices para las donaciones de medicamentos" que fueron escritas en coordinación con las organizaciones internacionales más importantes de la salud del mundo, incluidas varias agencias de la ONU y el Banco Mundial. Entre éstas están: *World Health Organization (WHO)*, *Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN)*, *International Pharmaceutical Federation (FIP)*, *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, *International Health Partners*, *The Partnership for Quality Medical Donations (PQMD)*, *United Nations Development Programme (UNDP)*, *United Nations Population Fund (UNFPA)*, *United Nations High Commissioner for Refugees*

²⁸⁷Leyes estatales de devolución, reutilización y reciclaje de medicamentos con receta. Legislaturas estatales de la Conferencia Nacional 1 de octubre de 2018, <http://www.ncsl.org/research/health/state-prescription-drug-return-reuse-and-recycling.aspx>.

²⁸⁸State Prescription Drug Return, Reuse and Recycling Laws. Mason's Manual of Legislative Procedure | 2018 Edition. <http://www.ncsl.org/research/health/state-prescription-drug-return-reuse-and-recycling.aspx>.

²⁸⁹Ibid.

(UNHCR), United Nations Children's Fund (UNICEF), The World Bank, Roll Back Malaria Partnership²⁹⁰.

Este documento, específicamente, detalla la distribución de los medicamentos por parte de las organizaciones voluntarias privadas y otras entidades que realicen STMMI y que tengan actividades de mala praxis en cuanto a la donación de dichos medicamentos.

Las normas para considerar que se practica una buena praxis en referencia a la donación de medicamentos a las Fundaciones de carácter humanitario y otras entidades afines deben estar entre las siguientes:

- Las donaciones de medicamentos deberían beneficiar al receptor en la mayor medida de lo posible.
- Todas las donaciones deben basarse en la existencia de una necesidad concreta.
- No deben realizarse bajo ningún concepto donaciones de medicamentos no solicitados por una entidad transparente.
- Las donaciones deben hacerse bajo el control y la supervisión del organismo destinatario, y según el acuerdo gubernamental, los arreglos administrativos del país receptor y la conformidad del donante.
- Las donaciones deben hacerse en coordinación y colaboración entre el donante y el receptor, siguiendo un plan establecido por ambas partes.
- El estándar de calidad debe existir en ambas direcciones, o sea, si un producto no tiene la calidad adecuada en el país donante tampoco lo debe ser en el receptor, aunque sea como una donación²⁹¹.

La OMS desaconseja específicamente las donaciones de medicamentos devueltos y caducados y las muestras de medicamentos que indiquen, que son productos destinados a destrucción segura o las muestras sin valor dadas a los facultativos de la salud, que desde hace tiempo ya está estipulado en gran parte de los países²⁹².

La OMS y la FDA recomiendan a las personas y a las instituciones de abstenerse de exportar medicamentos recetados donados (incluidos medicamentos y muestras

²⁹⁰Guidelines for Medicine Donations Revised 2010 World Health Org. 2011, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44647/9789241501989_eng.pdf;jsessionid=23F7DA3C2136B6D735AEB88099E944E3?sequence=1.

²⁹¹ Guidelines for Medicine Donations Revised 2010 World Health Org. 2011, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44647/9789241501989_eng.pdf;jsessionid=23F7DA3C2136B6D735AEB88099E944E3?sequence=1.

²⁹² Ibíd.

caducadas) a otros países, y recomienda que "solo los fabricantes de medicamentos donen productos para que puedan garantizar la calidad de un medicamento, seguridad y eficacia, incluido el almacenamiento y transporte adecuados del medicamento"²⁹³. En la experiencia de la FC es bastante frecuente encontrar en países receptores la existencia de medicamentos etiquetados con el sello de "muestra sin valor. Prohibida su venta" o la presencia de fármacos caducados, abiertos, incompletos o en mal estado de conservación que han sido donadas por pequeñas ONGs visitantes previamente a nuestra llegada. Incluso podemos añadir que en el Hospital Yekatik 12 de Addis Ababa de Etiopia, en 2011 encontramos vendas de colores (azul, amarillo y verde) de uso veterinario (para caballos de carreras) que se ha utilizado en pacientes operados (Fig.74). Según parece fueron una donación de una ONG de origen Norteamérica que se dedica a caballos de carreras. Con el material sobrante se entregó al hospital para que dispusiera de este, si bien en la caja existía un rótulo que decía textualmente "*Only for use on racehorses*".

También es cierto que su textura y su calidad eran muy superiores a los vendajes para uso humano disponible en el propio centro hospitalario, hecho frecuente en países emergentes, donde cualquier producto sanitario es costoso, difícil de encontrar y de mala calidad.

²⁹³Questions and Answers for the Public Donating Drugs to International Humanitarian Relief Efforts
FDA. EE.UU. <https://www.fda.gov/downloads/NewsEvents/PublicHealthFocus/UCM249617.pdf>.



Fig.74. Uso de vendas en pacientes intervenidos de uso veterinario (caballos de carreras) para pacientes en Etiopía en 2011, procedentes de una donación de una Fundación Americana.

IV. SITUACIONES CON RELEVANCIA INTERNACIONAL EN EL DESARROLLO DE LA MISIÓN

1. Situaciones en el desarrollo de la misión

1.1. Actitud de la FC en la repatriación de un cooperante de una STMMI

Aunque, es cierto que, la muerte se puede producir en cualquier lugar del mundo, ya sea en tierra, mar o aire sin excepción de raza, sexo o credo, muchas veces surge en el momento menos esperado²⁹⁴. En la actualidad es difícil saber el número de muertes que se producen cada año durante el desarrollo de una STMMI y el modo como proceden las ONGs con la repatriación del cadáver. Todas las organizaciones humanitarias deben tener información suficiente sobre este tema ya que la muerte de un miembro de una misión humanitaria representa un momento difícil que se debe manejar con mucho acierto y sin errores. En este contexto, es importante establecer un plan de gestión adecuado y digno de los casos de muertes del personal de una STMMI y el modo de cómo realizar la repatriación²⁹⁵.

Las causas de la muerte de un cooperante pueden ser por diversas razones: ataque de terroristas, traumatismo como consecuencia de un accidente o caída, ahogamiento, incendio, enfermedades infecciosas como de un brote de cólera, Ébola, Dengue, Coronavirus, malaria endémica o enfermedad crónica tal como hepatitis, VIH, tuberculosis, entre otras. Después de ocurrir el incidente, el modo de gestionar una muerte no será la misma en función de las circunstancias de cómo haya ocurrido. Hay muchas razones que requieren una gestión eficaz y eficiente de los cadáveres. La mala gestión en los trámites de este hecho conduce a importantes problemas psicológicos, así como problemas sociales y legales para los familiares de las víctimas. Esta gestión no la sabe hacer todo el mundo ya que se ha de tener una formación adecuada²⁹⁶.

Es importante que, durante la preparación de una STMMI, y concretamente durante la sesión informativa que se hace antes de su realización, se dedique una especial atención a los aspectos de cómo saber gestionar los fallecimientos de cooperantes, hecho que normalmente no se describen en los documentos y estatutos de las ONGs.

²⁹⁴DEROOSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce*. International corporate health leadership council. Publications White Papers. 2019.

²⁹⁵TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *International Review of the Red Cross*. 2007; 89(866): 421-442.

²⁹⁶DEROOSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce*. Op. Cit.

El plan de gestión que seguiría la FC sería el siguiente:

- *Número de víctimas.* Lo primero es saber si se trata de un solo fallecido o varios. Pensemos que la recuperación y el manejo inmediato de los cadáveres protegerán la dignidad de los muertos²⁹⁷.

- *Planificación.* La etapa más importante de la gestión de un cadáver es la planificación y coordinación del manejo del fallecido. El jefe de la misión será el responsable de la gestión, o si él lo considera oportuno puede designar a otra persona capaz de realizar esta función, pero sin olvidar que debe ser él quien inicie y coordine las estructuras que deben participar en esta gestión. La previsión de los planes de gestión en casos de desastres se debe desarrollar por adelantado con la existencia de unas normas de ejecución. En el plan de gestión se procederá a la identificación de los cuerpos de los cooperantes siguiendo las indicaciones de los medios forenses locales y de los procedimientos disponibles de repatriación²⁹⁸.

- *Coordinación de la gestión a nivel local e internacional.* Hay que crear un equipo de coordinación para conseguir una gestión eficiente. A nivel local se procurará contactar con las autoridades locales del país de acogida, los servicios de emergencia, policía, servicios funerarios y las autoridades religiosas en relación con las creencias religiosas del o de los fallecidos. Otro miembro cooperante se pondrá en contacto con las delegaciones diplomáticas, tales como la embajada o consulado del país de origen de los fallecidos situados en el país de recepción, sin olvidar las condiciones de la póliza del seguro contratado para estas situaciones de los componentes de la ONG en caso de fallecimiento en el extranjero. En paralelo hay que comunicarse con la familia del fallecido para informarles de la situación y la evolución de los trámites oficiales en relación al cadáver²⁹⁹.

- *Comunicación y apoyo en el duelo a las familias.* Hecho muy importante en este momento de dolor (shock, negación, rabia, ira). Se debe incluir un programa de comunicación en la gestión de los cadáveres³⁰⁰. La máxima autoridad de la STMMI, o la

²⁹⁷TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.* 421-442.

²⁹⁸Forensic Identification of Human Remains. International Committee of the Red Cross, 2013. (<https://www.icrc.org/en/publication/4154-forensic-identification-human-remains>).

²⁹⁹TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.* p.421-439.

³⁰⁰DEROOSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce.* *Op. Cit.*

persona más próxima a la familia de la víctima, pueden ser las encargadas de transmitirlo en la forma más clara y humana de esta mala noticia y, por supuesto, sin utilizar los medios de las redes sociales (Facebook) o por mensaje telefónico con la prioridad de informar a la familia antes que los medios de comunicación³⁰¹. Según la decisión de la familia, se seguirán los trámites de depósito del cadáver en una funeraria y a continuación, con su eventual repatriación. De acuerdo a los deseos de la familia se realizan actos religiosos, enterramiento local, incineración en el país anfitrión o embalsamamiento³⁰².

- *Recopilación de información sobre los fallecidos.* Incluiremos los datos de identidad del cadáver, las direcciones de su familia y las circunstancias de su muerte. Esta información permitirá el reconocimiento de los difuntos junto a su pasaporte y documento de identificación³⁰³. La dignidad del difunto y su familia debe ser preservada de forma confidencial asignándole un código³⁰⁴.

- *Asignar un código único al cadáver.* Este va a aportar información acerca de cada cuerpo de un cooperante fallecido. Se tomarán fotografías del cadáver y se hará un registro con los datos sobre cada cuerpo tan pronto como sea posible. Toda la información recogida y almacenada de los cadáveres individuales se codificará convenientemente³⁰⁵. La adjudicación de un *código de cadáveres* se usa para prevenir la pérdida de la documentación del cuerpo y asegurar la trazabilidad adecuada, así como poder ayudar a su identificación. Este código que se asigna al cuerpo o parte del mismo se hace con la combinación de letras y números lo que evitará confusiones o duplicidades³⁰⁶. En él figuran tres elementos: lugar o país en el que ha ocurrido la muerte, nombre de la misión y un número. Estará escrita en dos etiquetas de papel plastificado, una en la muñeca o en el tobillo del cadáver y otra sobre la bolsa que lo contiene³⁰⁷, además de estar toda la información general del cuerpo, personal o física con sus fotografías correspondientes.

³⁰¹TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.* p.421-442

³⁰²DEROUSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce.* *Op. Cit.*

³⁰³TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.* p.421-442

³⁰⁴Forensic Human Identification. International Committee of the Red Cross, 2013. (<https://www.icrc.org/en/publication/4154-forensic-identification-human-remains>).

³⁰⁵TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.* 421-442

³⁰⁶Forensic Human Identification. International Committee of the Red Cross, 2013. (<https://www.icrc.org/en/publication/4154-forensic-identification-human-remains>).

³⁰⁷PAHO/WHO Resolution on the International Transportation of Human Remains. 1966. (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2177/CD16.R36en.pdf?sequence=1>).

- *Fotografía del cadáver.* Las fotografías del cuerpo se tomarán en el mismo momento de recuperar el cadáver, lo que facilitará su identificación, anexionando las características de sus ropas y los rasgos faciales. Hay que pensar que todos estos detalles se van a perder en poco tiempo con la descomposición del cadáver. Las fotografías deben incluir imágenes de todo el cuerpo, cara, características distintivas, ropas u otros artículos usados, por ejemplo pulseras además de fotos que no sean muy dramáticas con el fin de evitar el estrés emocional de la familia y dar la máxima fiabilidad a su reconocimiento³⁰⁸.

- *Manipulación y almacenamiento del cadáver.* Los cuerpos deben ser manejados con seguridad, especialmente para los miembros de la misión STMMI por lo que, si el difunto ha fallecido de una enfermedad infecciosa, se deberán tomar precauciones especiales para evitar la contaminación³⁰⁹. Hay que advertir que todos los que tengan contacto con el cuerpo deben extremar medidas de precaución personal usando guantes, delantales impermeables, mascarillas y/o protectores de los zapatos. Tras la manipulación del difunto, hay que lavarse bien las manos con jabón y desinfectantes, lavar la ropa y tomar todas las medidas adecuadas. Especialmente si la muerte se produjo por causas infecciosas³¹⁰, se debe tener en cuenta todo lo que podrían ser fuente de contaminantes, especialmente si el cuerpo está manchado de sangre, heces u otros fluidos corporales³¹¹. En los países de clima cálido la descomposición puede evolucionar rápidamente dentro de las 12 a 48 horas, lo que hará más difícil el reconocimiento facial. El cuerpo se mantendrá en una bolsa de plástico o artículo similar antes de su depósito en una morgue, o en un vehículo refrigerado entre 2 y 4 grados Celsius. Se recomienda no usar hielo seco (dióxido de carbono congelado) ya que produce dióxido de carbono tóxico y puede causar "quemaduras" al cadáver³¹².

- *Procedimientos administrativos que deben seguir las ONGs.* La posesión de un seguro de viaje es una previsión acertada e inteligente para los componentes de las STMMI. La compañía aseguradora facilitará el traslado del cuerpo al país de origen tras

³⁰⁸TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.*p. 421-442

³⁰⁹DOUCERON H., DEFORGES L., GHERARDI R., SOBEL A., CHARLOT P. Long-lasting postmortem viability of human immunodeficiency virus: a potential risk in forensic medicine practice. *Forensic Sci Int.* 1993; 60:61-66. doi: 10.1016/0379-0738(93)90093-p.

³¹⁰DE GOYET C. Epidemics caused by dead bodies: a disaster myth that does not want to die. *Rev Pan Americana de Salud Pública.* 2004. 15(5):297-9. http://publications.paho.org/english/editorial_dead_bodies.pdf.

³¹¹DOUCERON H., DEFORGES L., GHERARDI R., SOBEL A., CHARLOT P. Long-lasting postmortem viability of human immunodeficiency virus: a potential risk in forensic medicine practice. *Op. Cit.*

³¹²TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *Op. Cit.* p.421-442.

comprobar que toda la documentación es correcta y completa. Hay que leer bien las condiciones del contrato de la póliza ya que los gastos de traslado o repatriación son muy caros. Es importante saber que cada país tiene sus propios requisitos de documentación, pero hay una serie de documentos que se indican a continuación, que constituyen lo más común. El miembro del equipo de enlace con las relaciones diplomáticas debe tomar todas las medidas necesarias para obtener la documentación precisa para facilitar la pronta devolución del cadáver a su país de origen³¹³. Deberá hacerse un certificado de defunción y otro de no contagio por parte del médico que estuvo en el hallazgo del muerto, con las copias necesarias para todos los trámites administrativos³¹⁴.

Los fallecimientos de componentes de la misión se deben considerar como una emergencia consular. En estos casos, lo adecuado sería contactar primero con el Consulado del país de la ONG existente y, si no lo hay, en nuestro caso con el departamento de Emergencia Consular en Madrid. La actuación de la oficina Consular respecto a los trámites de la muerte facilitará la repatriación tras la anulación del pasaporte. El certificado de embalsamamiento se deberá emitir si lo solicita el país de origen, aunque el proceso de embalsamamiento no es necesario siempre que la cadena de frío esté garantizada en todo el tiempo que dure el viaje de expatriación tras la concesión de las licencias de importación o exportación emitida por los servicios de aduanas. Hay un reglamento de Policía Mortuoria que regula con gran precisión el traslado de restos a España bajo supervisión consular. Por último y después de obtener todos los permisos administrativos para salir del país anfitrión debemos cumplir con los requisitos de la compañía aérea con la obtención de la transferencia de la factura³¹⁵.

1.2. Actitud de la FC frente al abuso sexual en una ONG

Las instituciones benéficas son conscientes de la problemática que existe en una gran parte de la sociedad y por ello se prestan a colaborar en la llamada “ayuda humanitaria”. Sin embargo, no están exentas de caer en el error de participar en las agresiones sexuales y abusos de poder con fines nefastos de beneficiarse del necesitado en unas situaciones determinadas. El personal médico y sanitario que

³¹³DEROOSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce. Op. Cit.*

³¹⁴ PAHO/WHO Resolution on the International Transportation of Human Remains 1966. (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2177/CD16.R36en.pdf?sequence=1>).

³¹⁵DEROOSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce. Op. Cit.*

participa en una ONG para ayudar a los más débiles debe tener muy claro que no se debe hacer daño a nadie, cumplir con los estándares éticos, dando ejemplo de su conducta, y sobre todo mantenerse alejados de las prácticas más profanas del mundo.

Hay diferentes publicaciones existentes que relatan estas actividades en el seno de una ONG, por lo que hay que evitar que se cometan, y sus directores deben procurar que no ocurran en el seno de sus instituciones. Según Aldekoa³¹⁶ más de 50 mujeres acusaron a ONGs de sufrir abusos sexuales en RD Congo entre el periodo del 2018-2020 durante la crisis del Ébola en la ciudad congoleña de Beni. La misma noticia llegó a través de *The New Humanitaria* y *Thomson Reuters Foundation*.

La investigación señala como autores de dichas actuaciones a hombres del personal que dijeron trabajar para la Organización Mundial de la Salud (OMS). La lista de organismos señalados es larga: UNICEF, Oxfam, Médicos Sin Fronteras, Word Visión, la Organización Internacional para las Migraciones, Alina o el Ministerio de Salud de Congo. Otras organizaciones como Save the Children y Plan Internacional también se vieron envueltos en escándalos de abuso sexual³¹⁷. Esta misma noticia también fue difundida el 30 de septiembre de 2020 por Nick Cummings-Bruce, (Ginebra) bajo el título de *W.H.O. Works Are Accused of Sex Abuse During Ebola Response in Congo*³¹⁸.

Según Anna Solé, en su escrito del 30 de septiembre 2020, la OMS se ha comprometido a investigar las denuncias de hasta 50 mujeres trabajadoras humanitarias por abusos sexuales cometidos durante el brote de abola en la RDC, en que se les había obligado a tener relaciones sexuales, quedando dos de ellas embarazadas³¹⁹. Afortunadamente la ONU y diferentes ONGs, entre ellas FC, han prometido *tolerancia cero frente* a los abusos sexuales ocurridos en países como Haití en 2010 después del terremoto que sufrió este país, en que se contrataron algunas prostitutas, algunas menores de edad, para y por el personal de emergencia.

Por su lado *Pro Publica* descubrió que el cofundador liberiano de la organización benéfica, Macintosh Johnson, violaba a niñas de hasta 10 años en la Academia *More Than Me*, respaldada por Estados Unidos en Liberia. El informe detalla la pobre respuesta de MTM a las acusaciones cuando surgieron en 2014, y cómo los antiguos

³¹⁶La Vanguardia del 01/10/2020.

³¹⁷<https://www.lavanguardia.com/internacional/20201001/483772640084/mas-de-50-mujeres-acusan-a-oeneges-de-abusos-sexuales-en-rd-congo.html>

³¹⁸<https://www.nytimes.com/2020/09/30/world/africa/who-abuse-congo-ebola.html>

³¹⁹https://www.elnacional.cat/es/internacional/relaciones-sexuales-cambio-trabajo-ongs-acusadas-abuso-explotacion-sexual_542892_102.html.

miembros de las instituciones no lucrativas ignoraron las señales de advertencia del comportamiento preocupante de Johnson con los menores. Este supuesto escándalo sexual infantil en Liberia plantea serias dudas sobre la responsabilidad moral de algunas ONGs³²⁰.

Todas estas noticias nefastas por parte de cooperantes dañan enormemente los nombres de las personas que trabajan en estas organizaciones internacionales y cuestionan que no ocurra lo mismo en todas y cada una de ellas. Por ello en 2009, los miembros del Grupo de Trabajo sobre Protección contra la Explotación y el Abuso Sexual (PSEA) del Comité Ejecutivo de Asuntos Humanitarios y Paz y Seguridad (ECHA/ECPS)³²¹ solicitaron al Comité Permanente entre Organismos (IASC) que llevara a cabo una revisión de los esfuerzos en esta área e identificar en qué medida se han implementado las políticas³²².

Se han realizado muchas averiguaciones y se han tomado múltiples medidas para evitar estos abusos por parte de todos los organismos oficiales, preparando propuestas de financiación para crear un proyecto piloto en donde exista un mecanismo de denuncia corporativa del propio personal lo que podría ser visto como un sistema preventivo de dichos delitos.

Catarina Bracera (2018)³²³ en sus declaraciones en el escrito *“Sex for help: How NGO employees abuse their power”* dice textualmente: *El lado oscuro del mundo humanitario es un mundo paralelo en el que aquellos que han sido enviados a zonas de desastre, campos de refugiados y zonas en guerra, atacan a los más vulnerables*³²⁴.

Las ONGs luchan de para evitar los abusos y el acoso sexual durante las misiones humanitarias, utilizando sus propios mecanismos para detectar, evitar y sancionar a las personas que infrinjan esta prohibición, sin embargo, no hay un sistema que permita que aquellos infractores despedidos de una ONG sean contratados por otra, ya que la

³²⁰CHIDINMA IRENE NWOYE, November 27, 2018. <https://qz.com/africa/1476269/liberia-child-sex-scandal-rocks-ngo-world/>

³²¹<https://odihpn.org/magazine/sexual-exploitation-and-abuse-by-un-ngo-and-ingo-personnel-a-self-assessment/> by Inter-Agency Standing Committee Task Force on

³²² Protection from Sexual Exploitation and Abuse. <http://www.lorihandraham.com/cited-in-1/2018/10/9/sex-for-help-how-ngo-employees-abuse-their-power>.

³²³BRACHER K. Sex for help: How NGO employees abuse their power. July, 28, 2018. <https://nzzas.nzz.ch/gesellschaft/sex-gegen-hilfe-wie-ngo-mitarbei>.

³²⁴<http://www.lorihandraham.com/cited-in-1/2018/10/9/sex-for-help-howngoemployees-abuse-their-power>

protección de datos impide identificarlos públicamente. Las ONGs están formadas por personas que viven, mayoritariamente en un régimen machista, por lo que es posible que estos hechos se repitan con frecuencia. Lo importante es saber cómo actuar para evitar, detectar o sancionar a los cooperantes que no sean fieles a estos principios de seguridad y de sensatez.

Para evitar esta práctica las Fundaciones u ONGs deben asegurarse de tener unas *normas internas* que prohíban los abusos de poder, la explotación y los abusos sexuales en todas sus formas y maneras. El incumplimiento de esta normativa no solo debe ser el despido inmediato, sino también la denuncia a las autoridades oportunas y competentes. Muchas de ellas lo cumplen, e incluso *Save The Children*, ya que son instituciones que se ocupan de los niños, lo que hace que su normativa sea mucho más estricta con reglas precisas para evitar, al máximo todos los posibles intentos de abusos a los niños y niñas por sus trabajadores. El código detalla que *"un empleado no puede estar nunca a solas con un menor, ni llevarlo en su coche privado, ni "participar en actividades sexuales" con niños y niñas. Su código de conducta general no es tan explícito en cuanto a la prohibición del pago por servicios sexuales de sus empleados durante misiones humanitarias".* Sí incluye el rechazo a *"cualquier manifestación de discriminación, abuso de autoridad, acoso físico o psicológico"*. Por su parte, MSF, aseguran prohibir *"cualquier forma de abuso de poder o autoridad" realizado por cualquier miembro integrante de la ONG"* Su incumplimiento lleva al despido inmediato.

Es evidente que estas normas existen en la mayoría de las ONGs e, incluso, podríamos decir, que por lógica no podía ser menos. Sin embargo, muchas de ellas tienen un sistema de detección basado en la denuncia secreta y confidencial de los propios compañeros cooperantes que luchan por el buen nombre de la institución. *Acción contra el Hambre* tiene como norma el siguiente concepto: "En el caso de que se cometa un hecho grave que pueda significar ser un delito, su protocolo obliga a ponerlo en conocimiento de las propias autoridades del país en cuestión".

MSF manifiesta que *"siempre respetan la decisión que tome la víctima en cuanto a si desea llevar o no un asunto ante la justicia"*, pero en caso de producirse abusos sexuales a niños o adolescentes, taxativamente sí informan del caso a las autoridades judiciales. Si las normas existen, y es evidente que no se tolera su incumplimiento, ¿cómo hacer que los delincuentes expulsados no se vayan a otras ONGs? Este es el problema ya que, según las diferentes leyes de protección de datos, entre ellas la

española o el propio reglamento europeo, *"no se pueden detallar específicamente los verdaderos motivos"* que han llevado al despido o dimisión del trabajador en informes escritos o en las bases de datos, aunque, a nivel del régimen interior se hagan constar en sus propios registros. MSF o Acción contra el Hambre utilizan sistemas de detallar que el despido fue *"por una violación del código" o "motivos graves"*, añadiendo que, *"no pueden entrar en más detalles por la protección de datos"*. Acción contra el Hambre cree que esto debería bastar para que frente a *"notificaciones de este estilo, ninguna otra ONG pueda contratarle, porque los códigos recogen los comportamientos más básicos"*.

Pero la verdad es que no hay un sistema por el cual se evite que se contraten trabajadores de una ONG involucrados en acoso o abuso sexual por otra ONG. Esto ha hecho que Oxfarm-Intermón quieren buscar un sistema para eludir que *"los perpetradores continúen trabajando en un sector dedicado a las personas vulnerables" y dan entrada a "cambios regulatorios" desde la administración*³²⁵.

2. La misión ante la sospecha o evidencia de la comisión de delitos internacionales del cuerpo humano

En el capítulo anterior hemos descrito las actitudes concretas que la FC tiene, y opina que debe tener, frente a una serie de actuaciones comunes que se viven en una ONG a diario. Ahora en este nuevo apartado nos referiremos a las *obligaciones ineludibles* que tienen las instituciones humanitarias, basándonos en la experiencia de la FC. Entre ellas están las situaciones comprometidas que, de una manera directa o indirecta, se pueden presentar durante una misión humanitaria, y que afectan muy directamente a la integridad y respeto del ser humano según el DI. Sea cual fuese la misión específica de una ONG, esta tiene la obligación de reportar todas las sospechas o evidencias de vulneración de los Derechos Humanos en materias de tortura, mutilación corporal, tráfico de órganos, racismo o xenofobia, entre otros.

³²⁵https://www.eldiario.es/desalambre/luchan-ong-evitar-misiones-humanitarias_12792753.html

2.1. Actos de tortura

Podemos definir la tortura como *la utilización voluntaria de la violencia para infligir un sufrimiento a un ser humano*. La Convención contra la tortura y otras lesiones o tratamientos inhumanos, humillantes o deshonrosos en su artículo primero de la tortura³²⁶ lo define como: *“todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas”*.

La tortura afecta a la integridad de las personas tanto física como psicosocialmente y está prohibida por el Derecho Internacional de los Derechos del hombre y el Derecho Internacional Humanitario (DIH) y ha sido condenada en diversas convenciones internacionales. Esta interdicción es absoluta y sin excepción alguna, incluso en las situaciones de peligro público y/o de guerra sin justificación posible de su uso. Cualquier tipo de tortura, tanto los malos tratos como la violencia sexual, no están autorizados en muchos países³²⁷.

El Derecho internacional (DI) impone a los Estados “averiguar las sospechas de tortura y de sancionar a los responsables”. También prevé que las víctimas de actos de tortura deben ser reparadas y disponer de los recursos ejecutorios para solicitar una indemnización equitativa y adecuada, al restablecimiento de sus derechos, y a una rehabilitación lo más completa posible³²⁸. Por eso, después de la II Guerra Mundial la tortura fue prohibida como uno de los derechos fundamentales más absolutos y

³²⁶United Nations. Human Rights. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 39/46 of 10 December 1984 entry into force 26 June 1987, in accordance with article 27; Part I (Article 1).

³²⁷RASMUSSEN O V., HELWEG-LARSEN K., KELSTRUP J., CARLÉ P., REHOF L.A. The medical component in fact-finding missions. *Dan Med Bull.* 1990; 37 (4):371-4.

³²⁸Ibid.

protegida por las diversas Convenciones Internacionales de protección de los derechos del hombre³²⁹.

Las ONGs de carácter humanitario son las que más han luchado contra la práctica de la tortura, ya que durante el desarrollo de una STMMI, sus miembros cooperantes pueden encontrar casos evidentes de pacientes que han sufrido torturas y que acuden a los médicos visitantes para ser tratados por ellos, siendo los testigos más evidentes de estas agresiones ya que su capacidad de explorar y observar al paciente les lleva a descubrir los impactos de las transgresiones de los derechos humanos sobre la salud humana. Un ejemplo evidente de ello es el caso de una paciente femenina que acude por lumbalgias bajas atípicas o una disuria sin infección urinaria lo que sugiere que ha habido un abuso sexual. Las cefaleas persistentes pueden representar una secuela post-conmocional, todo ello debe ser tratado según la complejidad de las torturas³³⁰. Es un hecho que los pacientes tienen derecho siempre a la asistencia médica, pero se presenta un dilema cuando un médico observa un caso de tortura y se plantea si debe denunciar este acto de tortura según el DI o, por el contrario, silenciarlo haciéndose cómplice de esta evidencia de tortura.

Las ONGs humanitarias tienen la obligación de comunicar los hechos detectados a los encargados de la STMMI y según estos, los que deben informar de su hallazgo, y ocupándose de la gestión de estos actos de tortura, buscando las personas adecuadas, con experiencia, para gestionar esta situación, usando la confidencialidad, la imparcialidad y la discreción de forma rigurosa para las propias víctimas recogiendo todas las informaciones relativas a los hechos y las alegaciones de tortura³³¹.

Desde la FC, insistimos en que a partir del momento que haya una sospecha de tortura, se deben buscar las pruebas adecuadas en las víctimas explotadas, siguiendo el camino que se crea oportuno, de acuerdo con los derechos del hombre y el proceso jurídico e institucional de los derechos del ser humano aplicable en país huésped. Esto nos permitirá no ir contra las leyes locales y evitar que se conviertan en una trampa para la ONG, por lo que la colaboración mutua entre los cooperantes y los componentes locales es esencial. Las víctimas y los cooperantes de la ONG tienen que tener la posibilidad de hablar el mismo idioma entre ellos para entenderse, en el caso

³²⁹Amnesty International. "Combattre la torture". Manuel pour l'action. Déclaration universelle des droits de l'homme, article 5. Editions Francophones. 2004.

³³⁰AMRIS S., BLAAUW M., DANIELSEN M., RASMUSSEN O V. L'examen médical physique des victimes de torture présumées. Guide pratique du Protocole d'Istanbul : à l'intention des médecins. *International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)*. Danemark.2009

³³¹REYES H. Doctors in prison: documenting torture in detention. *Torture*.2008; 18(39):179-82.

contrario se les debe proporcionar un intérprete que sea independiente, profesionalmente transparente, para no intimidar a las víctimas, y a ser posible, del mismo sexo que la víctima, para que se encuentre más cómoda, procurando que el vocabulario sea comprensible.

The OHCHR, the Asia Pacific Forum and the Association for the Prevention of Torture have published a new practical guide and interactive CD Rom, entitled 'Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions'³³².

A pesar de todo esto, el término «tortura» debe evitarse, y sustituirla por otras expresiones como las de «antecedentes de traumatismos múltiples o similares». Se dan casos en que las víctimas sufren tortura y las autoridades no les creen, aunque sea evidente³³³.

Necesidad de un examen físico

Como hemos mencionado, los médicos de la STMMI pueden ser los testigos de las torturas, pero es fundamental un examen físico en profundidad para descubrir las lesiones sufridas por los torturados³³⁴. Aunque sea incómodo, es un paso que debe hacerse. El papel de los profesionales de la STMMI es triple: cuidar y reparar las lesiones producidas, sensibilizar para que este tipo de lesiones desaparezcan y prevenir las complicaciones médicas.

No hay evidencia, aunque es muy posible, que la tortura deje un impacto psicológico además del físico, por lo que el médico puede actuar como un buen terapeuta. Las lesiones de carácter físico suelen afectar a las extremidades inferiores, cuerpo, espalda o pueden hacerlo sobre los demás órganos y sistemas del organismo. Sin embargo, las psíquicas son las más destructivas³³⁵. A este respecto el *Protocolo de Estambul* contiene el primer conjunto de estándares reconocidos sobre el plan internacional para el examen, la encuesta y la aplicación eficaz de los informes médicos en el marco de las defensas de torturas y trato cruel. Muy frecuentemente se da la circunstancia que las víctimas de estos tratos viven en condiciones muy precarias, y su acceso a los sistemas de atención médica y/o legal o estos son difíciles o inexistentes³³⁶.

³³²Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions. United Nations.OHCHR.2010.

³³³REYES H. Doctors in prison: documenting torture in detention. *Op. Cit.*

³³⁴POUNDER DJ. The medical contribution to assessing allegations of torture in international fact-finding missions. *Forensic Sci Int.* 2011; 208 (1-3): 143-8. doi: 10.1016/j.forsciint.2010.11.019.

³³⁵REYES H. Doctors in prison: documenting torture in detention. *Op. Cit.*

³³⁶Ibid.

A medida que evoluciona el examen clínico se irá informando a la víctima y se le solicitará permiso para la realización de fotografías de las lesiones que apoyen la reclamación del torturado y en ellas se mostrarán las regiones anatómicas afectadas, así como la fecha en que se tomaron dichas imágenes. El examen médico debe incluir toda la superficie corporal a fin de detectar eventuales signos de enfermedades cutáneas que sean lesiones consecutivas a una tortura o por el contrario dejar constancia de que no hay relación alguna. En otros casos las lesiones halladas son el resultado de los efectos psíquicos que se manifiestan como afecciones cutáneas o agravación de estas, ya preexistentes.

Para hacer una descripción clínica completa de estas se deben incluir detalles tales como: la localización exacta donde se han producido, ayudándose de un esquema anatómico (simétricas o asimétricas), su forma (redondeada, oval, lineal) su talla (con la ayuda de una regla), el color, aspecto (escamosos, costroso, ulcerado, bulloso, necrótico), la periferia (regular o irregular), su demarcación (clara o borrada) y las características de la piel vecina (atrófica, hipertrófica, normal). Ciertos exámenes que se realizan en descripciones de supuestos casos de torturas realizadas por terceras personas pueden mostrar lesiones atípicas, pero que no son la consecuencia directa de ellas, pues, ya existían con anterioridad, tales como queloides, zonas despigmentadas o zonas inflamadas de aspecto crónico o necrótico³³⁷.

Los traumatismos contundentes: suelen dejar moratones o equimosis a su alrededor³³⁸. En las flagelaciones³³⁹ y encadenamientos se aprecian unas lesiones muy evidentes y reconocibles, tales como lesiones lineales asimétricas, de forma curvada o en forma de "raíles"³⁴⁰ indicando una lesión infligida por una tercera persona³⁴¹. Las cicatrices pueden ser hipertróficas rodeadas de una zona estrecha y regular hiperpigmentada que representa equimosis³⁴² o extravasación de sangre bajo la piel o subcutáneamente con el diseño del instrumento castigador ya sea un bastón, palo o látigo³⁴³.

³³⁷REYES H. Doctors in prison: documenting torture in detention. *Op. Cit.*

³³⁸DANIELSEN L. Skin changes after torture. *Torture*. 1992; (Suppl. 1), 27-32

³³⁹FORREST D. M. Examination for the late physical after effects of torture. *J Clin Forensic Med*. 1999; 6 (1):4-13.

³⁴⁰PETERSEN, H. D., & RASMUSSEN, O. V. Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science International* 1992; (53) 97-116

³⁴¹KNIGHT B. The pathology of wounds. *Forensic Pathology*. London:Arnold. 1991.

³⁴²DANIELSEN L. Skin changes after torture. *Op. Cit.* p. 27-32

³⁴³RASMUSSEN O.V. Medical aspects of torture. Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark. *Danish Medical Bulletin*. 1990. 37 Suppl. (1):1-88

Los traumatismos penetrantes: son causados por un instrumento afilado como por ejemplo la utilización de una cuchilla de afeitar, de un cuchillo o de una bayoneta que provocan heridas muy características para su reconocimiento³⁴⁴. En ciertos casos, se pueden descubrir lesiones de las auto mutilaciones, especialmente, cuando estas marcas se encuentran a nivel de las muñecas³⁴⁵.

Las torturas con quemaduras: dejan cicatrices que permiten identificarlas fácilmente. Del mismo modo las quemaduras por cigarrillo sobre la piel se diagnostican por una zona atrófica central con una lesión periférica de quemadura en fase aguda. Las electrocoagulaciones también son fáciles de describir, ya que hay unas úlceras muy características³⁴⁶. La forma de la quemadura describe claramente el instrumento utilizado y su extensión define la cantidad de energía térmica aplicada sobre el torturado. Una lesión por cigarrillo suele ser de unos 5 a 10 mm de diámetro con un centro atrófico y una periferia hiperpigmentada de contornos no muy definidos³⁴⁷.

Las quemaduras eléctricas: que utilizan para torturar armas hipodérmicas de alta tensión³⁴⁸ sus lesiones no se limitan solo a los efectos de los electrodos, sino que se extienden a otras partes del cuerpo dejando lesiones agudas sobre la piel que se diferencian según el instrumento utilizado para provocar las quemaduras ya que la corriente eléctrica escoge las zonas que presentan menos resistencia al paso de esta³⁴⁹.

La tortura eléctrica que se hace con la aplicación de los electrodos en forma de aguja de coser, lo que se llama «Picada», deja lesiones de 1 a 5 mm de diámetro dispuestas en modo lineal agrupadas en zonas con lesiones costrosas de color rojo/ marrón que a veces están rodeadas de un área eritematosa de 1 a 2 mm de largo con bordes irregulares y poco definidos³⁵⁰. Algunas de ellas siguen la dirección lineal de los electrodos aplicados. Otras que miden de 1 a 2 cm de diámetro sobre el pecho son

³⁴⁴DANIELSEN L. Skin changes after torture. *Op. Cit.* p.27-32.

³⁴⁵PETERSEN H. D., RASMUSSEN O. V. Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science International*. 1992; 53 (1): 97-116.

³⁴⁶DANIELSEN L. Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 1982(60):193-209.

³⁴⁷KJÆRSGAARD AR., GENEKKE IK. Torture in Uruguay and Argentina. *Ugesk Læger*. 1977.139(18):1057-9.

³⁴⁸Amnesty International. USA—Cruelty in control? The stun belt and other electro-shock equipment in law enforcement. (Index AMR 51/54/99). London 1999.

³⁴⁹DYHRE-POULSEN P., RASMUSSEN L., RASMUSSEN OV. Undersøgelser af et instrument til elektrisk tortur. Investigation of an instrument of electrical torture. *Ugeskrift for Læger*, 1977; (139):1054-1056.

³⁵⁰RASMUSSEN O.V. Medical aspects of torture. Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark. *Op. Cit.* p.1-88

características en estas torturas ya que afectan a los vasos sanguíneos que hay bajo la lesión eléctrica³⁵¹.

Lesiones sobre el área otorrinolaringológica: Las perforaciones timpánicas son manifestaciones típicas de torturas que se producen al impactar las dos palmas de la mano del torturador sobre el torturado lo que les causa un barotraumatismo, como si fuese una onda de explosión, con consecuencias inmediatas y duraderas sobre la audición³⁵². Kerr describe las consecuencias clínicas de las deflagraciones de Belfast. La sordera neurosensorial que se produce se acompaña de un acúfeno. En los casos moderados ambos pueden desaparecer totalmente en unas horas pero en los casos graves son permanentes. Es frecuente que se produzca una perforación de la membrana timpánica con un aspecto irregular característico con pequeñas sub perforaciones asociadas, a veces, con ruptura de la cadena osicular. El tipo de lesión que afecta la audición se detecta básicamente en las frecuencias más agudas que se puede acompañar pérdida de las frecuencias medias o las llamadas del habla porque en ellas se sitúa la zona de la conversación habitual del ser humano. En ciertos casos la lesión puede sanar en unos 6 meses después³⁵³.

Examen ginecológico: se trata de una exploración muy importante en caso de una violencia sexual. Antes de realizarlo se recomienda recoger las máximas informaciones posibles y preguntar a la víctima si fue consentido o no. Su realización debe hacerse con sumo cuidado evitando desencadenar un nuevo traumatismo psicológico y garantizando la máxima confidencialidad. Es un hecho que las diferencias culturales, religiosas y creencias tradicionales van a influir enormemente sobre este hecho³⁵⁴. El trato dispensado a las víctimas debe ser muy exquisito ya que les puede suponer un nuevo episodio de crisis emocional. Cuando la agredida sexualmente ha sido una mujer, su exploración será mejor que la realice otra persona de su sexo para que se sienta más cómoda, y pueda contar todos los detalles con más libertad que si es un hombre, con la presencia de una tercera persona como testigo del examen³⁵⁵.

³⁵¹DANIELSEN L., KARLSMARK T., Thomsen H.K., Thomsen J.L., Balding L. E. Diagnosis of electrical skin injuries: A review and a description of a case. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1991; (12):222-226.

³⁵²RASMUSSEN O.V. Medical aspects of torture. Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark. *Op. Cit.* p.1-88

³⁵³KERR A.G. Blast injuries to the ear. *Practitioner*, 1978; 221(1325): 677-82

³⁵⁴KANE S. *Working with victims of organized violence from different cultures: A Red Cross and Red Crescent Guide*. Geneva, Switzerland. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 1995.

³⁵⁵REYES H. Doctors in prison: documenting torture in detention. *Op. Cit.*

En este examen no debe faltar incluir las pruebas biológicas de VIH/SIDA, sífilis TPHA/VDRL, Hepatitis B, busca de espermatozoides y el test de embarazo, ya que pueden aportar detalles muy necesarios de conocer. En los otros casos con lesiones múltiples en el cuerpo con signos de traumatismos que puedan afectar a los huesos o a las vísceras, los oportunos exámenes con medios radiográficos se utilizarán convenientemente.

Capítulo muy especial es el que afecta a los niños o niñas de corta edad que no pueden o saben expresarse. Hay que indagar a la familia cercana y descubrir si hay algún miembro directo de la familia o en conexión con ella que pueda ser el agresor.

Cuando el niño o adolescente es agredido, suele contar muy pocas cosas y quedarse muy callado. Será esta una pista para empezar a descubrir todos los detalles para finalmente llegar al agresor.

2.2. *Mutilación genital femenina*

La mutilación genital femenina (MGF) la OMS la define como todos los procedimientos que alteran o lesionan los órganos genitales femeninos, sin una finalidad terapéutica, sobre una base social o cultural. La MGF representa una violación muy grande de la vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres, incluyendo todas sus formas, con diferente extensión anatómica. Las más frecuentes son la escisión (ablación de una parte del clítoris y de los labios menores) representando el 80% de los casos y la llamada infibulación (cierre casi completo del orificio vulvar con o sin escisión del clítoris, dejando apertura para la salida de orina y sangre menstrual).

La OMS ha clasificado las diferentes MGF³⁵⁶ en cuatro categorías:

- Tipo I: escisión del prepucio con o sin escisión de una parte o la totalidad del clítoris.
- Tipo II: escisión del clítoris con la escisión parcial o total de los labios menores.
- Tipo III: escisión de una parte o la totalidad de los órganos genitales externos y sutura de la apertura vaginal (infundibulación).
- Tipo IV: provocación de una retracción y obliteración total de la vagina mediante la introducción de hierbas o sustancias corrosivas con el fin de hacerla impracticable, la elongación de los labios, el piercing o el dry sex.

³⁵⁶WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006.367(9525):1835-1841, doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3).

Estas prácticas tradicionales perjudiciales son realizadas generalmente por comadronas tradicionales, mujeres legitimadas y con poder dentro de sus comunidades³⁵⁷. Estas mujeres, no tienen nociones de higiene, utilizan objetos cortantes o punzantes y, por supuesto, sin anestesia³⁵⁸. La persona mutilada suele perder el conocimiento y están expuestas al riesgo de perder la vida³⁵⁹, por un hecho que tiene solo el fin de completar ciertos rituales que permiten a las niñas formar parte de la sociedad secreta de las mujeres³⁶⁰.

La práctica de las ablaciones femeninas se da en 28 países de África, algunas partes de Asia, Oriente medio, e incluso en ciertos lugares de Europa³⁶¹. Se calcula que 200 millones de mujeres a nivel mundial se las han sometido a la mutilación femenina y se calcula que 8.000 jóvenes y niñas se mutilan cada día³⁶². Sin embargo, es importante destacar que, si bien la práctica está presente en muchos países, la prevalencia varía en función de la pertenencia étnica³⁶³.

En ciertos países ha habido una marcada disminución de esta práctica, como es el caso de Kenia o Burkina Faso, donde se penaliza, pero hay el riesgo de que se realice en las recién nacidas, y así no hay posibilidad de que las niñas o adolescentes lo puedan denunciar³⁶⁴. Al menos el 80% de las mujeres son mutiladas entre los 5 a 14 años³⁶⁵. Si bien la ley brinda un marco jurídico sobre el cual trabajar, y aunque la mayoría de los países africanos han legislado sobre la práctica, las prevalencias prácticamente no han variado.

³⁵⁷KAPLAN A. "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas". *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* (2003), Nº 4. 23-30 FPFE, Madrid.

³⁵⁸YODER PS., KHAN S. Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total. DHS Working Papers. *USAID, Macro International Inc*; 2008, Nº 39. Available from: URL: <http://www.meassure.dhs.com>.

³⁵⁹TOUBIA N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994; 331(11):712-6. doi: 10.1056/NEJM199409153311106.

³⁶⁰SUND J. Female genital mutilation. *Lancet* 2003; 362, Suppl 26-7. DOI:10.1016/S0140-6736(03)15064-7.

³⁶¹Unicef. Female Génital Mutilation: a global concern», 2016, sur https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

³⁶²ANDRO A., Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Popul & Soc* 2007; Nº 438.

³⁶³KAPLAN A. "From Senegambia to Spain: Migration process and social integration". *Monograph Migration: European Journal of International Migration and Ethnic Relations*. (2006), Nº 43/44/45 pp.52-65, EMZ, Berlin.

³⁶⁴Unicef. (2013). Mutilations génitales féminines/excision: aperçu statistique et étude de la dynamique des changements» Editeur : UNICEF. www.unicef.org/french.

³⁶⁵WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006.367(9525):1835-1841, doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3).

Es muy difícil implementar las leyes en comunidades donde la propia policía forma parte de la tradición³⁶⁶. Es evidente, no obstante, que, en los países africanos disminuye la práctica de las MGF, aunque muy lentamente debido al marcado interés por los Derechos Humanos y la concienciación de la civilización mundial.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre de 1989 por la ONU, dispone que los Estados parte deben tomar las medidas necesarias y eficaces para la protección de la infancia de cualquier forma de violencia y lesiones psíquicas, así como tomar las oportunas directrices para eliminar las tradiciones populares que conduzcan a alterar la salud infantil (artículo 19-y 24-3). El artículo 149.2 del Código Penal español prohíbe todas las formas de mutilación de órganos femeninos bajo la pena de prisión. La infracción penal comprende la ejecución de las MGF, la participación y la facilitación, así como la tentativa de su realización con o sin el consentimiento de la víctima. La ONU, con el fin de defender la igualdad de sexos y la protección de la mujer, estima, de entrada, que toda legislación nacional debe reconocer a la MGF como una forma de maltrato infantil, de tal manera que su prevención y penalización beneficiaran a su práctica oculta³⁶⁷.

Gran número de Estados defienden que la MGF constituye una vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres, y muy especialmente de las niñas, una manifestación de discriminación y falta de igualdad entre los sexos³⁶⁸. Las MGF vulneran una serie de principios y normas estándares con respecto a los derechos humanos: los principios de igualdad, el derecho a la vida, (ya que este procedimiento puede conducir a la muerte), el derecho a evitar la tortura, el trato inhumano, el derecho a gozar del estado de salud, el derecho a la integridad física y los derechos de los niños a ser protegidos, y a no ser discriminados según su sexo³⁶⁹.

La práctica persistente de MGF constituye uno de los *Objetivos más importantes del Milenio para el desarrollo* (OMD), concretamente en el tercero punto que hace referencia a “promover la igualdad de sexos y la defensa de la mujer” y en el quinto que

³⁶⁶KAPLAN A., RIBA L., LAYE M., SECKA D., UTZET M., LE-CHARLES M. “Female Genital Mutilation/Cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia”. *Int J Women’s Health*, 2016 (8):103-117. Doi 10.2147/IJWH.S102201.

³⁶⁷Centre virtuel de connaissances pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles <http://www.endvawnow.org/fr/articles/713-elements-fondamentaux-des-lois-et-dispositifs-deprotection-de-lenfance-destines-a-mettre-les-mineures-a-labri-des-mgf.html>

³⁶⁸WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006.367(9525):1835-1841, doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3).

³⁶⁹BEDOYA M.H., KAPLAN A. Mutilaciones Genitales Femeninas: la respuesta del derecho y la política. In: *Publicaciones del CIDOB*, Barcelona. 2003.

defiende “la mejora de la salud Maternal”. La lucha contra las MGF es un proceso complejo y multidimensional por estar involucradas las creencias religiosas, culturales y tradicionales. Las ONGs médicas pueden contribuir enormemente a que esta práctica disminuya y, quizás, en un futuro, sea abolida en los países a los que visitan utilizando los siguientes medios e instrumentos:

- *Instrumentos Jurídicos Internacionales*, tales como las Convenciones contra la tortura, tratamientos inhumanos, degradantes y crueles; Pactos Internacionales relativos a los derechos civiles y políticos; Pacto internacional a los derechos económicos, sociales, y culturales; Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación de las mujeres (CEDAW: *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*); Convención en relación a los derechos de la infancia; Convención en relación a los estatutos de los refugiados y su protocolo relativo a su estatuto. La CEDAW define la discriminación contra la mujer como “... toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga el efecto o propósito de menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, de una base de la igualdad de hombres y mujeres, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en el ámbito político, económico, social, cultural, civil³⁷⁰ o cualquier otro”³⁷¹.
- *Instrumentos jurídicos regionales*: como la Carta africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) y su protocolo relativo a los derechos de las mujeres en África; Carta africana de los derechos y del bienestar de los niños; Convención europea de la salvaguarda de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales; Convenio Interamericano de Derechos Humanos, etc.

Los médicos cooperantes de una STMMI pueden encontrarse con casos en los que se presente una niña o adolescente con dolor intenso, acompañada de crisis de ansiedad, crisis de micciones dolorosas, hemorragias vaginales y en la exploración el hallazgo de una mutilación reciente. En otras ocasiones será una mujer que consulta por tener graves dolores tras la práctica sexual y el médico al hacer la exploración ginecológica descubre señales más que evidentes de cicatrices, queloides y secuelas brutales del

³⁷⁰KAPLAN A., TORAN P., MORENO J., CASTANY M.J., MUÑOZ L. “Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence”. *BioMed Central Health Services Research*, 2009, nº 9, pp. 11.

³⁷¹KHANNA P., KIMMEL Z., KARKARA R. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. UN Entity for gender Equality of Women. <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx>. 2008.

aparato genital femenino que demuestran la existencia de una mutilación femenina³⁷². Los médicos voluntarios deberán discernir en cada situación a qué tipo de mutilación se enfrentan y según ello pedir una exploración más completa, si se considera necesario.

En este momento, cuando se trate de gestionar un caso de MGF se plantea un verdadero dilema³⁷³: denunciar a los padres que han hecho o permitido la mutilación a su hija, proteger a la niña y solicitar que los padres vayan a prisión, o por el contrario ignorar la situación y no hacer nada. La actitud de los cooperantes de la STMMI debe seguir las siguientes normas:

1- En el caso en que el médico sea consciente de la inmediata MGF de una niña, debe actuar con delicadeza y prudencia.

2- El responsable de la misión debe informar de los riesgos que conllevan las MGF a las víctimas o sus familiares responsables.

3- Pedir o solicitar a una persona de confianza en el país huésped que ayude y nos aconseje sobre la estrategia a seguir en estos casos.

4- Los médicos no pueden excusarse en el secreto profesional y deben actuar por el riesgo a una posible muerte. El artículo 223-6 apartado 1 del código penal español castiga la omisión de impedir un crimen o delito contra la integridad corporal, y el artículo 223-6 apartado 2, castiga la omisión de ayuda o no prestar asistencia o ayuda a una persona en peligro³⁷⁴.

El responsable de la misión buscará la oportunidad y la manera de encauzar el problema y se valdrá de las personas adecuadas, con competencia local para evitar la tortura y la MGF ante todos los procedimientos penales. Seguro que habrá situaciones muy complejas y difíciles³⁷⁵. El médico cooperante podrá consultar con el procurador de la República en el Tribunal de Gran Instancia del país o con los servicios sociales y médico-sociales, del departamento materno-infantil o con el departamento de ayuda social para poder hacer una gestión eficaz y eficiente.

³⁷²LALANDE M. Pardon Madame. *Pratiques*.2009;45:39-40.

³⁷³KAPLAN A. "Mutilaciones Genitales Femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género" In Multiculturalidad y Justicia. *Cuadernos de Derecho Judicial, Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Justicia*, Madrid (2002) pp. 197-216

³⁷⁴Código Penal Español. Artículo 223." El que, teniendo a su cargo la custodia de un menor de edad o un persona con discapacidad necesitada de especial protección, no lo presentare a sus padres o guardadores sin justificación para ello, cuando fuere requerido por ellos, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años, sin perjuicio de que los hechos constituyan otro delito más grave"

³⁷⁵AMY JJ. Trauma van de vulva bij het jonge meisje. In Slager E. *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2 009. Haarlem: Dchg; Bruxelles. 2009. Pp.126-31.*

El diálogo con las familias tiene muchos riesgos. No olvidemos que la detección de una MGF en una mujer, adolescente o niña puede evitar otras maniobras parecidas en otros miembros de la familia o en sus entornos próximos. Cuando se hable del tema hay que hacerlo con un lenguaje sencillo y adaptado a las necesidades convenientes ya que las demás posibles víctimas futuras, quizás, no crean estar en riesgo de serlo. La utilización de las funciones de un traductor del idioma o dialecto local puede ayudar, sobre todo si es del sexo femenino y está de acuerdo con nuestras ideas³⁷⁶.

El facultativo que se enfrenta a esta situación deberá ser muy cauto al abordar el tema procurando hacerlo en presencia de los padres de la mujer mutilada, haciéndolo con calma y explicando las razones por las cuales es importante su colaboración, sin juzgar a la víctima ni a su cultura³⁷⁷. Se recomienda utilizar un ritmo tranquilo y dejar que la paciente explique lo ocurrido sobre la mutilación, y cuáles son sus criterios³⁷⁸. A su vez, hacerle ver los criterios de otras culturas y países³⁷⁹.

En este tema es importante que participen varios profesionales de la medicina donde su papel será importante para evitar la MSF. Después se procederá al examen clínico de la paciente para conocer el alcance de esta mutilación. El examen ginecológico se realiza con el uso de un espéculo vaginal previa cobertura de la paciente con paños adecuados para que no se sienta desnuda sobre la mesa de exploraciones. El médico debe mostrarse comprensivo y amable, pero tiene que saber identificar qué tipo de mutilación ha sufrido la paciente, ya sea mutilación simple o infibulación. *La Emisión de un certificado médico* después del examen será importante para las autoridades competentes y de la forma oportuna para que sea eficaz³⁸⁰.

En el caso de que una familia solicite ayuda para su hija que creen que está en riesgo de mutilación, los cooperantes podrán hacer un certificado de no estar mutilada, pero si la niña ya ha sufrido la mutilación, y tiene una hermana o una hija que no lo está, igualmente podrán extender un certificado médico para hacer comprender a los padres que sí permiten hacerla podrán incurrir en un delito penal. El certificado se emite en

³⁷⁶Danish National Board of Health. Teachers (chapitre 6). In Prevention of female circumcision. Albertslund (Denmark): Sund hedsstyrelsens; 2000. p 44-9

³⁷⁷HOROKS M. *Les mutilations sexuelles féminines: vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale*. Université Pierre et Marie Curie. Paris 6: Thèse de Faculté de Médecine. 2008.

³⁷⁸HOROKS M. Parler de l'excision. *Pratiques*. 2009; 45: 36-38.

³⁷⁹LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y., TEMMERMAN M. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynecologists. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008; 13 (2):182-190.

³⁸⁰ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E., CIRBEAU C. «*Excision et Handicap*» (ExH): *Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice*. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH). Rapport final. Paris: Institut National d'Études Démographiques; 2009.

términos de sensibilización contra la mutilación en las zonas de riesgo, y si se cree oportuno se puede solicitar una autorización de hospitalización de la niña o adolescente por razones médicas o humanitarias para protegerle del riesgo³⁸¹.

Sensibilización

*Ante casos de MGF hay que extremar las precauciones. Hay que intentar prevenirla luchando contra las campañas habituales de la MGF con las comunidades defensoras de esta práctica y de las Organizaciones Internacionales, así como explicando las consecuencias nefastas que conllevan*³⁸². Cuantos más movimientos favorables a defender los Derechos de la Mujer se realicen, más información llegará a los ciudadanos de los pueblos donde es una costumbre cultural o religiosa y más se podrá ayudar a su extinción³⁸³.

La Fundación Wassu de la *Universitat Autònoma* de Barcelona UAB, que dirige la Dra. Adriana Kaplan, en Banjul, (Gambia) desde hace 30 años, con una prevalencia del 76%, hace enormes esfuerzos para frenar su práctica desde una transversalidad antropológica³⁸⁴. Se ha desarrollado una metodología pionera, científica y sostenible, a través de la creación de un Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada, con dos bases de investigación y transferencia: una en Gambia y otra en España. Se han realizado dos estudios clínicos³⁸⁵, así como cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y prácticas, tanto a profesionales de la salud como a hombres³⁸⁶. En el primer caso, casi la mitad de estos sanitarios apoyan la MGF porque son parte de la sociedad.

En Egipto, el 80% de las niñas que sufren mutilación lo hacen en centros sanitarios privados. En Gambia un 10% de los médicos practican de forma clandestina la mutilación. Sin olvidar que, en Cataluña, con una población femenina de más de 21.000 mujeres nacidas en países con MGF (Senegal, Gambia, Nigeria, Guinea o Ghana) es la

³⁸¹VERBROUCK C., JASPIS P. *Mutilations génitales féminines et droit d'asile, quelle protection?* Association pour les droits des étrangers. 2009. RDE N° 153. Available from:URL: <http://www.adde.be/index.PHP?>

³⁸²Gams Belgique. Pas d'excision pour ma fille.Geen besnijdenis voor mijn dochter. Dépliant campagne nationale 2008. Bruxelles; 2008.

³⁸³Danish National Board of Health. Teachers (chapitre 6). In *Prevention of female circumcision*. Albertslund (Denmark): Sundhedsstyrelsen; 2000. p 44-9

³⁸⁴KAPLAN A., FORBES M., BONHORE I., UTZET M., MARTÍN M., MAMEH M., CEESAY H. "Female Genital Mutilation/Cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the new-born". *Int J of Women's Health*, 2013, (5): 323-331.

³⁸⁵KAPLAN A., CHAM B., NJIE, L. A., SEIXAS A., BLANCO S.M., UTZET M. "Female Genital Mutilation/Cutting: The secret world of women seen by men". *Obstetrics and Gynecology International*. 2013(925): ID: 643780. Available at: International. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/643780>.

³⁸⁶ KAPLAN A., HECHAVARRÍA S., BERNAL M., Bonhore I. "Knowledge, attitudes and practices on Female Genital Mutilation/Cutting among health care professionals in The Gambia: a multi-ethnic study". *BMC Public Health*, 2013, 13: 851. Available biomedcentral.com/1471-2458/13/851.

comunidad autónoma con mayor colectivo femenino susceptibles de correr el riesgo de ser mutiladas. Se habla de que hay, concretamente, unas 6.000 niñas, entre 0 y 14 años que podrían ser afectadas en breve. Cataluña tiene un protocolo contra la MSF aprobado en 2002, en el que participan médicos, trabajadores sociales, policías y voluntarios. Paralelamente se está haciendo un estudio denominado “*Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*” por el Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE) con una estimación del número de niñas que podrían sufrir la MSF en cuatro países de la UE, Luxemburgo, Dinamarca, Austria y España³⁸⁷ (Figs.75,76 y 77).

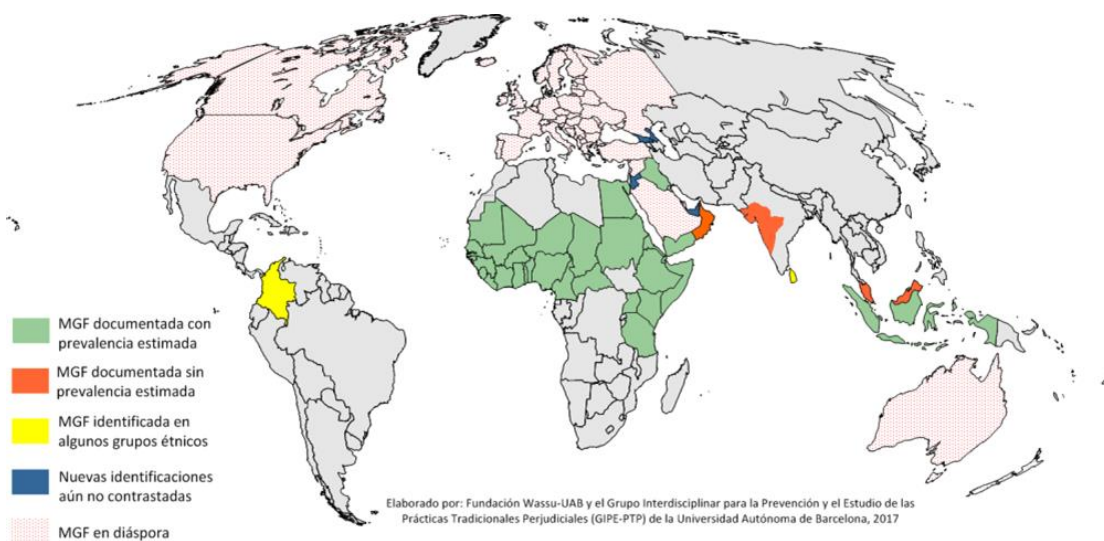


Fig.75. Mapa de la distribución de la MGF en el mundo en 2017, según la Fundación Wassu-UAB.

³⁸⁷Datos obtenidos de: fundacion.wassu@uab.cat

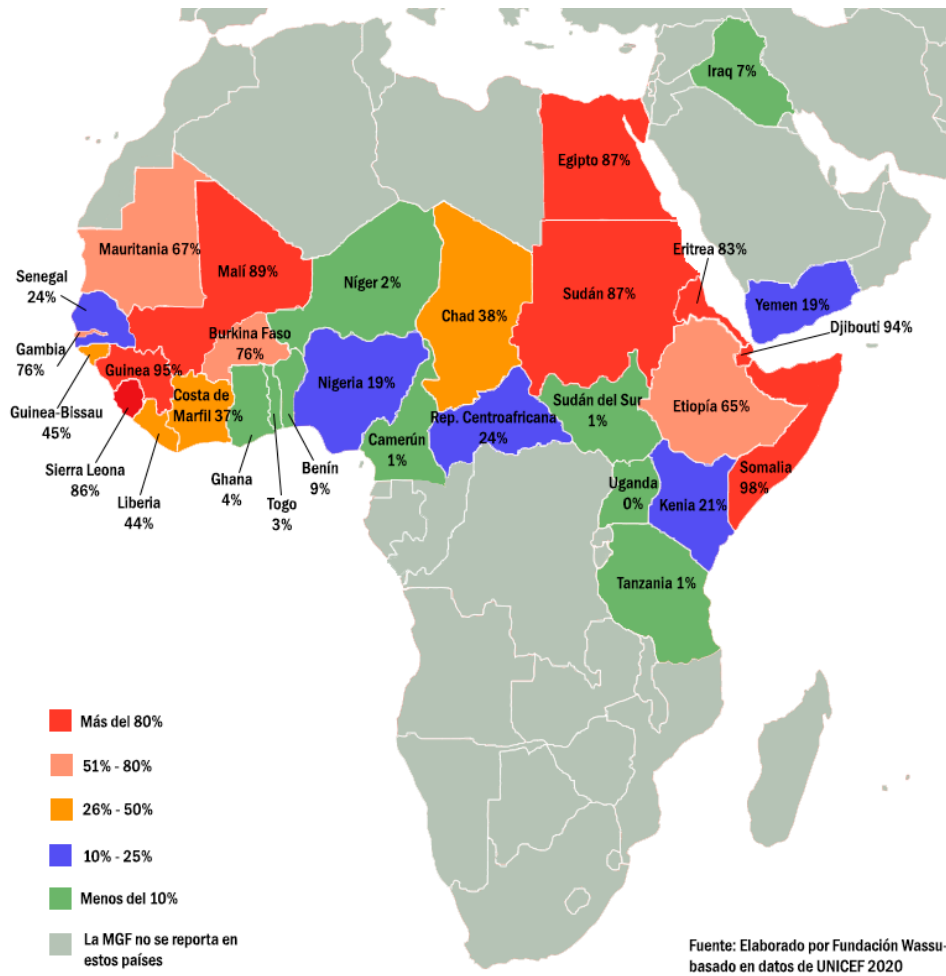
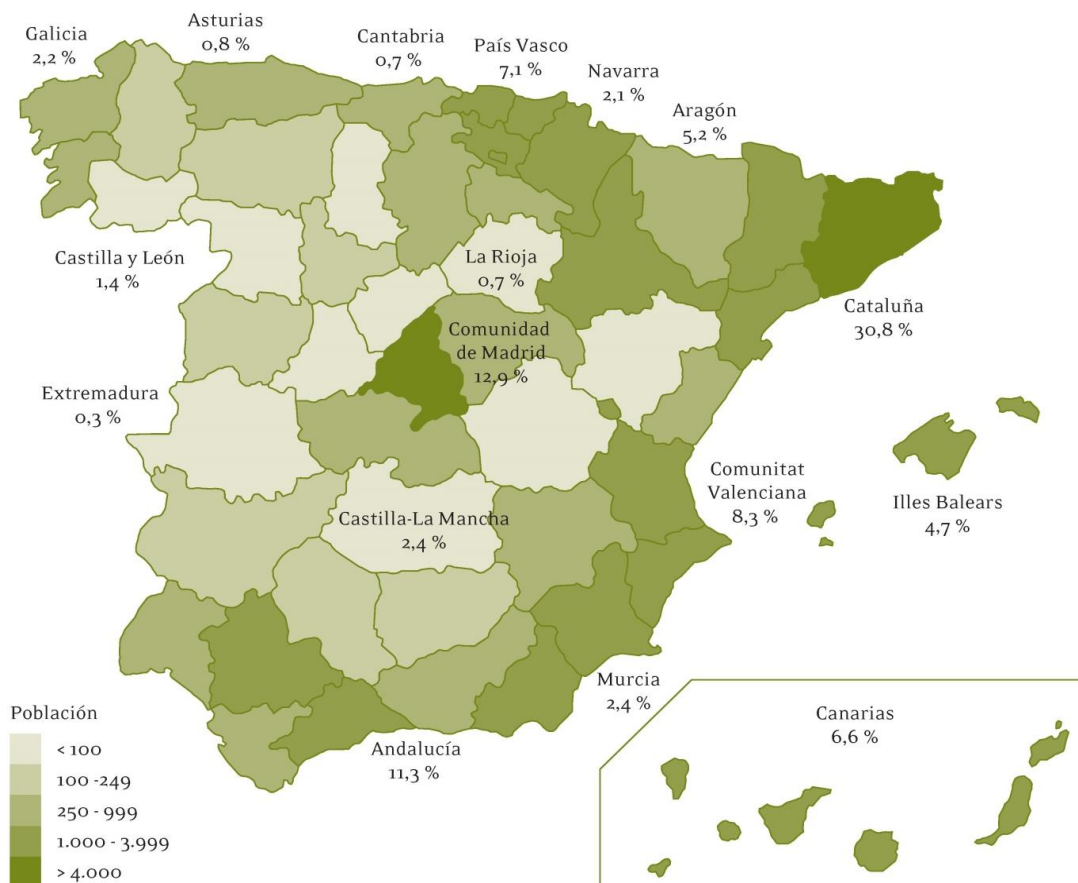


Fig.76. Mapa de distribución de la MGF en África. Basado en datos de UNICEF por la Fundación Wassu-UAB 2020.



Mujeres	
2008: 46.699	
2012: 57.251	+ 41,0 %
2016: 69.086	+ 5,2 %
Niñas (0-14 años)	
2008: 11.227	
2012: 18.461	+ 64,4 %
2016: 18.396	- 0,4 %

País	Mujeres	Niñas
Nigeria	19.248	5.116
Senegal	15.180	4.092
Gambia	5.385	1.576
Guinea	4.555	1.024
Ghana	4.318	1.179

Fig.77. Mapa de la distribución de la MGF en España, por comunidades autónomas. (2016). Según la Fundación Wassu-UAB.

2.3. Tráfico de órganos

El tráfico de órganos se puede definir como la obtención, recogida o transferencia ilegal, de personas u órganos, por medios que implican coerción, fraude, abuso de poder sobre personas vulnerables, con el objetivo de obtener órganos, tejidos o células para la trasplante. Se trata de un ejercicio ilegal con la comercialización de los mismos mediante su obtención en una persona viva o recientemente fallecida a veces en

dudosas circunstancias, para su trasplante en otro ser vivo. Se calcula que se realizan unos 10.000 trasplantes ilícitos anualmente en todo el mundo. Según la OMS estas prácticas ilegales aportan más de 1.000 millones de euros de beneficios a los traficantes con el perjuicio de las poblaciones afectadas que suelen ser las más pobres de los países pobres³⁸⁸. Debemos incluir aquí también el tráfico de tejidos o células con la misma finalidad comercial. El trasplante de un órgano de un cuerpo a otro es muchas veces la única solución que tiene un paciente con una insuficiencia funcional, en estado final, de uno de sus órganos. La OMS estima que un 5% a 10% de los trasplantes humanos que se realizan en el mundo lo son como fruto del comercio internacional ilegal de órganos³⁸⁹.

Hay que diferenciar entre el tráfico de órganos con la donación de órganos o tejidos que un voluntario realiza de modo filantrópico a un ser humano enfermo que se encuentra en una lista de espera para permitirle mejorar su calidad de vida u ofrecerle una segunda vida³⁹⁰. Se considera que España encabeza a los países donantes, especialmente de riñón, hígado, páncreas, pulmones, intestino, córnea etc³⁹¹. Por otro lado, China, India, Pakistán, Egipto, Libia, Brasil, Filipinas, Moldavia o Rumania son los países donde el tráfico de órganos es más importante³⁹². De modo general se considera que el tráfico de órganos humanos se refiere a su obtención de donantes vivos o fallecidos con el objetivo de un trasplante a otros seres humanos, pero sin el libre consentimiento y claro de un ser viviente o de un fallecido sin autorización expresa del mismo, con una finalidad financiera. En estos casos, el Derecho Internacional lo considera un crimen ya que se trata de obtener un órgano sin el permiso del vivo forzado o del muerto violado, sin el consentimiento de la familia o expreso deseo del vivo o fallecido, violando los derechos humanos fundamentales y creando una vulneración de salud pública³⁹³.

Entre los instrumentos jurídicos internacionales e instituciones que disponemos en esta materia, se pueden citar las siguientes: La Convención del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y de la biomedicina, y de su protocolo adicional en relación a los

³⁸⁸<https://www.planetoscope.com/Le-corps-humain/1876-traffic-d-organes-humains-dans-le-monde.html>

³⁸⁹DOMÍNGUEZ-GIL B. *Luchar contra el tráfico*. Organización Nacional de Trasplantes Madrid, Spain. *Prácticas*. 2018 (80): 20-21.

³⁹⁰SCHAPPER-HUGHES N. «The Ultimate Commodity» *The Lancet*. 2005, 366 (9494):1349-1350.

³⁹¹DANOVITCH GM., CHAPMAN J., CAPRON AM et al. Organ trafficking and transplant tourism: the role of global professional ethical standards—the 2008, Declaration of Istanbul. *Transplantation* 2013; 95 (11):1306-12.

³⁹²SCHAPPER-HUGHES N. «The Ultimate Commodity» *Op. Cit.* p.1349-1350.

³⁹³DOMÍNGUEZ-GIL B. *Luchar contra el tráfico*. *Op. Cit.* 20-21.

trasplantes de órganos tejidos humanos; la Convención del Consejo Europeo sobre la lucha contra el maltrato de los seres humanos; los Principios de la OMS sobre los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos; la Declaración de Estambul contra el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes; el Estudio conjunto del Consejo de Europa y de las Naciones Unidas sobre “el tráfico de Órganos, de tejidos y células y el tratado de los seres humanos sobre la obtención de órganos”³⁹⁴.

La Declaración de Estambul deja claro que *el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes* deben ser prohibidos por vulnerar la dignidad humana. La misma Declaración establece que el mercado de órganos conduce a que sus beneficiarios económicos lo estimulen al máximo con fines lucrativos. Las leyes de bioética revisadas en julio 2011 completan el sistema legislativo. Los principios generales estipulan que cada persona tiene derecho a que se respete su cuerpo, ya que el cuerpo es inviolable, y que las partes de su cuerpo no pueden ser objeto de una mercancía ilegal³⁹⁵. Para los infractores de este derecho existe en España un castigo previsto de 7 años de reclusión y el pago de 100.000 euros para la remuneración de un órgano extirpado a un ser vivo. En el caso de una extirpación con fines científicos la pena se estima en 2 años y 300.000 euros.

Respecto a las *formas de tráfico de órganos*, estas son diversas y complejas. Una de las más expandidas es el llamado “turismo de trasplante”, en el que los donantes se desplazan a centros médicos de países en que se realiza esta práctica, y se tramitan las donaciones ilegales con el pago a los donantes y su comercialización al necesitado del órgano en cuestión. Otra forma es la comercialización ilegal de dichos elementos humanos, exportando el órgano al lugar de su nueva inserción. Con la ayuda de Internet el vendedor y el comprador pueden negociar de una forma privada esta transacción y colocar el órgano en el mercado internacional de otro país. Las empresas que se dedican a ello buscan a ambas partes para que se pongan de acuerdo mientras que ellas tramitan la exportación del órgano al extranjero de una manera exitosa³⁹⁶.

³⁹⁴Nations Unies. Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée et protocoles s’y rapportant. New York: Nations Unies, 2004:42-3.

³⁹⁵Organisation Mondiale de la Santé. Principes directeurs de l’OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d’organes humains. [www.who.int/entity/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22 fr.pdf](http://www.who.int/entity/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22_fr.pdf).

³⁹⁶MARTIN D., RITE R. *Online solicitation of organ donors: an analysis of a living donor online forum: preliminary findings*. 2013-ISODP 2013. Congress The Transplantation Society.

Situaciones para descubrir el tráfico de órganos:

Durante una STMMI sus componentes pueden casualmente descubrir pacientes con una gran cicatriz en la región lumbar lo que puede hacer suponer que se le ha practicado una lobotomía para extirpar un riñón. Ante esta situación el interrogatorio debe dirigirse a aclarar el motivo de tal sospecha, y en caso de que existan indicios claros, intentar descubrir la red mafiosa en la que se ha actuado. En otras ocasiones se puede detectar en un cuerpo de un adulto o niño, sin vida, una burda sutura del tórax y/o abdomen lo que puede hacer sospechar que este cuerpo ha sido eviscerado, ya sea en vida o muerte y hay que hacer el seguimiento con las autoridades responsables del país.

Los componentes de la STMMI son profesionales muy importantes para poder jugar un importante papel en la vigilancia de estas prácticas ilegales e intentar frenar estas actividades en los países con escaso control de estas prácticas. Hay que ser prudentes y pensar que, en algunos lugares, la corrupción puede incluir a los cuerpos de la policía y ciertos políticos, administrativos o funcionarios. Así las cosas, el responsable de la STMMI deberá comunicar estos hallazgos a los responsables locales y generales para impedir estas ilegalidades y detener a los responsables. Para estos voluntarios no debe existir el secreto médico y, por lo tanto, realizar los trámites adecuados ya sean penales o judiciales, e intentar detener a los responsables. El propio director de la misión se involucrará con las autoridades locales para aclarar la identidad de las agencias que trafican con los cuerpos humanos e informar a los pacientes de que su colaboración es importante para este objetivo³⁹⁷.

Motivos del tráfico de órganos:

El mercadeo de órganos es un negocio inquietante en África. Hay dos motivos que explican este tráfico ilegal³⁹⁸. Uno es que para una persona pobre no instruida o endeudada por un préstamo con escasas posibilidades de poderlo devolver, ven la posibilidad de resarcirse económicamente vendiendo sus riñones³⁹⁹. Es una forma de recuperarse de modo fácil y rápido⁴⁰⁰. La segunda es la de un paciente con insuficiencia de una parte de su cuerpo que le va a limitar la vida y necesita un trasplante, pero observa que no le llega el turno para ser trasplantado, entonces decide él o su familia

³⁹⁷DOMÍNGUEZ-GIL B. *Luchar contra el tráfico*. Op. Cit p. 20-21.

³⁹⁸SCHAPPER-HUGHES N. «*The Ultimate Commodity*» Op. Cit. p. 1349-1350.

³⁹⁹KIMBRELL A. (1993) *The Human Body Shop: The Engineering and Marketing of Life.*, 1st edition. Editorial HarperCollins, New York.

⁴⁰⁰WHITEHEAD J. «The Harvest: Human Organs and Human Security», *Human Security Journal*, 2008;(6): 18-32.

adquirir un órgano en el mercado negro. Estas son las dos situaciones dramáticas y delicadas que inclinan a participar en un intercambio fraudulento e ilegal⁴⁰¹.

Prevención

Se ha establecido un sistema de medidas para controlar que no se realicen las extracciones ilegales de órganos en los vivos en los que se definen perfectamente sus protocolos. La existencia de un comité de expertos debe controlar y dar las autorizaciones convenientes para tales prácticas de forma legal⁴⁰².

2.4. Racismo o xenofobia

El racismo existe desde hace muchos años, y ha servido para justificar la segregación y la esclavitud durante un largo periodo de tiempo en todos los continentes del mundo. En realidad, detrás de este término, se esconden una serie de conceptos o denominaciones para las diferentes razas de la humanidad tales como esclavitud, colonialismo, segregación, genocidio, etc., que conducen a comportamientos humanos abusivos, por parte de unos que encuentran su justificación en las diferencias raciales, sobre los otros⁴⁰³.

Se puede definir mediante dos conceptos o definiciones. Uno, en sentido estricto, como *la ideología basada en la creencia de que existe una jerarquía entre los diferentes grupos de seres humanos, las llamadas "razas" y el comportamiento inspirado por esta percepción de los seres humanos*. Y la otra, en el sentido amplio del término, como *una actitud de hostilidad reiterada de considerar la existencia de una raza dominante y superior basada en las diferencias biológicas, reales o no, de sus diferentes aspectos étnicos, religiosos o físicos*.

Un acto de racismo se da cuando se cumplen los tres siguientes criterios: *Categorizar* un grupo y generalizarlo a todos; *Jerarquizar* a este grupo dándole los criterios específicos de evaluar positivamente a las personas racistas y negativamente a las víctimas, y *Discriminar* a las personas que se incluyen en este grupo para tratarlos de forma desigual a los pertenecientes a este grupo definido⁴⁰⁴. Estos tres criterios

⁴⁰¹SCHWEDA M., SCHICKTANZ S. «The "Spare Parts Person" Conceptions of the Human Body and their Implications for Public Attitudes towards Organ Donation and Organ Sale», *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2009, 4(1): 4-14. doi: 10.1186/1747-5341-4-4.

⁴⁰²Organisation Mondiale de la Santé. Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. www.who.int/entity/transplantation/Guiding_Principles_Transplantation_WHA_63.22_fr.pdf

⁴⁰³WIEVIORKA M. *Le racisme, une introduction*. Essais. Éditeur: La Découverte/Poche. Paris. 2014.

⁴⁰⁴MEMMI A. *Le Racisme: description, définition, traitement*. Éditorial Idées Gallimard, 220 pags. 1982.

permiten a las personas racistas justificar el hecho de rebajar, maltratar y aplicar violencia e incluso, exterminar, con actos de genocidio, a todas aquellas personas que se les cataloga como seres inferiores. De este modo, el racismo no es ni más ni menos que el poder afirmar, directa o indirectamente, que un grupo determinado es superior a otro, basándose en las diferentes características físicas, genéticas o biológicas de su raza⁴⁰⁵.

Se considera al racismo, la discriminación social y la xenofobia como una manifestación socio-cultural y política. Es una tendencia natural de los humanos que puede llevar a despertar guerras, provocar situaciones de esclavitud y a la explotación individual o en grupo de los más débiles por los más fuertes con larga tradición histórica. Del punto de vista legislativo ciertas formas de racismo, como las injurias racistas, la difamación racial, la discriminación, son consideradas como delitos en la mayoría de los países. El racismo viola el derecho fundamental de igualdad de los seres humanos y debe ser combatido por todos ya que todas las clases tienen derecho a ser respetadas por encima de su aspecto físico, cultural, étnico o de su religión. Tanto es así que en Suiza se considera un acto de condena penal aprobado por la ley antirracista de 1994 (art. 261 bis Código penal), que puede ser castigado con multa o prisión⁴⁰⁶. La UNESCO ha estado a favor de la lucha contra el racismo y la prueba está en la Conferencia Mundial contra la diferencia de razas, discriminación social, xenofobia y la intolerancia de todos ellos con las declaraciones de Durban en 2001⁴⁰⁷.

La legislación francesa condena el racismo por la Ley del 1 de julio de 1972 relacionada con la defensa contra el racismo; La ley del 13 de julio de 1990 de la represión de todo acto de racismo, antisemitismo o xenofobia; La ley N° 2003-88 del 3 febrero de 2003 prevé la agravación de las penas a los infractores de racismo, antisemitismo o xenofobia que va de 8 días a tres años de prisión y de 45.000 € de multa y de 5 años y 75.000 € de multa⁴⁰⁸.

Hay diferentes formas de racismo. Por ejemplo, debemos citar: el *Antisemitismo*, que es una forma de racismo desde hace muchos años dirigido contra los judíos a nivel mundial⁴⁰⁹. Basado en el criterio religioso de esta comunidad que en su forma extrema

⁴⁰⁵MEMMI A. *Le Racisme: description, définition, traitement. Op. Cit.* p 220.

⁴⁰⁶MELIN-SOPUCRAMANIEN F., POTIER F. (2019) *Contre le racisme et l'antisémitisme*. Ed. Dalloz. Collection «A Savoir».

⁴⁰⁷OSCE et Unesco. *Prévenir l'antisémitisme par l'éducation*, Paris, 2018, p.20-26 (disponible en ligne: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366592>).

⁴⁰⁸Ibid.

⁴⁰⁹TAGUIEFF PA. *L'Antisémitisme*. Coll. PUF "Que sais-je? 2015.

lleva al exterminio de los judíos como culpables de lo que acontece a todo el mundo⁴¹⁰. *El Islamismo*, que comporta sentimientos negativos o actitud xenofóbica contra los seguidores del Islam con formas específicas contra árabes o magrebíes. Se traduce como un miedo por los comportamientos de los actos de discriminación o manifestaciones violentas de los musulmanes⁴¹¹. Esta forma de racismo se intensificó debido a los hechos del 11 de septiembre de 2001 con los ataques del *World Trade Center* por el grupo terrorista *Al Qaeda*, y más recientemente por los hechos ocurridos en las reivindicaciones por la organización terrorista del *Estado Islámico*. *El racismo antiárabe* es una forma de racismo con fobia hacia la religión musulmana bajo dos formas; una contra las personas y la otra contra la religión propiamente dicha. Así se observa la tendencia generalizada a asociar a todos los árabes (o los que parecen árabes) con una actitud anti musulmana o antiárabe⁴¹². *La cristianofobia o anticristianismo* por similitud semántica milita con los conceptos aplicados al antisemitismo o islamofobia, es decir la persecución de los cristianos o a todos aquellos que practican las diversas religiones cristianas con el propósito de hacer de los cristianos sus víctimas, como está ocurriendo con los ataques terroristas a las iglesias cristianas⁴¹³.

El racismo contra los *negros* es una forma especial que se aplica por intolerancia a la raza de color, realizando una conducta que consiste en despreciarles basándose simplemente en su color de la piel y aspecto físico⁴¹⁴. También existe un racismo hacia los blancos o un racismo entre los negros basado en los diferentes tipos de coloración que tienen, tales como *negro con tinte claro*, *negro azulado*, *negro color miel* o *negro medio blanco*, que son las diferentes denominaciones con las que se distinguen entre ellos⁴¹⁵. El vocablo *Negro* desencadena históricamente violencia en todo el mundo por asociar la violencia y criminalidad a este colectivo de color, aunque los negros que cometen los delitos solo afectan a un pequeño colectivo, aunque ellos mismos son conscientes de la existencia de este racismo a los negros. El racismo contra el blanco se trata de un fenómeno llamado "*racismo a la inversa*"⁴¹⁶. Es pues un hecho que la

⁴¹⁰MELIN-SOPUCRAMANIAN F., POTIER F. *Contre le racisme et l'antisémitisme*. Ed. Dalloz. Collection «A Savoir». 2019.

⁴¹¹HAJJAT A., MOHAMMED M. *Islamophobie. Comment les élites françaises fabriquent le «Problème Musulman»* Editions La Découverte/Poche, Paris. 2013.

⁴¹²MEMMI A. *Le Racisme: description, définition, traitement*. Op. Cit. p 220.

⁴¹³WIEVIORKA M. *Le racisme, une introduction*. Essais. Op. Cit.

⁴¹⁴MEMMI A. *Le Racisme: description, définition, traitement*. Op. Cit. p 220.

⁴¹⁵WIEVIORKA M. *Le racisme, une introduction*. Essais. Op. Cit.

⁴¹⁶CHARRIERAS D. *De quelle couleur sont les blancs: Des «Petits Blancs» des colonies au «Racisme anti-Blancs»*, Paris, La Découverte, coll. «Cahiers libres», 2013. 300 p.

fobia hacia los blancos existe y que debe ser condenado como las otras formas de racismo⁴¹⁷.

La xenofobia es la hostilidad mostrada a los extranjeros, considerándoles como no pertenecientes al clan ya sea porque vienen de otros países o simplemente de otros poblados o grupos étnicos. Suelen activarse en situaciones de crisis económicas⁴¹⁸. La *xenofobia* es una de las consecuencias de la manipulación de los sentimientos del individuo contra aquellos que vienen de otro lugar con diferentes culturas, tradiciones o comportamientos de personas no integradas a las comunidades que les acogen y por ello se rebotan contra ellos⁴¹⁹.

Los motivos por los que una persona o colectivo de personas se vuelven racistas son múltiples siendo de tipo socioeconómicas, psicosociales, históricos o políticos. De un modo general podríamos decir que hoy, el racismo, no se basa solo en la creencia de que hay una raza superior y otros inferiores, sino que hay otros y más profundos motivos que son de difícil comprensión⁴²⁰. La lucha y prevención contra el racismo es una de las misiones que tienen los profesionales de las ONGs que actúan en las misiones médicas y que tienen la posibilidad de detectarlo y comprobarlo. En los casos en los que se aprecien actos de racismo, en todas sus formas, se deben combatir con las armas que estén al alcance ya que son hechos inadmisibles por ley.

El reconocimiento de un acto de racismo ya sea en el hospital o en cualquier otro lugar, por gestos físicos, vocabulario o agresiones contra los que tienen una piel diferente⁴²¹, emigrantes, los árabes o los propios judíos debe frenarse. Es inadmisibles tolerar las injurias a personas de diferentes etnias⁴²². La actuación de los miembros de una STMMI debe ser la de prudencia contra la persona que la está cometiendo. Hay que evitar responder con injurias o gestos físicos o las mismas reacciones que ellos hacen. Tan pronto como sea posible se debe notificar al jefe de la misión con el fin de que él decida su actuación.

⁴¹⁷CHARRIERAS D. *Racisme (s)? Retour sur la polémique du « racisme anti-Blancs » en France*. De quelle couleur sont les blancs? (2013), pags 244 à 252.

⁴¹⁸WIEVIORKA M. *Le racisme, une introduction*. Essais. *Op. Cit.*

⁴¹⁹LAZERGES C. *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie*. Rapport CNCDH. La Documentation Française. Edition 2018.

⁴²⁰Les essentiels du rapport 2018 sur la lutte contre le racisme sous toutes ses formes. https://www.cncdh.fr/sites/default/files/essentiels_rapport_racisme_2018_vdef_1.pdf

⁴²¹Conseil de l'Europe. Connexions. Manuel pour la lutte contre les discours de haine en ligne par l'éducation aux droits de l'homme, 2014 (disponible en ligne: <https://rm.coe.int/connexions-edition-revisee-2016/native/16806bdafc>).

⁴²²Les essentiels du rapport 2018 sur la lutte contre le racisme sous toutes ses formes. https://www.cncdh.fr/sites/default/files/essentiels_rapport_racisme_2018_vdef_1.pdf

Las personas que delante de un acto de racismo no defienden al agredido, pueden ser inculpadas por cómplices de los agresores. La ley dice “que quien no ayuda a una persona que está en peligro puede ser condenada por la no actuación de ayuda a otra en peligro”. El responsable de la misión deberá procurar minimizar los hechos, pero protegiendo a los más vulnerables contra los actos de violencia o discriminación⁴²³. Cuando existan testigos se les requerirá para comunicarlo a las fuerzas del orden y hacer que se levante un acta de los hechos ocurridos, dando el nombre del agresor de los hechos de discriminación⁴²⁴.

2.5. *Signos de canibalismo en una STMMI. Mordeduras humanas*

Una de las patologías que nos ha sorprendido mucho en el transcurso de nuestras STMMIs de la FC ha sido la presencia de pacientes con mordeduras producidas a un ser humano por otro congénere en diversos lugares de África. En este contexto hemos podido observar y tratar lesiones traumáticas en la región de la cara y del cuello en pacientes africanos donde hemos actuado con la FC, tales como Senegal, Sudán, Etiopía, Ghana, Kenia, Gabón, Uganda, Camerún, RD de Congo, Cabo Verde, Gambia o Burundi. Esta patología es lo que hemos descrito y publicado como “Facial Human Bites” como fruto de la experiencia de las 115 STMMIs realizadas⁴²⁵.

En un artículo publicado recientemente y para esta tesis doctoral hemos realizado un estudio retrospectivo sobre este tema para ver la incidencia y localización de este tipo de esta patología encontrada durante las misiones humanitarias realizadas por la FC (Tablas VIII y IX).

⁴²³ Vadémécum. Agir contre le racisme et l'antisémitisme. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. RF. Editeur: Dil-Rah. 2020.

⁴²⁴ LAZERGES C. *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie*. Op. Cit.

⁴²⁵ CLAROS P., KONSKA N., CLAROS A. Facial Human Bites. Vision on STMMS in Africa. *Otolaryngol Pol*, 2020;74 (5):31-35. Doi 10.5604/01.3001.0014.1054.

Tabla VIII. Lesiones de mordedura humanas, clasificadas por sexo, sobre un total de 51 pacientes tratados por FC durante las STMMIs

Sexo	Pabellón	Labios	Nariz	Mentón	Mejilla	Párpado	Total
Varón	9	0	4	3	2	2	20
Mujer	4	20	2	2	2	1	31
Total	13	20	6	5	4	3	51

Tabla IX. Tiempo entre la producción de la lesión y acudir a un hospital

SEXO	<12 h	12–24 h	>24 h
Varón	4 (7.84%)	5 (9.80%)	11 (21.57%)
Mujer	2 (3.92%)	5 (9.80%)	24 (47.06%)
Total	6 (11.76%)	10 (19.61%)	35 (68.63%)

La explicación de estas lesiones de tipo “canibalismo” podría ser, porque en momentos y circunstancias determinadas en que las emociones y sentimientos de los seres humanos son altas sucede, que ciertas personas usan sus dientes como arma para atacar o defenderse de un agresor. Las lesiones que producen varían de pequeños cortes a grandes pérdidas de tejidos o la avulsión de una parte de la cara. A este proceso se añaden dos complicaciones frecuentes que se asocian, la infección, la transmisión de enfermedades y la mutilación de la cara del agredido.

Las lesiones por mordeduras humanas y las complicaciones asociadas son un problema común en los países en desarrollo de África. Las heridas de mordeduras, con frecuencia, se sitúan en la cara ya que es la zona más accesible a la vez de más visible. Debido a su ubicación, a menudo comprometen la función y la estética, lo que conduce a desarrollar consecuencias psicológicas al verse mutilado, siendo así un buen castigo. El sistema sociocultural local va a incidir enormemente en la producción de la mayoría de este tipo de lesiones. Las causas que conllevan a esta barbarie varían e incluyen, entre otras, los celos, las envidias, peleas o riñas, conflictos laborales, disputas en matrimonios mono o polígamos, o simplemente desavenencias entre humanos. Estos factores parecen a amplificar por la tensión social y la competencia causada por el hacinamiento, el alcohol y las difíciles condiciones económicas.

Las lesiones más frecuentes que se producen son:

1-sobre el *pabellón auricular* donde la avulsión de la piel deja áreas expuestas de cartílago o avulsiones parciales o totales del mismo. La reconstrucción no siempre es fácil y con frecuencia quedan secuelas estéticas (Fig.78).



Fig. 78 .Lesiones del pabellón por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.

2-Lesiones *sobre la pirámide nasal* que pueden afectar solo a la piel o a esta y al cartílago dejando secuelas graves. (Fig.79) La lesión es muy visible y conlleva el estigma de un castigo de por vida.

3-Lesiones en *labios, mejillas* y diferentes lugares de la cara. (Fig.80) Es mucho más frecuente en mujeres por mordedura de sus maridos o amantes. Se producen como consecuencia de simular un beso y entonces se produce la agresión. La persona queda muy conmovida y no se atreve a ir al hospital. Cuando decide hacerlo la herida ya está infectada y es más difícil de tratar.



Fig.79. Lesiones de la nariz por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.



Fig.80. Lesiones del labio por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.

4-Lesiones en los *párpados* con heridas de laceración y el riesgo de producir afectaciones oculares que precisarán de una rápida reconstrucción con colgajos cutáneos simples o compuestos con cartílago. (Fig.81). El mecanismo de producción es muy similar. En un momento de descuido el agresor se acerca a la víctima para producirle la herida cruenta, aprovechando su descuido o confianza.



Fig.81. Lesiones del párpado por mordedura humana y su reconstrucción quirúrgica.

Como hemos mencionado existe un peligro asociado a estas lesiones que es el riesgo de transmitir enfermedades a través de la saliva. Esta está contaminada con bacterias presentes de forma natural en la boca y otros agentes infecciosos bacterianos o víricos. Se puede dar la transmisión tanto del virus de la hepatitis como del VIH-1, causante del SIDA, riesgo que aumenta cuando hay sangre en la boca de la persona que muerde. Aunque no es frecuente que produzcan tétanos por la transmisión de *Clostridium tetani*, en la literatura se han descrito algunos casos. Las heridas avulsivas requieren un tratamiento especial para conseguir una estética aceptable que no siempre es posible lograr.

En nuestro estudio incluimos solamente 51 casos de heridas por mordedura humana tratadas por nuestro equipo de la FC a lo largo de más de 20 años de experiencia en misiones humanitarias. Cabe destacar que estos datos no muestran la tasa de incidencia real de mordeduras humanas en la población africana. Estas estadísticas solo muestran el número de casos que se presentaron durante las STMMIs de la FC. La duración de nuestras estadias en cada país fue de aproximadamente siete días por misión y llevamos a cabo de cuatro a seis misiones médicas por año en diferentes países. Además, debido a la naturaleza de nuestra ayuda humanitaria, tratamos principalmente a pacientes con heridas más graves, referidas por los departamentos de urgencias de los hospitales locales. Por lo tanto deberíamos pensar que son muchísimas más a lo largo de un año en cada país. Hemos querido dejar claro este concepto pues es una patología que no suele verse en otros países, aunque, hoy en día, con los flujos migratorios se van presentando con mayor incidencia en nuestras civilizaciones.

Como se ha visto en nuestro estudio describimos más casos de lesiones por mordedura en mujeres que en hombres (60,78% vs 39,22%). Esto coincide con la mayoría de las publicaciones revisadas. Este predominio de mujeres puede explicarse por el hecho de que las mujeres utilizan los dientes durante las peleas relacionadas con los celos. El objetivo es el de desfigurar a sus rivales y castigarlos. Suelen ser conflictos matrimoniales mono o polígamos, celos y la infidelidad entre marido y mujer o mujer y co-esposa. Por el contrario, el hombre solo usa este sistema en peleas rivales por asuntos diversos y en su mayoría bajo los efectos del alcohol.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Las Fundaciones que organizan STMMIs deben hacerlo, con carácter general, a la manera de la FC que se rige por el código ético propio de las *Fundaciones catalanas*, que es un contrato que han firmado diferentes y variadas fundaciones catalanas de diferentes campos de actuación. En este código ético se incluyen los rasgos característicos de la identidad de cada una de las fundaciones, sus intereses y su proyecto a largo plazo.

En septiembre de 2020, la Coordinadora Catalana de Fundaciones (CCF) ha impulsado un código de buen gobierno y buenas prácticas, que la FC suscribe en su totalidad. El objetivo del código en cuestión es “facilitar que (las Fundaciones) cumplan, cuando corresponda, las obligaciones de transparencia e información pública establecidas por el *Parlament*. Se trata de un conjunto de normas de actuación, principios éticos y reglas que se han sometido a los miembros de la Coordinadora para conseguir la máxima adhesión del sector, como se ha mencionado y referenciado en el cuerpo de la tesis.

Por su parte, la FC ha adoptado su propio código, el cual recoge los objetivos generales de su forma particular de actuar junto a las orientaciones de la política interna del fundador, miembros de la junta del patronato, gestores del patrimonio y orientación financiera para los usuarios y todos aquellos que avalan su actuación, ya sean donantes privados o públicos procedentes o no de la administración del Estado.

Respecto a la realización de las STMMIs que organiza la FC, este código obliga a los directivos, organizadores, médicos y demás miembros cooperantes a seguir y comprometerse a actuar de forma honrada e íntegra en relación a la administración de los fondos, medios a su alcance e información de sus contactos, tanto dentro como fuera de la institución, para estimular a las personas que intervienen profesionalmente y den tranquilidad moral a los donantes.

En todas las misiones, se designará un líder o jefe de misión, que será el responsable de que se cumplan todas las normas referentes a prestar asistencia a los pacientes que lo necesiten, sin restricción de raza, religión o partido político, así como comprometerse a denunciar toda sospecha de corrupción, tortura, mutilación sexual, explotación, violación, abuso sexual o malos tratos.

Se debe procurar que los beneficios que pueden aportar las diferentes ONGs lleguen allí donde no pueden llegar los estados y así se ha querido hacer desde la FC, realizando las frecuentes *Short Term Medical Missions* con finalidades humanitarias o médicas.

SEGUNDA

Al preparar una STMMI es importante asegurarse de la calidad y profesionalidad del personal que participa en ella, contratar los correspondientes seguros de enfermedad, accidente, repatriación y deceso, indicar las preceptivas pautas de precaución ante el riesgo de contagio de determinadas enfermedades (lavado de manos, desinfección de lugares y material, etcétera) y asegurar que los miembros de la misión han recibido las pautas de vacunación debidas. También es importante estar seguros que la preparación psicológica, física y moral y la conducta personal de todos ellos es la más adecuada.

Es cierto que muchas de las reglas de las que nosotros nos exigimos para la preparación de una STMMI solo, en ocasiones, resultan obligatorias. En efecto, hay países que exigen, para entrar en su territorio, contar obligatoriamente con un seguro de enfermedad o haber recibido determinadas vacunas. Sin embargo en otros no se detalla o exige prácticamente ninguna condición. En ambas situaciones la FC cumple con estas exigencias y establece unas pautas de máxima exigencia.

Es imprescindible también realizar una correcta selección del personal que participará en las misiones; personal que, con carácter general, será voluntario (no asalariado). La FC ha encontrado una buena pauta para esta tarea de selección en documentos de la práctica estadounidense, elaborados bien por ONGs con experiencia, bien adoptados por la propia Administración de los EE.UU.

La realización de los trámites aduaneros y el cumplimiento de las exigencias para el transporte del material y medicamentos vienen impuestos por los Estados implicados en la misión. Las Cámaras de Comercio prestan un importante apoyo a estos efectos, basándose en los denominados Cuadernos ATA (*Admission Temporaire/Temporary Admission*), un documento internacional que facilita la libre circulación de bienes a través de las fronteras y su admisión temporal en las aduanas sin pagar los aranceles e impuestos. Además de facilitar los trámites en las fronteras, el carné ATA sirve como declaración de bienes. El sistema ATA es reconocido por las aduanas de los países que se han adherido al Convenio de Estambul relativo a la importación temporal, de 26 de

junio de 1990. La Unión Europea y los Estados miembros son parte de este sistema, correspondiendo al Consejo de Cooperación Aduanera de la UE su administración y desarrollo, ratificado por España en el Convenio de importación temporal, descrito anteriormente.

TERCERA

Todos los acuerdos y consideraciones que se deban hacer entre las partes proponentes y las receptoras de una STMMI, aunque sea en fase de organización de la misión, es obligado que se hagan coordinadas con los hospitales de acogida y, de ser posible, con las autoridades del país anfitrión. Esta coordinación resultará después imprescindible para el correcto funcionamiento de la misión, ya que durante la misma se pueden vivir situaciones delicadas que pueden representar complicaciones importantes para la ONG. Unas de ellas pueden estar marcadas por los condicionantes de la religión y de las costumbres locales (tales como la selección de los enfermos, trato con la población, enfrentamiento de la población ante la enfermedad y la muerte) que requieren del asesoramiento y el apoyo del personal médico y de la organización sanitaria de la misión y de sus miembros. Desde este punto de vista tiene gran interés la *Declaración de Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial*. Adoptada en Helsinki en 1964 ha sido revisada en diversas ocasiones, la última en 2013, y representa una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

Por lo demás, durante el desarrollo de la misión pueden darse diversas circunstancias - situaciones de corrupción, inestabilidad política – generadoras de riesgo para la misión y su personal. Existen determinados estudios y directrices aprobados de consideración imprescindible. En primer lugar, las directrices para una organización eficaz de una misión médica humanitaria en tiempo de paz (*International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime*) y las “Buenas prácticas sobre gestión de la seguridad operativa en entornos violentos”. La primera fue aprobada por la *Conferencia sobre Misiones Médicas Humanitarias* celebrada en Singapur los días 31 de octubre a 1 de noviembre de 2014, con la participación de 300 delegados procedentes de 17 países (entre los que no se encontraba España); la segunda fue publicada por el *Overseas Development Institute* en 2000 y revisada constantemente.

Pero la preocupación principal de la misión que realiza una ONG es el trato con el paciente. Pueden surgir en este punto situaciones diversas, no queridas: errores de diagnóstico o de tratamiento, incumplimiento de los protocolos de cirugía, etc.; casos de mala praxis resultantes de tratamientos erróneos o de una información insuficiente sobre el paciente, o de negligencia provocada por el escaso nivel de formación de los cooperantes o un conocimiento poco sólido de las enfermedades de la zona o de los protocolos sanitarios del sistema de salud local. Es imprescindible, por lo tanto, contar con un seguro de responsabilidad civil. Esta tendencia viene obligada para todos los médicos por disposiciones de la *Ley General de Sanidad y del Colegio de Médicos de Barcelona*, donde se prevén seguros que cubran la actividad profesional en el exterior. En este orden de cosas, debemos recordar la obligatoria aplicación de las normas de protección de los datos personales (ley española y reglamento de la UE), siendo el dato médico un dato sensible de protección reforzada. La aplicación de esta normativa por las STMMs exige un nivel de flexibilidad para su adaptación a los usos culturales y sociales del país de recepción.

CUARTA

Uno de los problemas que se presentan en una STMMI es la obtención de medicamentos para su uso y evitar el tráfico de medicamentos falsificados, ordenar el precio de los medicamentos, asegurar que los fármacos lleguen a toda la población mundial de forma responsable, etcétera ha sido imprescindible la acción concertada de todos los actores de la vida internacional: ONGs (como Farmamundi o IDA Farmation, cuya labor es vital para la distribución; Drug Bank, en el sector de los descubrimientos y explotación), organismos públicos de diferentes Estados (la red de Instituciones Nacionales de Salud de los Estados Unidos o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), organizaciones internacionales como la Unión Europea (a través fundamentalmente de la Agencia Europea del Medicamento) o incluso la OMS. Ciertamente, se aprecia en este ámbito una acción plural (normativa, de gestión) que abarca todos los ámbitos (producción, precios, distribución, empleo) y acaba por beneficiar a toda la Humanidad.

Por último, la misión puede encontrarse comprometida ante situaciones expresivas de delitos sancionados por el Derecho internacional (convenio contra la tortura, el tráfico de órganos, la mutilación genital femenina). En estas circunstancias y sin ningún tipo de duda o excusa se exige una labor de denuncia que la FC entiende debe hacerse por parte del líder de la misión hacia las autoridades médicas con las que se colabora.

QUINTA

Las STMMs llevadas a cabo por la FC o por otras Fundaciones son actividades individuales, realizadas libremente por particulares. Son resultado de las inquietudes humanitarias de un equipo de profesionales y, como se ha visto, se realizan al margen del Estado. Precisamente con estas misiones se quiere llegar a donde no llegan los Estados.

Con todo, hemos hablado de situaciones que requieren del apoyo de las autoridades estatales. En efecto, cuando tratamos la adquisición o distribución de medicamentos, por ejemplo, o al hablar de las cuestiones de seguridad de la misión y de la eventual repatriación de algún cooperante. En todos estos casos, decíamos, es imprescindible contar con el apoyo de la administración exterior española, en particular, con la red de embajadas y consulados. La notificación a estas autoridades de la llegada de una misión incluso en las fases de preparación forma parte de los protocolos seguidos por la Fundación Clarós. Aunque, gracias a Dios, no ha sido preciso recurrir a los embajadores y cónsules españoles en busca de ayuda para la repatriación de un cooperante o para evacuar los locales de la misión en una situación de riesgo o de violencia, la FC establece contacto (no solo transmite una determinada información) con ellos, consciente de la labor que desempeñan y que trasciende las situaciones señaladas, permitiéndonos en ocasiones entablar contactos con las autoridades políticas o con hospitales del Estado receptor, lo que asegura el éxito de la misión.

SEXTA

Desde un principio se ha procurado que el objetivo de la presente Tesis Doctoral sea en todo momento, notificar la situación real de lo que ocurre en el seno de las ONGs que realizan misiones médicas denominadas STMMs. Muchas de ellas, como la FC, cumplen estrictamente con los protocolos estándares, pero hay otras que por falta de control estricto cometen ciertas irregularidades éticas, conocidas por muchos e ignoradas por otros. La directriz de los estándares del PMQD y los demás puntos mencionados no se cumplen lo suficientemente a la hora de ser aplicados, como debería ser.

Sin ninguna duda hay una gran necesidad de aplicar el Derecho Internacional a las funciones y actividades de las ONGs en el mundo exterior y a la vez, la de un Derecho al Derecho Humanitario en un marco bien establecido y obligatorio de esta noble causa.

Desde esta perspectiva es una obligación elemental establecer las reglas básicas, apuntaladas en la ley vigente, para conseguir la legitimidad de una misión médica con la seguridad de que se hace con respeto y competencia profesional suficiente por parte del personal médico que participa, sin olvidar la preparación adecuada del equipo, el examen cuidadoso previo al despliegue de sus funciones y la evaluación del resultado a largo plazo de las STMMIs.

Estos aspectos replantean los intereses de ambas partes. El derecho a la salud es un Derecho Humanitario elemental, ayudando de forma desinteresadamente a nuestros iguales, asumiendo con devoción, conciencia y altruismo. Hay una frase que deberíamos tener siempre presente que dice *“Querer ayudar no es suficiente, debemos ayudar correctamente”*. Esto quiere decir que lo hemos de hacer mejor y estamos obligados a ello.

SÉPTIMA

El papel de las ONGs médicas en el contexto de la OMS es importante ya que esta organización mundial de la salud es un instrumento legal que tiene la capacidad de poder modificar muchos de los errores que algunas ONGs de actuación internacional realizan.

Si las ONGs pudieran ser capaces de hacer llegar, de un modo fácil, a la OMS ciertas informaciones que tienen de la situación real de lo que ocurre en algunas de ellas, la OMS podría actuar de un modo más efectivo, teniendo la posibilidad de modificar un tratado que ayudaría verdaderamente a resolverlo. Las ONGs han contribuido, de diferentes formas, a impulsar el establecimiento de una regulación sobre Derechos Humanos pero no hay que olvidar que deberían incorporarse a los medios de información de la OMS con ventajas importantes para el ejercicio correcto de sus actividades y que la propia OMS podría escuchar sus informaciones dándole un puesto especial a través de una *Sección coordinadora internacional de ONGs de carácter médico en el seno de la OMS*.

Tabla Resumen I “Situaciones de relevancia en la preparación y establecimiento en una STMMI”

Concepto	Corrupción en las ONGs	Inestabilidad Política en país receptor	Secuestro o tentativa de secuestro de cooperantes	La muerte de un cooperante en una STMMI
Actitud general	Evitar las prácticas y aceptaciones incorrectas de corrupción “activa” y “pasiva” Sospechas de cooperantes	Conocer la situación del país previa a la realización de la STMMI Información del MAEC	-Instruir a los cooperantes a detectar sus posibles causas -Evaluación de riesgos.	Coordinación y gestión de la repatriación de un cooperante en una STMMI Reglamento de Policía Mortuoria consular
Prevención	Identificar y reconocer las situaciones engañosas Responsabilidad del director de la STMMI	Protegerse a sí mismo como principal medida Independencia, imparcialidad y neutralidad en todas sus acciones	-Seguridad personal -Prevenir los incidentes -“Estrategia de protección” -“Estrategia de disuasión” -“Misión médica segura”	Cobertura con seguros de expatriación y evacuación. MAEC Gestión del cadáver
Soporte Legal	Transparency International. Preventing Corruption in Humanitarian Operations 2010	International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. Proceedings of Singapur Healthcare 2015	Personal Safety & Security Handbook CARE International 2014	Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria. BOE-A-1974-1358

Tabla Resumen II: Situaciones de relevancia internacional en relación con los pacientes

Concepto	Mala Praxis	Dignidad del paciente	Uso legal y manejo de medicamentos y fármacos	Donación de medicamentos y fármacos
Actitud	Cooperantes formados. Pólizas de RC y Profesional del <i>Consell de Col·legis de Metges de Catalunya</i> (CCMC)	Consentimiento informado de los procedimientos quirúrgicos y de la difusión de las imágenes de los pacientes	Reconocer y evitar los medicamentos falsificados Uso de los propios medicamentos de la ONG	Política estricta de control de caducidad, mal estado de conservación y envío de medicamentos a una ONG
Prevención	Certificados de idoneidad de los cooperantes. Evitar "Safaris Quirúrgicos"	Protección de datos Consejo Nuffield de Bioética 2002	No usar productos residuales de otras ONGs. Uso de la llamada "Farmacia de Cooperación"	Directrices de la OMS y AEMPS sobre las donaciones de los medicamentos a una STMMI
Soporte Legal	Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) artículo 25.1	La Constitución Española (artículo 18.4) Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantías de Derechos Digitales (LOPDGDD)	Medicamentos para las misiones MAP International home Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2019 Medicamentos y Desarrollo. <i>Medicus Mundi</i> Nov. 2003	"Directrices para las donaciones de medicamentos" OMS 2010 Guidelines for Medicine Donations Revised 2010 World Health Org. 2011

Tabla Resumen III: Situaciones con relevancia internacional en el desarrollo de la misión

Concepto	Abuso sexual	Actos de tortura	Mutilación genital femenina	Racismo y Xenofobia	Tráfico de órganos
Detección	Comportamiento sospechoso de ciertos Cooperantes Estancia a solas con el afectado	Lesiones evidentes y características de cada tipo de tortura	Por signos clínicos y psicológicos de comportamiento	Comportamiento abusivo, discriminación, maltrato y violencia	Cicatrices sospechosas y mal realizadas en zonas típicas
Actitud	Tolerancia cero frente a los abusos sexuales Aislamiento del abusador. Detectar, evitar y sancionar a las personas que infrinjan esta prohibición	Averiguar las sospechas de tortura. Comunicar los hechos	Protección y encauzar el problema a las autoridades locales Importancia del certificado médico	Comunicación a las autoridades locales	Declaración a las autoridades competentes del tráfico ilegal y fraudulento
Prevención	Normas Internas para "Evitar abusos y acosos sexuales en una STMMI"	Instruir al personal médico a su detección	Sensibilización de las consecuencias físicas. Lucha contra MGF	Lucha y prevención contra el racismo por los profesionales de las ONGs	Controlar el "turismo de trasplante" Perseguir a las mafias responsables
Soporte Legal	Protection from Sexual Exploitation and Abuse. 2018	Déclaration universelle des droits de l'homme, article 5. 2004	Artículo 223-6 apartado 1 y 2 del Código Penal Español. <i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women 2008.</i> Carta africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) 1981	Declaración y el Programa de Acción de Durban. Conferencia Mundial contra el Racismo de 2001	Declaración de Estambul contra el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes Convención del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina

Tabla Resumen IV: Organización de una STMMI de tipo médica

Fases organizativas en una STMMI	Valoración	Estimación de gastos	Trámites médicos	Resultados
Preparación de la misión	<p>Detallar objetivos</p> <p>Cálculo económico</p> <p>Valoración de los recursos huma</p>	<p>Recursos de la ONG</p> <p>Gastos de billettería alojamiento y transporte local</p>	<p>Destino de la Campaña:</p> <p>Malformaciones craneofaciales, Bocios y otras patologías</p>	<p>Estimación coste eficacia de la misión</p> <p>Detallar los resultados esperados</p>
Establecimiento y trato con las autoridades y población del país de acogida	<p>Contacto con la Primera Dama del País o cúpula del gobierno</p> <p>Ministro de Sanidad</p> <p>Altos cargos</p>	<p>-Medios disponibles a la llegada de la STMMI</p> <p>-Cuaderno ATA</p> <p>-Trámites aduaneros</p> <p>-Transporte y despacho de la mercancía</p>	<p>Anuncios multimedia en los diversos medios de comunicación</p> <p>Sistemas y procedimientos quirúrgicos con responsabilidad</p>	<p>Determinar la corresponsalia de cada uno de los gastos aplicables durante la realización de la STMMI</p>
Cuestiones relacionadas con el desarrollo de la actividad médica	<p>Campaña específica o múltiple aplicación</p> <p>Contar con el personal local</p> <p>Propaganda adecuada por los medios convenientes</p>	<p>Materiales fungibles y no fungibles</p> <p>Instalaciones del Hospital receptor</p> <p>Personal auxiliar y colaborador de la STMMI</p>	<p>Participación de los equipos médicos locales de las diferentes especialidades</p>	<p>Valoración durante la STMMI si se van cumpliendo los objetivos sanitarios y económicos previstos</p>
Valoración final y Cumplimiento de los objetivos	<p>Reunión al final de la misión y determinar su repetición o no</p>	<p>Estimación y rentabilidad de la misión</p>	<p>Consideraciones del personal sanitario de la ONG y del hospital receptor</p>	<p>Consideraciones de los resultados obtenidos</p>
Papel del responsable de la STMMI frente a las situaciones médica surgidas en el desarrollo de la misión	<p>¿Será una campaña única o colaborarán otras ONGs?</p> <p>Procedencia de los pacientes</p> <p>Cálculo exacto de patologías asequibles</p> <p>Participación de los demás equipos médicos locales</p> <p>Cuidados postoperatorios</p>	<p>Previsión de los programas quirúrgicos</p> <p>Infraestructura del hospital</p> <p>Costes repercutibles a los pacientes</p> <p>Preselección previa de los pacientes por el equipo local</p> <p>Selección definitiva por el jefe de grupo</p>	<p>Como resolver las complicaciones surgidas en las STMMI</p> <p>Estructura hospitalaria del País para las posibles evacuaciones</p> <p>Recursos existentes en el hospital receptor y sus posibilidades</p>	<p>Realización de un Briefing que resuma los objetivos marcados</p> <p>Determinación de la posibilidad de repetir la misión o no</p> <p>Detallar la actitud del personal local y de la ONG</p>

CONCLUSIONS

FIRST

The Foundations that organize STMMIs must do so, in general, in the manner of the CF, which is governed by the ethical code of the *Catalan Foundations*, which is an agreement signed by different and varied Catalan foundations from different fields of action. This code of ethics includes the characteristic features of identity of each of the foundations, their interests and their long-term project.

In September 2020, the *Catalan Coordination of Foundations* (CCF) promoted a code of good governance and good practices, to which the FC subscribes in its entirety. The aim of the code in question is "to facilitate that (the Foundations) comply, where appropriate, with the obligations of transparency and public information established by the *Parliament*". It is a set of performance standards, ethical principles and rules that have been submitted to the members of the Coordinator to achieve maximum adherence to the sector, as mentioned and referenced in the body of the thesis.

For its part, the CF has adopted its own code, which includes the general objectives of its particular way of acting together with the guidelines of the internal policy of the founder, members of the board of trustees, managers of the patrimony and financial orientation for users and all those who support its actions, whether they are private or public donors from the State administration or not.

Regarding the realization of the STMMIs organized by the CF, this code obliges the directors, organizers, doctors and other cooperating members to follow and commit themselves to act in an honest and integrated manner in relation to the administration of funds, means at their disposal and information of their contacts, both inside and outside the institution, in order to stimulate the people who intervene professionally and give moral tranquility to the donors.

In all missions, a leader or head of mission shall be appointed, who shall be responsible for ensuring that all rules concerning the provision of assistance to patients in need, without restriction of race, religion or political party, are complied with, as well as committing to report any suspicion of corruption, torture, sexual mutilation, exploitation, rape, sexual abuse or ill-treatment.

The benefits that can be provided by the various NGOs should be used to reach areas that cannot be reached by States, and this is what the CF has tried to do by carrying out frequent Short-Term Medical Missions for humanitarian or medical purposes.

SECOND

When preparing a STMMI it is important to ensure the quality and professionalism of the personnel participating in it, to contract the corresponding health, accident, repatriation and death insurances, to indicate the mandatory precautionary guidelines against the risk of contagion of certain diseases (hand washing, disinfection of places and material, etc.) and to ensure that the members of the mission have received the proper vaccination guidelines. It is also important to be sure that the psychological, physical and moral preparation and personal conduct of all of them is the most adequate.

It is true that many of the rules that we require for the preparation of a STMMI are only sometimes mandatory. Indeed, there are countries that require, in order to enter their territory, to have compulsory health insurance or to have received certain vaccinations. Others, however, do not detail or require practically no conditions at all. In both situations, the FC complies with these requirements and establishes guidelines of maximum exigency.

It is also essential to carry out a correct selection of the personnel that will participate in the missions; personnel that, in general, will be volunteers (not salaried). The CF has found a good guideline for this selection task in documents of the US practice, elaborated either by experienced NGOs or adopted by the USA Administration itself.

The completion of customs formalities and the fulfillment of the requirements for the transport of material and medicines are imposed by the States involved in the mission. The Chambers of Commerce provide important support for this purpose, based on the so-called *ATA Carnets (Admission Temporaire/Temporary Admission)*, an international document that facilitates the free movement of goods across borders and their temporary admission to customs without payment of duties and taxes. In addition to facilitating border formalities, the ATA Carnet Customs Document serves as a declaration of goods. The ATA system is recognized by the customs offices of the countries that have acceded to the Istanbul Convention on Temporary Importation of June 26, 1990. The European Union and the Member States are parties to this system, and the EU Customs Cooperation Council is responsible for its administration and development, which Spain has ratified in the Temporary Importation Convention described above.

THIRD

All agreements and considerations to be made between the proposing and receiving parties of a STMMI, even in the organization phase of the mission, must be coordinated

with the host hospitals and, if possible, with the authorities of the host country. This coordination will later prove to be essential for the proper functioning of the mission, since delicate situations may arise during the mission that may represent major complications for the NGO. Some of them may be marked by the conditioning factors of religion and local customs (such as the selection of the sick, treatment of the population, confrontation of the population with illness and death) that require the advice and support of the medical personnel and the health organization of the mission and its members. From this point of view, the *Declaration of Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects of the World Medical Association* is of great interest. Adopted in Helsinki in 1964, it has been revised several times, most recently in 2013, and represents a proposal of ethical principles for medical research involving human subjects, including research on identifiable human material and information. Moreover, during the development of the mission, various circumstances may arise - situations of corruption, political instability - that may generate risks for the mission and its personnel. There are certain approved studies and guidelines that must be taken into account. First, the International guidelines for the successful organization of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime and the "Good practices on operational security management in violent environments". The first was approved by the *Conference on Humanitarian Medical Missions* held in Singapore on October 31-November 1, 2014, with the participation of 300 delegates from 17 countries (among which Spain was not included); the second was published by the Overseas Development Institute in 2000 and constantly revised.

But the main concern of an NGO's mission is the treatment of the patient. A variety of unwanted situations may arise at this point: diagnostic or treatment errors, non-compliance with surgical protocols, etc.; cases of malpractice resulting from erroneous treatment or insufficient information about the patient, or negligence caused by the low level of training of the aid workers or a poor knowledge of the diseases in the area or of the health protocols of the local health system. It is therefore essential to have liability insurance. This is compulsory for all physicians under the provisions of the General Health Act and the Barcelona College of Physicians, which provide for insurance to cover professional activity abroad. In this order of things, we must remember the mandatory application of the rules of protection of personal data (Spanish law and EU regulation), being the medical data a sensitive data of enhanced protection. The application of these regulations by STMMs requires a level of flexibility to adapt to the cultural and social customs of the host country.

FOURTH

One of the problems encountered in an STMMI is obtaining drugs for use and avoiding trafficking in counterfeit drugs, ordering the price of drugs, ensuring that drugs reach the entire world population in a responsible manner, etc. The concerted action of all the actors in international life has been essential: NGOs (such as Farmamundi or IDA Farmation, whose work is vital for distribution; Drug Bank, in the discovery and exploitation sector), public bodies from different States (the network of National Health Institutions in the United States or the Spanish Agency for Medicines and Health Products), international organizations such as the European Union (mainly through the European Medicines Agency) or even the WHO. There is certainly a plural action in this field (regulatory, management) covering all areas (production, prices, distribution, employment) and ultimately benefiting the whole of humanity.

Finally, the mission may find itself involved in situations expressive of crimes sanctioned by international law (convention against torture, organ trafficking, female genital mutilation). In these circumstances and without any doubt or excuse, the FC understands that the mission leader must denounce the medical authorities with whom he/she collaborates

FIFTH

The STMMs carried out by the CF or by other Foundations are individual activities, carried out freely by individuals. They are the result of the humanitarian concerns of a team of professionals and, as we have seen, they are carried out outside the State. It is precisely with these missions that we want to go where the States do not reach.

However, we have discussed situations that require the support of government authorities. This is the case, for example, when we deal with the procurement or distribution of medicines, or when we talk about the security of the mission and the possible repatriation of a development worker. In all these cases, it is essential to have the support of the Spanish foreign administration, in particular, the network of embassies and consulates. The notification to these authorities of the arrival of a mission even in the preparation phases is part of the protocols followed by the Clarós Foundation. Although, thank God, it has not been necessary to turn to Spanish ambassadors and consuls for help in repatriating a development worker or evacuating mission premises in a situation of risk or violence, the FC establishes contact (not only transmits certain information) with them, aware of the work they carry out and which transcends the

situations indicated, allowing us on occasions to establish contact with the political authorities or hospitals of the receiving State, which ensures the success of the mission.

SIXTH

From the beginning, the objective of this Doctoral Thesis has always been to report the real situation of what happens within the NGOs that carry out medical missions called STMMIs. Many of them, such as the CF, strictly comply with the standard protocols, but there are others that, due to lack of strict control, commit certain ethical irregularities, known by many and ignored by others. The PMQD standards guideline and the other points mentioned are not sufficiently complied with when they are applied, as they should be.

There is undoubtedly a great need to apply International Law to the functions and activities of NGOs in the outside world and, at the same time, to apply Humanitarian Law in a well-established and obligatory framework of this noble cause. From this perspective it is an elementary obligation to establish the basic rules, underpinned by the law in force, to achieve the legitimacy of a medical mission with the assurance that it is done with respect and sufficient professional competence on the part of the medical personnel involved, without forgetting the adequate preparation of the team, the careful examination prior to the deployment of their functions and the evaluation of the long-term outcome of the STMMIs.

These aspects rethink the interests of both parties. The right to health is an elementary Humanitarian Right, helping selflessly to our equals, assuming it with devotion, conscience and altruism. There is a phrase that we should always keep in mind that says "Wanting to help is not enough, we must help correctly". This means that we have to do it better and we are obliged to do it.

SEVENTH

The role of medical NGOs in the context of the WHO is important since this world health organization is a legal instrument that has the capacity to modify many of the mistakes that some international NGOs make.

If the NGOs could be able to easily provide the WHO with certain information they have on the real situation of what is happening in some of them, the WHO could act in a more effective way, having the possibility of modifying a treaty that would really help to solve it. NGOs have contributed, in different ways, to promote the establishment of a regulation on Human Rights but it should not be forgotten that they should be

incorporated into the WHO's information media with important advantages for the correct exercise of their activities and that the WHO itself could listen to their information by giving them a special position through an international coordinating section of medical NGOs within the WHO

Summary Table I “Relevant situations in the preparation and establishment of a STMMI”

Concept	Corruption in NGOs	Political instability in the receiving country	Kidnapping or attempted kidnapping of aid workers	The death of an aid worker in a STMMI
General attitude	<p>Avoiding improper practices and acceptances of "active" and "passive" corruption</p> <p>Suspected cooperants.</p>	<p>To know the situation of the country prior to the realization of the STMMI</p> <p>Information from MAEC</p>	<p>Training development workers to detect possible causes of the problem</p> <p>Risk evaluation</p>	<p>Coordination and management of the repatriation of a development worker in a STMMI</p> <p>Consular Mortuary Police Regulations</p>
Prevention	<p>Identify and recognize deceptive situations</p> <p>Responsibility of the STMMI director</p>	<p>Protecting oneself as the main measure.</p> <p>Independence, impartiality and neutrality in all its actions</p>	<p>Personal security</p> <p>Prevent incidents</p> <p>“Protection strategy”</p> <p>“Deterrence strategy”</p> <p>"Secure medical mission"</p>	<p>Expatriation and evacuation insurance coverage</p> <p>MAEC</p> <p>Managing the corpse</p>
Legal support	<p>Transparency International. Preventing Corruption in Humanitarian Operations 2010</p>	<p>International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime</p> <p>Proceedings of Singapur Healthcare 2015</p>	<p>Personal Safety & Security Handbook</p> <p>CARE International 2014</p>	<p>Decrete 2263/1974, July 20, approved by the Sanitary Police Regulation Mortuoria</p> <p>BOE-A-1974-1358</p>

Summary Table II: Situations of international relevance in relation to patients

Concept	Malpractice	Patient dignity	Legal use and management of medication and drugs	Donation of medicines and drugs
Attitude	<p>Trained cooperants</p> <p>Liability and Professional Insurance policies from the <i>Consell de Col·legis de Metges de Catalunya</i> (CCMC)</p>	<p>Informed consent for surgical procedures and dissemination of patient images</p>	<p>Recognizing and avoiding counterfeit medications</p> <p>Use of the proper medications from the NGO</p>	<p>Strict shelf life expiration control policy, poor storage and shipping and shipment of medicines to an NGO</p>
Prevention	<p>Professional certificates of the cooperants.</p> <p>Avoid "<i>Surgical Safaris</i>"</p>	<p>Data protection</p> <p>Nuffield Council on Bioethics 2002</p>	<p>Do not use residual products from other NGOs</p> <p>Use of the "Cooperation Pharmacy"</p>	<p>OMS and AEMPS guidelines on donations of medicines to a STMMI</p>
Legal Support	<p>Universal Declaration of Human Rights (1948)</p> <p>Article 25.1</p>	<p>The Spanish Constitution (Article 18.4)</p> <p>European Data Protection Regulation (GDPR)</p> <p>Organic Law on Data Protection and Guarantees of Digital Rights (LOPDGDD)</p>	<p>Medicines for missions</p> <p>MAP International home</p> <p>World Health Organization Bulletin 2019</p> <p>Medicamentos y Desarrollo. <i>Medicus Mundi</i> Nov. 2003</p>	<p>"Guidelines for Medicine Donations" WHO 2010</p> <p>Guidelines for Medicine Donations Revised 2010 World Health Org. 2011</p>

Summary Table III: Situations of international relevance in the development of the mission

Concept	Sexual abuse	Acts of torture	Female genital mutilation	Racism and Xenophobia	Organ trafficking
Detection	Suspicious behavior of certain cooperants Stay alone with the affected	Obvious injuries and characteristics of each type of torture	By clinical and behavioral psychological signs	Abusive behavior, discrimination, psychological abuse and violence	Suspicious scars and poorly done in typical areas
Attitude	Zero tolerance for sexual abuse Isolation of the abuser Detect, prevent and sanction persons who violate this prohibition	Find out Suspicion of torture Inform on the facts	Protection and channel the problem to local authorities Importance of medical certificate	Inform the Local Authorities	Declaration to the competent authorities of illegal and fraudulent trafficking
Prevention	Internal norms for "Preventing Sexual Abuse and Harassment in a STMMI"	Train medical personnel to detect them	Awareness of the physical consequences Fight against FGM	Combating and preventing against racism by NGO professionals	Control "transplant tourism" Pursue the mafias responsible
Legal Support	Protection from Sexual Exploitation and Abuse 2018	Déclaration universelle des droits de l'homme, article 5 2004	-Article 223-6 section 1 and 2 of the Spanish Penal Code - <i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women</i> 2008 African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter) 1981	Durban Declaration and Program of Action World Conference Against Racism 2001	Declaration of Istanbul against organ trafficking and transplant tourism Council of Europe of Europe on Human Rights and Biomedicine of man and biomedicine

Summary Table IV: Organization of a STMMI medical type

Organization phases of a STMMI	Evaluation	Cost Estimate	Medical paperwork	Results
Mission preparation	Detail objectives Economic calculation Evaluation of Human Resources	NGO Resources Travel, lodging and local transportation	Destination of the mission: Craniofacial malformation, Goiter and other pathologies	Cost-effectiveness analysis of the mission Detail the expected results
Establishment and dealings with the authorities and population of the host country	Contact with the country's First Lady or top government officials Health Minister Top Officials members	Available means upon arrival of the STMMI ATA Customs Document Custom formalities and clearance of baggage	Multimedia advertisements in various media Systems and surgical procedures with responsibility	Determine the correspondence of each of the applicable expenses during the performance of the STMMI
Issues related to the development of medical activity	Specific mission or multiple application Count on the local personnel Adequate advertising through the appropriate media	Fungible and non-fungible material Facilities of the receiving Hospital Auxiliary Personnel and collaborator of the STMMI	Participation of the local medical members of different specialties	Evaluation during the STMMI if the medical and financial objectives are reached
Final evaluation and accomplishment of the objectives	Final meeting at the end of the mission and determine if it should be repeated or not	Estimation and profitability of the mission	Considerations for NGO and receiving hospital health care personnel	Considerations of the results obtained
Role of the Head of the mission in all the situations aside from the medical activity which appear during the STMMI	Will it be a one-off campaign or will other NGOs collaborate? Travel origin of the patients Accurate calculation of affordable pathologies Participation of the rest of the local medical teams Post Surgery care	Prevision of surgical programs Hospital infrastructure Applicable costs to the patients Previous preselection of the patients by the local team Definitive patient selection by the Head of the mission team	How to solve the complications which appear during the STMMI Hospital infrastructure of the country in case of possible evacuations Existing resources at the receiving hospital and its possibilities	Preparation of a briefing summarizing the objectives set Determination of the possibility of repeating the mission or not Detail the attitude of local staff and NGO

Bibliografía

Fuentes primarias

ABAD CASTELOS M. *¿Una alternativa solidaria frente a la barbarie? Las ONG en la nueva sociedad global*. Cideal. Madrid, 2004.

ABRISKETA J. Tesis Doctoral. "La asistencia humanitaria como derecho humano en el Derecho Internacional Contemporáneo hacia un concepto, una naturaleza y un régimen jurídico propios" Universidad de Deusto (2002).

ABRISKETA J., PÉREZ DE ARMIÑO K. "Acción humanitaria: concepto y evolución". Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. 2000. Web de Hegoa: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es>.

ADAIR A: *Code of conduct for NGOs: a necessary reform*. The Institute of Economic Affairs (IEA). London.1999.

AGUILAR NAVARRO M: *Derecho Civil Internacional*. Volumen II: Derecho Internacional Privado. Universidad Complutense. Facultad de Derecho. Madrid 1975.

ALDECOA F., KEATING M. *Paradiplomacy in Action: The Foreign Relations of Subnational Governments*, London: Frank Cass. 1999.

ALESINA A., DEVLEESCHAUWER A., EASTERLY W., KURLAT S., WACZIARG R. "Fractionalization". NBER Working Paper N°9411, Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research 2003.

ÁLVAREZ RUBIO J., YIANNIBAS K. *Human Rights in Business: Removal of Barriers to Access to Justice in the European Union*. Edit. Taylor & Francis. 1st Edition. First Published 2017. London.

Amnesty International. "Combattre la torture". Manuel pour l'action. Déclaration universelle des droits de l'homme, article 5. Editions Francophones. 2004

Amnesty International. USA—Cruelty in control? The stun belt and other electro-shock equipment in law enforcement. (Index AMR 51/54/99). London 1999.

ANDRO A., LESCLINGAND M. *Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France*. Popul & Soc 2007; N° 438.

ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E., CIRBEAU C. «*Excision et Handicap*» (ExH): *Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. Volet quantitatif du projet Excision et Handicap (ExH)*. Rapport final. Paris: Institut National d'Études Démographiques; 2009.

Asociación Española de Fundaciones. Impact Hub Barceló -Madrid. 2020

BANATVALA N., DOYAL L. "Knowing when to say 'no' on the student elective: Students going on electives abroad need clinical guidelines." *BMJ*. 1998; 316 (7142):1404-5.

BARBÉ, E. *Relaciones Internacionales*. 2ª ed. Madrid: Editorial Tecnos. 2004.

BARBERIS, J. *Los sujetos del derecho internacional actual*. Madrid: Editorial Tecnos. 1984.

BEDOYA M.H., KAPLAN A. (2003). *Mutilaciones Genitales Femeninas: la respuesta del derecho y la política*. In: Publicaciones del CIDOB, Barcelona.

BERMEJO, R. (1993). *El Marco Jurídico internacional en materia de uso de la fuerza: ambigüedades y límites*, Cívitas, Madrid.

BETTATI M., KOUCHNER B. (1987). *Le devoir d'ingérence : Peut-on les laisser mourir*. Éditeur: Denoël, Paris.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2019; 97:252-253. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.030419>.

BRACHER K. *Sex for help: How NGO employees abuse their power*, July 28 2018 <https://nzzas.nzz.ch/gesellschaft/sex-gegen-hilfe-wie-ngo-mitarbei>.

BRAUMAN R. *La médecine humanitaire*. Puf. Paris, 2e édition. 2010.

BROWNLIE I. *International Law and the Use of Force by States*. Clarendon Press, Oxford (1ª ed. 1963). 1991:44.

BUCKMAN R. *S'asseoir pour parler: L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris, Edit: Masson. 2001.

BURKE LH. *Ambassador at Large: Diplomat Extraordinary*. Martinus Nijhoff/ The Hague. 1972.

CADENAS OSUNA D. *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*. Imprenta Nacional de la Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Colección Derecho Privado. Madrid, 2018.

CALDUCH CERVERA R. *Relaciones Internacionales*. Ediciones de las Ciencias Sociales SA Madrid. 1991.

CALDUCH R. *Dinámica de la Sociedad Internacional*. Edit Ceura. Madrid. 1993.

CAMARGO P. *Tratado de Derecho Internacional*. Bogotá, Colombia: Editorial Temis. 1983.

CAPILLA RONCERO F. *La persona jurídica: funciones y disfunciones*. Madrid: Editorial Tecnos. 1984.

CARRILLO SALCEDO JA. *Derecho Internacional Privado*. UNED. Madrid. 1982.

CASANOVAS O., RODRIGO A J. *Compendio de Derecho Internacional Público*. 8ª Edición. Madrid: Tecnos; 2019.

CASANOVAS O., RODRIGO A. J. *Compendio de derecho internacional público*. 6ª Edición. Madrid. Tecnos. 2017.

CASTAÑO DE RESTREPO M.P. *Voz «Consentimiento (jurídico)» AA.VV.*, Enciclopedia de Bioderecho y Bioética, Tomo I, Comares, Granada, 2011, pp. 449-462.

CHARRIERAS D. *Racisme (s)? Retour sur la polémique du « racisme anti-Blancs en France »*. *De quelle couleur sont les blancs?* (2013), pags 244 à 252.

COLLIARD C. *Instituciones de Relaciones Internacionales*. Ediciones Fondo de Cultura Económica, Sección de Obras Políticas y Derecho. México. DF. 1977.

COLLIARD, CA. *Institutions des relations internationales*. París. 6ª edition. Edit. Jurisprudence Générale Dalloz. 1974.

CORNAGO N. *On the Normalization of Sub-State Diplomacy*. En: D. Ciekemans, ed. *Regional Sub-State Diplomacy Today*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers. 2010.

CORNAGO N. *Plural Diplomacies: Normative Predicaments and Functional Imperatives*, Ledien/ Boston, M. Nijhoff. 2013.

Danish National Board of Health. *Teachers* (chapitre 6). In *Prevention of female circumcision*. Albertslund (Denmark): Sund hedsstyrelsens; 2000. p 44-9

DAVIES T.R. "La transformation des ONGs internationales et ses effets sur l'aide au développement". *Revue Internationale de politique de développement*. 2012, (3): 63-75. doi 10.4000/poldev.949.

DE RODA P. Asociación Española de Fundaciones. Entrevista "La transparencia es inherente a cualquier tipo de institución". "Cuadernos 29" AEF. Diciembre 2013:18-22.

DENZA E. *Diplomatic Law: Commentary on the Vienna Convention on Diplomatic Relations*, Oxford, Oxford University Press. 2008.

DEROOSE P. *Repatriation of mortal remains: A practical guide for managers of global mobile workforce*. International corporate health leadership council. Publications White Papers. 2019.

DÍAZ BARRADO C. M. «Protección de españoles en el extranjero. Práctica constitucional» Cursos de Derecho Internacional y Relaciones Internacionales de Vitoria-Gasteiz. 1992

DIEZ DE VELASCO M. *Instituciones de Derecho Internacional Público*, Tomo I, 9ª ed., Madrid. 1991.

DIEZ DE VELASCO M. *Instituciones de Derecho Internacional Público*. 14ª ed. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya S A). 2003.

DIEZ-PICAZO L., GULLÓN A. *Instituciones de Derecho Civil*. Madrid: Editorial Tecnos. 1995.

Documento Unesco: A Chronology of Unesco 1945-1987. Unesco, París, 1987.

DOUCERON H., DEFORGES L., GHERARDI R., SOBEL A., CHARIOT P. Long-lasting postmortem viability of human immunodeficiency virus: a potential risk in forensic medicine practice. *Forensic Sci Int*. 1993; 60:61-66. doi: 10.1016/0379-0738(93)90093-p

DRUCKER P.F. *Managing the Non-Profit Organization: Principles and Practices*. Reprint edition. New York: Harper Business. 1992.

DUPONT M., MACREZ A. *Le décès à l'hôpital: Règles et recommandations à l'usage des personnels*. Presses de l'école des hautes études en santé publique 4^é. Edition. 2012.

ESCUDERO ESPINOSA JJ. *La intervención humanitaria y el Derecho Internacional*. Tesis Doctoral. Universidad de León. Fac. Derecho. 2001.

ESTÉBANEZ P. *Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en Medicina Humanitaria* pp. (125-136). Editorial: Ediciones Díaz de Santos. Págs.: 864. Volumen: 1, Edición: 1ª. 2005.

FERNÁNDEZ ROZAS J.C., SÁNCHEZ LORENZO S: *Curso de Derecho Internacional Privado*. Civitas. Madrid 1994.

FISHER H., ORAÁ J. *Derecho Internacional y Ayuda Humanitaria*. Universidad de Deusto. Colecciones Ayuda Humanitaria y Desarrollo. Textos Básicos. Bilbao. 2000.

Forensic Identification of Human Remains. International Committee of the Red Cross, 2013. (<https://www.icrc.org/en/publication/4154-forensic-identification-human-remains>).

GALÁN CORTÉS J. C. *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. Madrid: Civitas. 2001.

GARCÍA RUIZ R. *ONGs y Derecho Internacional. Su influencia en la elaboración de normas internacionales*. 1ª Edición Monografías Lustel. Madrid. 2007.

GLOVER J., LIEBLING H., BARRATT H. “*Female Genital Mutilation: a global concern*”. 2016. UNICEF.https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPR_EAD.pdf

GÓMEZ GALÁN M., SANAHUJA J A., (coords.). “*La cooperación al desarrollo en un mundo en cambio*”, Madrid, Edit. Cideal. 2001.

GÓMEZ GIL C. *Las ONG en España. De la apariencia a la realidad*. Madrid: Catarata Editores: Los Libros de la Catarata. 2005.

GORSKE A. “Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in short-term missions”. The Center for the Study of Health in Missions. *The Journal of Humanitarian Assistance*. 2009.

GRADILLAS MC. *La gestión de las ONGDs en su lucha por la supervivencia*. Tesis Doctoral. UB, Barcelona. 2013.

GRI (Global Reporting Initiative) Sustainability Reporting Guidelines for Public and Third Sector Organizations. (2010) Year in Review 2009/10 Amsterdam: Global Reporting Initiative. doi: 10.1080/14719037.2010.496266.

GROSS, H. *"Les fondements juridiques du droit à l'assistance humanitaire"*, Colloque International sur le droit à l'assistance humanitaire. Unesco, Actes. 1995 (25-27 janvier) :11-22. Paris.

Guía para Gobiernos. Acción Humanitaria Internacional. Revisión 2019. ONU: Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. OCHA.

GUNDEL, J., *Humanitarian Assistance: Breaking the Waves of Complex Political Emergencies*. A Literature Survey, Collection Working Paper 99.5, Centre for Development Research, Copenhagen. 1999.

HAIJAT A., MOHAMMED M. *Islamophobie. Comment les élites françaises fabriquent le «Problème Musulman»* Editions La Découverte/Poche, Paris. 2013.

HERRANZ BASCONES R. *Las ONGs: Un Sistema de Indicadores para su Evaluación y Gestión*. (Cooperació, Desenvolupament i Solidaritat) Publicado por Univ. de les Illes Balears, Palma de Mallorca. 2007.

HIGGINS R. *Problems and Process: International Law and How We Use it?* Clarendon Press Publication. Oxford University. Press Inc., New York. Reprinted 2010.

HOROKS M. *Les mutilations sexuelles féminines: vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale*. Université Pierre et Marie Curie. Paris 6: Thèse de Faculté de Médecine. 2008.

KANE S. Working with victims of organized violence from different cultures: A Red Cross and Red. Crescent Guide. Geneva, Switzerland. *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*. (1995).

KAPLAN A. *"Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas"*. Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2003), Nº 4. 23-30 FPFE, Madrid.

KAPLAN A. *"Mutilaciones Genitales Femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género"* In Multiculturalidad y Justicia. Cuadernos de Derecho Judicial, Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Justicia, Madrid (2002) pp. 197-216.

KAPLAN A. "From Senegambia to Spain: Migration process and social integration". Monograph Migration: European Journal of International Migration and Ethnic Relations. (2006), N° 43/44/45 pp.52-65, EMZ, Berlin.

KAPLAN A., CHAM B., NJIE, L. A., SEIXAS A., BLANCO S.M., UTZET M. "Female Genital Mutilation/Cutting: The secret world of women seen by men". *Obstetrics and Gynecology International*. 2013 (925): ID: 643780. Available at: International. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/643780>.

KAPLAN A., TORAN P., MORENO J., CASTANY M.J., MUÑOZ L. "Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence". *BioMed Central Health Services Research*, 2009, n° 9, pp. 11.

KEELEY B.. *De l'aide au développement: La lutte mondiale contre la pauvreté*. Les essentiels de l'OCDE. Éditions OCDE, Paris. 2012.

KERR A.G. *Blast injuries to the ear*. Practitioner, 1978; 221(1325): 677-82.

KIMBRELL A. *The Human Body Shop: The Engineering and Marketing of Life.*, 1st edition. Editorial HarperCollins, New York. 1993.

KLAMP C. "Legal Liability in the Humanitarian Sector" *The Journal of Humanitarian Assistance*. 2012. <http://www.hg.org/article.asp? Id=27150>.

KNIGHT B. (1991). The pathology of wounds. *Forensic Pathology*. London:Arnold.

KNOX C., LAW V., JEWISON T, LIU P, LY S, FROLKIS A., PON A., BANCO K., MAK C., NEVEU V, DJOUMBOU Y., EISNER R., CHI GUO A., WISHARTET D. DrugBank 3.0: a comprehensive resource for 'Omics' research on drugs. *Nucleic Acids Res*, 2011, Vol. 39, Database issue D1035–D1041. doi: 10.1093/nar/gkq1126.

KÜBLER-ROSS E., KESSLER D. *Sur le chagrin et sur le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Éditorial : JC Lattès. 2011.

L'ONU: *Le système institutionnel- Documents d'études*, N° 3.02. Éditeur : La documentation française. Collection Documents d'études- Droit Constitutionnel et Institutions Politiques, Paris. 2001.

LANGLOIS A. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: Perspectives from Kenya and South Africa. *Health Care Analysis* (2008) 16:39–51. doi: 10.1007/s10728-007-0055-7.

LANGOWSKI M., ILTIS A. Global Health Needs and the Short-Term Medical Volunteer: Ethical Considerations. *HEC Forum*. 2011; 23:71–8. doi.org/10.1007/s10730-011-9158-5

LASKER JN. *Hoping to help. The Promises and Pitfalls of Global Health Volunteering*. Ithaca (NY) and London. Cornell University ILR Press. 2016.

LAVOIE J.J. *Sept interdits musulmans concernant des rites de deuil et autres rites entourant la mort: analyse historico-comparative*. *Frontières*, 2011: 24(1-2), 63–72. <https://doi.org/10.7202/1013086a>

LAZERGES C. La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie. Rapport CNCDH. *La Documentation Française*. Edition 2018.

Les entreprises du médicament. Bilan économique – Édition 2019. French Pharmaceutical Industry -Key data 2019- Newsletter Presse du Leem. www.leem.org

Les Essentiels du Rapport 2018 sur la lutte contre le racisme sous toutes ses formes. CNCDH. https://www.cncdh.fr/sites/default/files/essentiels_rapportracisme_2018_vdef_1.pdf

LEWIS D., KANJI N. *Non-Governmental Organizations and Development*. 1st Edition, London. Imprint Routledge. doi: 10.4324/9780203877074. 2009.

LIBMAN M. *Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)*. Résumé de la Déclaration sur la diarrhée du voyageur du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). *Can Common Dis Rep* 2015; 41 (11):411-25.

LOISEAU B., SIBBALD R., RAMAN S., BENEDICT D., DIMARAS H., LOH L. 'Don't make my people beggars': a developing world house of cards. *Community Dev. J.* 2015, 51(4): 571-584. ; doi:10.1093/cdj/bsv047.

LÓPEZ NIETO F *Manual de Asociaciones*. 3^a ed. Madrid: Editorial Tecnos. 1992.

LÓPEZ REY J.A. *Los medios de comunicación y ONGDS. La conformación de una nueva cultura corporativa en el sector solidario*. *Documentación social*, nº 140, pp. 39-56. 2006.

MAKI J., QUALLS M., WHITE B., KLEEFIELD S., CRONE R. Health impact assessment and short-term medical missions: a methods study to evaluate quality of care. *BMC Health Serv. Res.* 2008; 2 (8):121. doi: 10.1186/1472-6963-8-121.

MANCHOLA CASTILLO C H., GARRAFA V., CUNHA T., HELLMAN F. *Access to health care as a human right in international policy: critical reflections and contemporary challenges*. Pp. 2151-2160. 2017. http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/en_1413-8123-csc-22-07-2151.pdf

Manual of Legislative Procedure | 2018 Edition. <http://www.ncsl.org/research/health/state-prescription-drug-return-reuse-and-recycling.aspx>.

MARCHILDON G.P., MCINTOSH T., FOREST P G. *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*. Romanow Papers, Vol 1. Pp. 118. University of Toronto Press. Advancing Knowledge. 2004.

MARCUS D. *Are you protected from liability when volunteering at home, abroad?* AAP News 2010; 31:1.18

MARKWALDER K. Travellers' diarrhea. *Ther Umsch*. 2001; 58(6): 367-71. doi: 10.1024/0040-5930.58.6.367.

MARTIN D., RITE R. *Online solicitation of organ donors: an analysis of a living donor online forum (preliminary findings)*. 2013-ISODP Congress The Transplantation Society.

MAXWELL D., WALKER P., CHURCH C. (2008). *Preventing Corruption in Humanitarian Assistance*. Final Research Report. Feinstein International Center, Humanitarian Policy Group and Transparency International. Published by Transparency International, 2008 TI Secretariat Alt Moabit 96 10559 Berlin – Germany

MCCALL D., ILTIS A. Health care voluntarism: addressing ethical concerns of undergraduate student participation in global health volunteer work. *HEC Forum*. 2014; 26(4):285–97. doi: 10.1007/s10730-014-9243-7.

MCINNES C., LEE K., YOUDE J (Eds). 2020. *Philanthropy and Global Health*. The Oxford Handbook of Global Health and Politics, DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001.

MELIN-SOUCRAMANIEN F., POTIER F. (2019) *Contre le racisme et l'antisémitisme*. Ed. Dalloz. Collection «A Savoir».

MEMMI A. *Le Racisme: description, définition, traitement*. Éditorial Idées Gallimard, 220 pages. 1982.

MENDIS S., AL BASHIR I., DISSANAYAKE L., VARGHESE C., FADHIL I., MARHE E. Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential non

communicable disease interventions. *Int J Hypertension* 2012; 2012: 584041). doi: 10.1155/2012/584041.

MERLE M. *Sociología de las relaciones internacionales*. 4ª ed. Madrid: Alianza. 1984.

MESA R. *Teoría y Práctica de las Relaciones Internacionales*. 2ª ed. Madrid: Taurus Ediciones. 1980.

MONTALVO JÄÄSKELÄINEN F. «*El consentimiento informado es la justificación de la legitimidad del acto médico, basado en el derecho del paciente a su autonomía o autodeterminación*» 2009.

MONTALVO JÄÄSKELÄINEN F. *Muerte digna y constitución: los límites del testamento vital*. Ed Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 2009.

National Conference of State Legislatures. State Prescription Drug Return, Reuse and Recycling Laws. 2019. <http://www.ncsl.org/research/health/state-prescription-drug-return-reuse-and-recycling.aspx>

Nations Unies. Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée et protocoles s'y rapportant. New York: Nations Unies, 2004:42-3.

NOLLKAEMPER A., PLAKOKEPALOS I. (eds.). *Principles of Shared Responsibility in International Law. An Appraisal of the State of the Art*, Cambridge, Cambridge University Press. 2014.

NORMANDIN A. «*Du Statut Juridique des associations internationales, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence*», Paris, 1926, pp 60.

Nuffield Council on Bioethics The ethics of research related to healthcare in developing countries. Chap. 6, box 6.1. Consent <https://nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Ethics-of-research-related-to-healthcare-in-developing-countries.pdf> Accessed January 16, 2020.

Nuffield Council on Bioethics. 2002. The ethics of research related to healthcare in developing countries: consent. London: Nuffield Council on Bioethics.

OCDE Report Edition 2019 <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/aid-at-a-glance.htm>

Organisation Mondiale de la Santé. Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. [www.who.int/entity/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA 63.22 fr.pdf](http://www.who.int/entity/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA_63.22_fr.pdf)

Osce et Unesco. Prévenir l'antisémitisme par l'éducation, Paris, 2018, p.20-26 (disponible en ligne: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366592>).

PANCRACIO J P. *Droit et institutions diplomatiques*, Paris, Editions Pedone, Collections Ouvertures Internationales. 2007

PASTOR RIDRUEJO J.A. *Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales*. 24^a ed., Madrid, 2020.

PASTOR RIDRUEJO, J. *Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales*. 8^a ed. Madrid: Tecnos. Editorial. 2001.

PÉREZ DE CUELLAR J. *Manual de Derecho Diplomático*. México, FCE. 1997.

PÉREZ GONZÁLEZ M. *España y la práctica del Derecho Internacional*. LXXV Aniversario de la Asesoría Jurídica. Internacional del MAEC. "Una misión posible: mejorar el sistema de eficacia del Derecho Internacional Humanitario" Págs. 383-418. 2014.

PEREZ-VERA E. "La protection d'humanité en Droit International", *Revue Belge de Droit International (R.B.D.I.)*. 1969. Pp 401-417.

PERROULAZ G. *Le rôle des ONG dans la politique de développement : forces et limites, légitimité et contrôle*. Les ONG de développement : rôles et perspectives. Annuaire suisse de politique développement. 2004; 23-(2):9-24. <https://doi.org/10.4000/aspd.446>.

PINSONEAULT D. *Attracting and Managing Volunteers: A Parish Handbook*. Edit. Liguori Publications. 2001.

POUNDER DJ. The medical contribution to assessing allegations of torture in international fact-finding missions. *Forensic Sci Int*. 2011; 208 (1-3): 143-8. doi: 10.1016/j.forsciint.2010.11.019.

Questions and Answers for the Public Donating Drugs to International Humanitarian Relief Efforts Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. <https://www.fda.gov/downloads/NewsEvents/PublicHealthFocus/UCM249617.pdf>

Regulación de la figura de la fundación como modalidad de persona jurídica en Cataluña. Última revisión: 02/06/2016

REY MARCOS F. "Estrategia de Acción humanitaria" publicado por IECAH (Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria) y AECID. 2007. http://www.aecid.es/galerias/programas/Vita/descargas/DES_AH.pdf

REY MARCOS F. "*Propuesta del IECAH para el apartado de AH del IV PD de la CE 2013 – 2016*" publicado por el IECAH, disponible en (consultado en mayo 2013): <http://www.iecah.org/web/images/stories/documento14.pdf>

RODRÍGUEZ CARRIÓN, A. *Lecciones de Derecho Internacional Público*. Madrid, Edit. Tecnos; pág 288. 1987.

RODRIGUEZ F, RODRIK D. "*Trade policy and economic growth: A sceptic's Guide to the Cross-National Evidence*", NBER Macroeconomics Annual, 2000, 15 (1): 261-325. doi 10.3386/w7081

ROUGIER A. "*La théorie de l'intervention d'humanité*", Editorial A. Pedone, Paris. 1910.

RUÍZ-GIMÉNEZ ARRIETA, I. "*La historia de la intervención humanitaria. El imperialismo altruista*". 1ª edición. Editorial: Los libros de la Catarata. 2005.

SAUKKO P., KNIGHT B. *Knight's Forensic Pathology*. 4th Edition. Published by CRC Press. Routledge. Taylor & Francis Group. 2016.

SHAUN B. *Personal safety & security Handbook*. CARE International. 2014.

SHAW, M. N. *International Law*, 3rd ed., Cambridge. Pages. 512-514. 1991.

SLIM, H., BONWICK, A. *Protection*. ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. 2005. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

STOCKTON N. (2005). *Preventing Corruption in Humanitarian Relief Response, ADB/OECD Anti-Corruption Initiative for Asia and the Pacific*. 5th Regional anti-corruption Conference. Beijing, PR China. Issue Paper (Workshop C) <http://www.oecd.org/dataoecd/63/49/35592702.pdf>.

STODDARD A., HARMER A., DI DOMENICO V. *Providing aid in Insecure Environments: Trends in violence against aid workers and the operational response*. ODI. Humanitarian Policy Group. 2009.

TAGUIEFF PA. *L'Antisémitisme*. Coll. PUF "Que sais-je? 2015.

THACKER S.B. HIPPA Privacy and Public Health. *Guidance from CDC and the US Department of Health and Human Services*. MMWR. 2003(52): 1-12.

THIRUGNANAM U., BEE C Y., SIEW L Y., SENG T L. International guidelines for the successful organisation of humanitarian medical missions (HMMs) during peacetime. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2015; 24(3) 181 –187. doi: 10.1177/2010105815598453.

THOMAS L.V. *Rites de mort pour la paix des vivants*. Paris: Fayard; 1985.

TOUBIA N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994; 331(11):712-6. doi: 10.1056/NEJM199409153311106.

Transparency International. Preventing Corruption in Humanitarian Operations. 2010.

TULENKO K. *Countries without Doctors?* Foreign Policy. 2010, available at http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/06/11/countries_without_doctors

U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. (2005) DHHS Publication No. (SMA) 05–4005 Printed.

UEJIMA T. "Medical Missions and Medical Malpractice: the current state of Medical Malpractice Overseas". American Society of Anesthesiologists. ASA 2011; 75 (2):22-24 Available: http://depts.washington.edu/asaccp/sites/default/files/pdf/Click%20here%20for%20_105.pdf.

Unicef. (2013). Mutilations génitales féminines/excision: aperçu statistique et étude de la dynamique des changements» Editeur : UNICEF. www.unicef.org/french.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2005). "Universal Declaration on Bioethics and Human Rights". 33rd session of the General Conference of Unesco. Paris, France. <http://www.unesco.org/shs/ethics>.

US Department of Health and Human Services Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Health Information Privacy. (1996).Section 164.514

Vadémécum. Agir contre le racisme et l'antisémitisme. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. RF. Editeur: Dil-Rah. 2020.

VALDERRAMA F. *Historia de la Unesco*. París: Ediciones Unesco. 1995.

VAN BRABANT K. (2000). *Operational Security Management in Violent Environments. A field manual for aid agencies*. Overseas Development Institute. London ODI. Humanitarian Practice Network (HPN). Good Practice 2000: Review N° 8. Chapter 12. (www.odihpn.org.uk).

VAN BRABANT K. *Mainstreaming the Organizational Management of Safety and Security*. A review of aid agency practices and a guide for management. London, ODI, HPG 2001: Report No. 9 www.odi.org.uk/hpg.

VAN BRABANT K. *Security Guidelines. No guarantee for security*. London, ODI, RRN: Newsletter 7(www.odihpn.org.uk). 1997.

VASAK K. "Éléments pour une définition du droit de l'homme à l'assistance humanitaire", en Commission Européenne. Le droit face aux crises humanitaires. Luxembourg. 1995 ; Anexo 4:165-166.

VERBROUCK C., JASPIS P. *Mutilations génitales féminines et droit d'asile, quelle protection?* Association pour les droits des étrangers. 2009. RDE N° 153. Available from: URL: <http://www.adde.be/index.PHP?>

VILARIÑO PINTOS E. 2016. *Curso de Derecho Diplomático y Consular*. 6ª edición. Editorial: Tecnos.

VOYAME J: « *Rôle et fonctions des ONG dans le système international et leur status en Suisse* », Associations Transnationales 1983 (1) pp 15-16; Rapport introductif présenté par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (Strasbourg, février 1983) in «Le rôle des ONGs dans la société contemporaine»

WALL A. The context of ethical problems in medical volunteer work. *HEC Forum*. 2011; 23: 79–90. doi 10.1007/s10730-011-9155-8.

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006.367(9525):1835-1841, doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3).

Who, Ohchr, Unaid, Undp, Uneca, Unesco, Unfpa, Unhcr, Unicef, Unifem. Eliminating Female Genital Mutilation, an Interagency Statement. World Health Organization; Geneva 2008. Available from: URL <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008>.

WISHART D S., KNOX C., GUO AC., CHENG D., SHRIVASTAVA S., TZUR D., GAUTAM B., HASSANALIET M. DrugBank: A knowledge base for drugs, drug actions and drug targets. *Nucleic Acids Res*, 2008; (36):901–906. Doi: 10.1093/nar/gkm958.

WISHART D S., KNOX C., GUO AC., SHRIVASTAVA S., HASSANALI M., STOTHARD P., CHANG Z., WOOLEY J. DrugBank: A comprehensive resource for in silico drug discovery and exploration. *Nucleic Acids Res*, 2006; (34): 668–672. doi: 10.1093/nar/gkj067.

YODER PS., KHAN S. Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total. DHS Working Papers. USAID, Macro International Inc; 2008, N° 39. Available from: URL: <http://www.meassuredhs.com>

YOUNG R. *Informed consent and patient autonomy. A companion to bioethics*. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell, Oxford. 2010 (44):530–540.

ZAIDI D., WINE E. *An update on travelers' diarrhea. Curr Opin Gastroenterol*. Jan 2015; 31 (1): 7-13. doi: 10.1097 /MOG. 0000000000000133.

ZBAR R I., RAI SM., DINGMAN DL. Establishing cleft malformation surgery in developing nations: a model for the new millennium. *Plast Reconstr Surg*. 2000, 106(4):886–889; discussion 890–881.

Fuentes secundarias

ABECASSIS P., COUTINET N. Les freins à la production locale et à l'accès aux traitements en Afrique. Secteur privé et développement. *La revue de Proparco*. N° 28. 4^{ème} trimestre, 2017.

AGUILAR BENÍTEZ DE LUGO M., CAMPUZANO DÍAZ B., CANO BAZAGA E., GRIEHDER MACHADO H., PÉREZ BEVIA J.A., RODRÍGUEZ BENOT A., RODRÍGUEZ VÁZQUEZ MA., TOMAS ORTIZ DE LA TORRE JA. *Lecciones de Derecho Civil Internacional*. Ediciones Tecnos. Madrid. 1996.

ALESINA A., OZLER S., ROUBINI N., SWAGEL P. "Political instability and economic growth ", *Journal of Economic Growth*, *Springer Link*. 1996; (1). 189-211.

AMRIS S., BLAAUW M., DANIELSEN M., RASMUSSEN O V. L'examen médical physique des victimes de torture présumées. Guide pratique du Protocole d'Istanbul : à l'intention des médecins. *International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)*. Danemark. 2009

AMY JJ. Trauma van de vulva bij het jonge meisje. In Slager E. Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2 009. *Haarlem: Dchg*; Bruxelles. 2009.

ANDANDA P. Module two: informed consent. *Dev World Bioeth*. 2005; 5(1):14-29.

ANNAN K. Forum du millénaire : le secrétaire général se félicite de la « Révolution des ONG » et les appelle à œuvrer pour une mondialisation plus juste. *Couverture des Réunions & Communiqués de presse SG/SM/7411 GA/9710*. (New York: Nations Unies) Mai 2000.

ANNETT A. "Social Fractionalization, Political Instability, and the Size of Government", *IMF Working Paper*. 2000; (48):561-592.

BAUER I. More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements. *Tropical Diseases. Travel Medicine and Vaccines*. 2017; 3(5): 12.

BETTATI M., DUPUY JM. *Les ONG et le droit international*. In: *Politique étrangère*, Decaux, Paris. 1986 ; 51(3). 818-819.

BISHOP R., LITCH J. Medical tourism can do harm. *BMJ*. 2000; 320(7240):1017.

BLANCO L., GRIER R. “Long live democracy: The determinants of political instability in Latin America”, *The Journal of Development Studies*, 2009, (45):76-95.

BORCHARD E. *The Yale Law Journal* 1951, 60, (7):1071-73.

CAMPOS N., KARANASOS M. Growth, Volatility and Political Instability: Non-linear Time-series Evidence for Argentina, 1896–2000”, *Economics letters*, 2008, (100):135-137.

CARRUTH L. Camel milk, amoxicillin, and a prayer: medical pluralism and medical humanitarian aid in the Somali Region of Ethiopia. *Soc Sci Med.* 2014;120:405–12.

CHAPONNIERE JR., COMOLE E., JACQUET P. Les pays émergents et l'aide au développement. Revue d'Économie Financière. Numéro thématique: Les pays émergents. *Mondialisation et crise financière.* 2009; 95.173-188.

CHARNOVITZ S. “Nongovernmental Organizations and International Law”, *The American Journal of International Law*, 2006; 100 (2): 348-372

CHARRIERAS D. *De quelle couleur sont les blancs: Des «Petits Blancs» des colonies au «Racisme anti-Blancs»*, Paris, La Découverte, coll. «Cahiers libres», 2013. 300 p.

CHESTERMAN S. *How “Public” is Public International Law? Towards a Typology of NGOs and Civil Society Actors.* *Global Governance: A Review of Multilateralism.* 2018; (24)159-168.

COLLIER P., HOEFFLER A. “Greed and grievance in civil war” *Oxford Economic Papers.* 2004; 56:(4):563-595.

CORNAGO N. “La descentralización como elemento de innovación diplomática: casusas estructurales y lógicas de acción”, L. Maira (ed.) *La política internacional subnacional en América Latina*, Buenos Aires. *El Zorzal*, 2010, pp. 107-134.

COUSINS GR., Obolensky L., McAllen C., Acharya V., Beebeejaun A. Surgical outcomes of a travelling multidisciplinary team. *J Bone Joint Surg.* 2012; (94):1591–1594.

DANIELSEN L. Skin changes after torture. *Torture.* 1992; (Suppl. 1), 27-32

DANIELSEN L. Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 1982(60):193-209.

DANIELSEN L., GENEKKE I. K., KARLSMARK T., LORENZEN S., NIELSEN K.G., NIELSEN O., THOMSEN H.K., AALUND O. Termiske og elektriske skader i svinehud. [Thermic and electric damages in pig skin] *Ugeskrift for læger*.1978, (140):3191-3197.

DANIELSEN L., KARLSMARK T., THOMSEN H.K., THOMSEN J.L., BALDING L. E. Diagnosis of electrical skin injuries: A review and a description of a case. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1991; (12):222-226.

DANIELSEN L., RASMUSSEN OV. 2006. *Dermatological findings after alleged torture*. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. 2006; 16 (2):108-127.

DANIELSEN L., THOMSEN H. K., NIELSEN O., AALUND O., NIELSEN K. G., KARLSMARK T., GENEKKE I. K. Electrical and thermal injuries in pig skin: Evaluated and compared by light microscopy. *Forensic Science International*, 1978; (12): 211-225.

DANOVITCH GM., CHAPMAN J., CAPRON AM ET AL. Organ trafficking and transplant tourism: the role of global professional ethical standards—the 2008, Declaration of Istanbul. *Transplantation* 2013; 95 (11):1306-12.

DE ABAJO FJ. La Declaración de Helsinki VI: Una Revisión Necesaria, pero ¿Suficiente? *Rev. Esp. Salud Pública* 2001; 75 (5):407-20.

DE GOYET C. Epidemics caused by dead bodies: a disaster myth that does not want to die. *Rev. Pan Americana de Salud Pública* 2004. 15(5):297-9. http://publications.paho.org/english/editorial_dead_bodies.pdf.

DECAMP M. Scrutinizing global short-term medical outreach. *Hastings Cent Rep*. 2007; 37 (6):21–23.

DOMÍNGUEZ-GIL B. Luchar contra el tráfico. Organización Nacional de Trasplantes Madrid, Spain. *Practiques*. 2018 (80): 20-21.

DUPUIS CC. Humanitarian missions in the third world: a polite dissent. *Plast Reconstr Surg*. 2004; 113 (1):433–435.

DUPUY, P. M. *Droit international public*. Dalloz, Paris. pp. 676-677. 1992.

DYHRE-POULSEN P., RASMUSSEN L., RASMUSSEN OV. Undersøgelser af et instrument til elektrisk tortur. Investigation of an instrument of electrical torture. *Ugeskrift for Læger*, 1977; (139):1054-1056.

EASTERLY W., LEVINE R. "Africa's growth tragedy: policies and ethnic divisions", *Quarterly Journal of Economics*, 1997; (112):1203-1250.

EGELAND J., HARMER A., STODDARD A. *To stay and deliver good practice for humanitarians in complex security environments*. OCHA. Policy Development and studies Branch. UN. 2011.

ELGAFI S., Medical liability in humanitarian missions. *Journal of Humanitarian Assistance*. 2014. <https://sites.tufts.edu/jha/archives/2111>.

ELNAWAWY O., LEE A., POHL G. Making Short-Term International Medical volunteer placements work: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2014; 64 (623):329–35.

FORREST D. M. Examination for the late physical after effects of torture. *J Clin Forensic Med*. 1999. 6 (1): 4-13.

GISHEN K., THALLER S R. Surgical Mission Trips as an educational opportunity for medical students. *J Craniofac Surg*. Jun 2015, 26(4):1095-1096.

HA DINH TT., BONNER A., CLARK R., RAMSBOTHAM J., HINES S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016; 14: 210–247.

HAWKINS J. Potential Pitfalls of Short-Term Medical Missions. *J. of Christian Nursing*, 2013. 29 (3):173-177.

HOLT GR. Ethical conduct of humanitarian medical missions, I: informed consent. *Arch Facial Plast Surg*. 2012; 14 (3): 215-217.

HOROKS M. Parler de l'excision. *Pratiques*. 2009; 45: 36-38.

ISAACSON G., DRUM ET., COHEN MS. Surgical missions to developing countries: Ethical conflicts. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 143 (4):476–479.

ISLES AF. Understood consent versus informed consent: a new paradigm for obtaining consent for paediatric research studies. *Front Pediatr*. 2013; 1:38. doi.org/10.3389/fped.2013.00038.

JINSOO M. International Medical Mission Facing Global Increase of Chronic Disease: 2-Year Experience in Bangladesh. *J Korean Med Sci* 2016, 31 (2): 326-328.

KAPLAN A., FORBES M., BONHOURE I., UTZET M., MARTÍN M., MAMEH M., CEESAY H. “Female Genital Mutilation/Cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the new-born”. *Int J of Women’s Health*, 2013, (5): 323–331.

KAPLAN A., HECHAVARRÍA S., BERNAL M., BONHOURE I. “Knowledge, attitudes and practices on Female Genital Mutilation/Cutting among health care professionals in The Gambia: a multi-ethnic study”. *BMC Public Health*, 2013, 13: 851. Available biomedcentral.com/1471-2458/13/851.

KAPLAN A., RIBA L., LAYE M., SECKA D., UTZET M., LE-CHARLES M. “Female Genital Mutilation/Cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia”. *Int J Women’s Health*, 2016 (8):103-117. Doi 10.2147/IJWH.S102201.

KJÆRSGAARD AR., GENEFKKE IK. Torture in Uruguay and Argentina. *Ugeskr Læger*. 1977, 139(18):1057-9.

KLEINMAN A., BENSON P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Med*. 2006; 3 (10):1673–6.

LA PORTA R., LOPEZ-DE-SILANES F., SHLEIFER A., VISHNY R. “The quality of government”. *Journal of Law, Economics, and Organization*, 1999. 15(1):222-279

LALANDE M. Pardon Madame. *Pratiques* 2009; 45: 39-40.

LAW V., KNOX C., DJOUMBOU Y., JEWISON T., GUO A C., LIU Y., MACIEJEWSKI A., ARNDT D., WILSON M., NEVEU V., TANG A., GABRIEL G., LY C., ADAMJEE S., DAME Z., HAN B., ZHOU Y., WISHARTET D. DrugBank 4.0: Shedding New Light on Drug Metabolism. *Nucleic Acids Res*. 2014; 42:1091-7. D1091-7. doi: 10.1093/nar/gkt1068.

LESCLINGAND M., ANDRO A., LOMBART T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(21):392-9

LEYE E., YSEBAERT I., DEBLONDE J., CLAEYS P., VERMEULEN G., JACQUEMYN Y., TEMMERMAN M. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynecologists. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008; 13 (2):182–190.

- MALAY PB. Short-Term Medical Missions and Global Health. *J Foot Ankle Surg.* 2017; 56 (2): 220-222.
- MARTENS K., "Examining the (Non-) Status of NGOs in International Law". *Ind. J. Global Legal Stud.*, 2003, 10 (2):1-24.
- MERLE M. 'The Working of international NGOs and their Legal Status". *Transnationales Associations.* 1986 (3).133- 136.
- MERLE M. "Le Status Juridique des ONG". *Associations Transnationales.*1983 (1):18-20.
- MERLE M. "Un imbroglio juridique". Le "Status" des ONGs entre le droit international et les droits nationales". *Transnationales Associations*, 1995 (5): 266-272.
- MERLE M. Les Acteurs dans les Relations Internationales. *Rev Française de Science Politique* 1987, 37(29):249-251.
- MILJKOVIC D., RIMAL A. "The impact of socio-economic factors on political instability: A cross-country analysis", *The Journal of Socio-Economics*, 2008, 37 (6): 2454-2463.
- MONGELARD E. "Corporate civil liability for violations of international humanitarian law". *International Review of the Red Cross.* 2006; 88 (863): 665-691.
- MONTALVO J G., Reynal-Querol M. "Ethnic Polarization, Potential Conflict, and Civil Wars". *The American Economic Review*, 2005; 95 (3):796 – 816.
- MONTGOMERY L. Short-Term Medical Missions: enhancing or eroding health. *Missiology.* 1993; 21(3):333–41.
- MOROZOV GRIGORI, L: Les organisations internationales non gouvernementales et le droit international. *Associations Internationales.* 21. 1970 (3) pp130-139.
- MURRAY C. K., HORVATH L. L. An approach to prevention of infectious diseases during military deployments. *Travel Medicine. Clinical Infections Diseases.* 2007; 44(3):424-30.
- NOLLKAEMPER A., JACOBS D. "Shared Responsibility in International Law: A Conceptual Framework". *Michigan Journal of International Law*, 2013, 34: 359-438 and 366-368;
- NOWROT K. "Legal Consequences of Globalization: The Status of Non-governmental Organizations Under International Law", *Ind. J. Global Legal Stud.*, 1999 (6): 579

OKAFOR G. The impact of political instability on the economic growth of ECOWAS member countries. *J. Defense and Peace Economics*. 2017. 28 (2): 208-229.

OKAFOR G. The impact of political instability on the economic growth of ECOWAS member countries *Journal: Defence and Peace Economics*. 2017; 28 (2): 208-22.

OTT BB., OLSON RM. Ethical issues of medical missions: the clinicians' view. *HEC Forum*. 2011; 23:105–113.

PAILLER JJ. Post-Traumatic Stress Disorder PTSD. *Revue Francophone du stress et du trauma*. 2005 ; 5(2) :153

PALDAM M. "Inflation and political instability in eight Latin American countries 1946–1983", *Public Choice*, 1987; (52): 143-168. 1987.

PÉREZ GONZÁLEZ M. *España y la práctica del Derecho Internacional. LXXV Aniversario de la Asesoría Jurídica. Internacional del MAEC*. "Una misión posible: mejorar el sistema de eficacia del Derecho Internacional Humanitario" Págs. 383-418. 2014.

PÉREZ GONZÁLEZ, M: En torno al "Status" de las asociaciones internacionales en derecho internacional privado y en derecho de gentes. *Revista Española de Derecho Internacional*. (R.E.D.I.). 1977; 30. (2/3): 315-338.

PETERSEN H. D., Rasmussen O. V. Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science International*. 1992; 53 (1): 97-116.

RAMSEY K.M., WEIJER C. "Ethics of Surgical Training in Developing Countries." *World Journal of Surgery*. 2007; 31(11): 2070-2071.

RASK-ANDERSEN M., ALMÉN M S., SCHIÖTH H B. Trends in the Exploration of Novel Drug Targets. *Nat Rev Drug Discov*. 2011;10(8):579-90.

RASMUSSEN O V., HELWEG-LARSEN K., KELSTRUP J., CARLÉ P., REHOF L.A. The medical component in fact-finding missions. *Dan Med Bull*. 1990; 37 (4):371-4.

RASMUSSEN O.V. Medical aspects of torture. Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark. *Danish Medical Bulletin*. 1990. 37 Suppl. (1):1-88.

REYES H. Doctors in prison: documenting torture in detention. *Torture*. 2008;18(39):179-82.

ROBERTS M. A piece of my mind. Duffle bag medicine. *JAMA*. 2006; 295(13):1491–2. doi: 10.1001/jama.295.13.1491.

ROUSSEAU C. Droit International Public : Les Relations Internationales. *Politique étrangère*. Paris, Sirey, 1980, 45 (4)1046-1047.

SÁNCHEZ ESTEBAN J. “El marco jurídico de la Ayuda Humanitaria”, Madrid. CESEDEN. Boletín de información. 2007(299): 75-77 http://www.ceseden.es/centro_documentacion/boletines/299.pdf

SCHEPPER-HUGHES N. «The Ultimate Commodity» *The Lancet*. 2005, 366 (9494):1349-1350.

SCHWEDA M., SCHICKTANZ S, «The "Spare Parts Person" Conceptions of the Human Body and their Implications for Public Attitudes towards Organ Donation and Organ Sale», *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2009, 4(1): 4-14. doi: 10.1186/1747-5341-4-4.

Shah S., Wu T. “The medical student global health experience: professionalism and ethical implications.” *J Med Ethics*. 2008; 34 (5): 375-378.

SUND J. Female genital mutilation. *Lancet* 2003; 362, Suppl 26-7. DOI: 10.1016/s0140-6736(03)15064-7.

SYKES KJ. Service trips: a systematic review of the evidence. *Am J Pub Health*. 2014; 104 (7): 38 – 48.

TAN R. “The preparation of volunteers for deployment in emergencies”. *Aust J. of Emergency Management*, 2006, 21 (4):54-59.

THOMPSON LA., BLACK E., DUFF WP., PARADISE BLACK N., SALIBA H., DAWSON K. Protected health information on social networking sites: ethical and legal considerations *Med Internet Res*. 2011;13 (1): e 8. doi: 10.2196/jmir.1590.

TIDBALL-BINZ M. Managing the dead in catastrophes: guiding principles and practical recommendations for first responders. *International Review of the Red Cross*. 2007; 89 (866): 421-442.

TOEBES B. “International Health Law: an emerging field of public international law”, *Indian Journal of International Law*, September 2015; 55 (3):299-328

VERWEY W.D. "Humanitarian intervention under International Law", *Netherlands International Law Review*. 1985 (3): 404.

WADHWA D., YOUSSEF D. A four-week adventure to save the world. *British Columbia Medical Journal (BCMJ)*. 2011; 53(9): 488–489.

WEINSTEIN HM., DANSKY L., LACOPINO V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med*. 1996;165(3):112-8

WHITEHEAD J. «The Harvest: Human Organs and Human Security», *Human Security Journal*, 2008; (6): 18-32.

WIEVIORKA M. (2014) Le racisme, une introduction. Essais. Editeur: *La Découverte/Poche*. Paris.

WISHART D S., FEUNANG YD., GUO AC., LO EJ., MARCU A., GRANT JR., SAJED T., JOHNSON D., LI C., SAYEEDA Z., ASSEMPOUR N., LYNKKARAN I., LIU Y., MACIEJEWSKI A., GALE N., WILSON A., CHIN A., CHIN L., CUMMINGS R., LE DIANA., PON A., KNOX C., WILSON M. DrugBank 5.0: A major update to the DrugBank database for 2018. *Nucleic Acids Res*, 2018; 46:D1074–D1082. Doi: 10.1093/nar/gkx1037.

ZAMAN QASIM M. «Death, Funeral Processions, and the Articulation of Religious Authority in Early Islam», *Studia Islamica*. 2001; 107(93): 27-58.

Anexos

Anexo I: Acrónimos

ACCD: Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo
ACNUDH: Oficina Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Derechos Humanos
ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ADI: Asociación de Derecho Internacional
ADME: Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción
ADMET: Absorption, Distribution, Metabolism, Excretion, and Toxicity
AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional
AEF: Asociación Española de Fundaciones
AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AGNU: Asamblea General de las Naciones Unidas
AH: Ayuda Humanitaria
AHI: Ayuda Humanitaria Internacional
AJTMH: The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene
ALH: Área Logística Humanitaria
AMREF: African Medical and Research Foundation
ANSO: Oficina para la Seguridad de las ONG en el Afganistán
AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo
APS: Atención primaria de salud
ATA: Agencia de transportes Aéreos
AWSO: Base de Datos sobre la Seguridad de los Trabajadores Humanitarios
BOE: Boletín Oficial del Estado
CARE: Christian Action Research and Education
CCAA: Comunidades Autónomas
CCE: Comunidad Económica Europea
CCMC: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
CDDHH: Comisión de Derechos Humanos
CEA: Comisión Económica para África
CEDAW: Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women
CEU: Centro de Estudios Universitarios
ChEBI: Chemical Entities of Biological Interest
CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja
CICR: International Committee of the Red Cross
CIL: Derecho Internacional de Costumbres
CONGDE: Coordinadora de Organizaciones de Cooperación para el Desarrollo
CRE: Cruz Roja Española

CSA: Committee on Substance Abuse
DCA: Dan Church Aid
DCI: Denominación Común Internacional.
DDHH: Derechos humanos
DFID: Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
DI: Derecho Internacional
DI: Derecho Interno
DIC: Derecho Internacional Contemporáneo
DIH: Derecho Internacional Humanitario
DOCE: Diario Oficial de la Comunidad Europea
DRC: Consejo Danés para los Refugiados
ECHO: European Community Humanitarian Office
ECOWAS: Economic Community of West African States
ECPAT: End Child Prostitution and Trafficking of Children
EEUU: Estados Unidos de América
EIGE: Instituto Europeo para la Igualdad de Género
EISF: Foro Europeo de Seguridad Interinstitucional.
ENa.i: Encargado de Negocios *ad interim*
EPI: Equipo de protección Integral
EPN: Ecumenical Pharmaceutical Network
ESA: Este y Sur de África
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FB: Fundación Barraquer
FC: Fundación Clarós
FDA: Food and Drugs Administration
FFAA: Fuerza Armadas
FICR: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja
FIP: International Pharmaceutical Federation
FMI: Fondo Monetario Internacional
FMT: Equipo médico extranjero
GHC: Consejo Mundial de la Salud
GRI: Global Reporting Initiative
HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act
HRL: Derecho de los derechos humanos
IASC: Comité Permanente entre Organismos de Asuntos Humanitarios
IASMN: Red Interinstitucional de la Gestión de la Seguridad
IDI: Instituto de Derecho Internacional. Institut de Droit International

IECAH: Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria
IGAD: La Autoridad Intergubernamental para el Desarrollo
IMPACT: International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce
IRIN: Redes de Información Regional Integrada de las Naciones Unidas
KEGG: Kyoto Encyclopaedia of Genes and Genomes
LAP: Ley de Autonomía del Paciente
LOPDGDD: Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales
LOPJ: Ley Orgánica del Poder Judicial
MAEC: Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación
MGF: Mutilación Genital Femenina
MM: Misión Médica
MMI: Misión Médica Internacional
MSF: Médicos sin Fronteras
MSTT: Medical Short-term Trip
MTM: More than Me
NAFDAC: National Agency for Food and Drug Administration and Control
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OCHA: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU
ODM: Organización del Desarrollo del Milenio
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OFDA: Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero
OIG: Organismos Intergubernamentales
OIM: Organización Internacional para las Migraciones
OMC: Organización Mundial del Comercio
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización no Gubernamental
ONGD: Organización no Gubernamental de Desarrollo
ONGm: Organización no Gubernamental médica
ONU: Organización de las Naciones Unidas
PDB: Protein Data Bank
PMA: Programa Mundial de Alimentos
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PQMD: The Partnership for Quality Medical Donations
PSEA: Explotación y el Abuso Sexual
PVD: Países en vías de desarrollo
QSAR: Quantitative structure-activity relationship
RC: Responsabilidad Civil

RGPD: Reglamento Europeo de Protección de Datos
RRHH: Relaciones Públicas
RSF: Reporteros sin Fronteras
SECIPI: Secretaría de Estado de Cooperación Internacional para Iberoamérica
SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SHAM: Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
SIRS: Servicio de Seguridad de notificación de incidentes de las UN
SMI: Iniciativa de Gestión de la Seguridad
SOD: Desastres repentinos de inicio
SR: Evaluación del Riesgos de Seguridad
SRM: Gestión del riesgo de seguridad
SRP: Servicio de Responsabilidad Profesional
SSA: África Subsahariana
SSA: Secretaría de la Salud
SSFFC: Substandard, Spurious, Falsely Falsified Labelled and Falsified Counterfeit
STEGH: Experiencia a corto plazo en salud global
STMM: Misión médica a corto plazo
STMMI: Short Term Medical Mission International
TC: Tribunal Constitucional
TFUE: Tratado de Funcionamiento de la Unidad Europea
TS: Tribunal Supremo
TUE: Tratado de Funcionamiento de la Unidad Europea
UB: Universitat de Barcelona
UCJC: Universidad Camilo José Cela
UE: Unión Europea
UME: Unidad Militar de Emergencia
UNDP: United Nations Development Programme
UNDSS: Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas
UNESCO: Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura
UNFPA: United Nations Population Fund
UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees
UNHRD: United Nations Humanitarian Response Depot
UNICEF: United Nations Children's Fund
UNSMS: Sistema de Gestión de la Seguridad de las Naciones Unidas
USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH: Human Immunodeficiency Viruses
WASH: Water, Sanitation and Hygiene

WB: World Bank

WHO: World Health Organization

WMA: World Medical Association

WWF: World Wide Fund for Nature

Anexo II: Certificado de estancia extranjero para cumplir los requisitos de la Escuela de Doctorado de la UAO.



Protonotariat Acadèmic

El **Dr. Marc B. Escolà i Pons**, Protonotari Acadèmic de la Universitat Europea IMF, institució d'ensenyament superior del Principat Andorra autoritzada per l'acord del 19 de desembre del 2019 del Govern andorrà, i inscrita al registre de l'Espai Europeu d'Educació Superior (www.ehea.info/page-andorra), en exercici de les atribucions estatutàries del seu càrrec, per la present,

CERTIFICA:

Primer: Que el **Sr. Pedro CLARÓS** va sol·licitar l'admissió com a Investigador Visitant a l'Escola de Doctorat J. H. Newman, d'acord amb el que preveu l'article 32.2 dels Estatuts de la Universitat, en data 4 de desembre del 2020.

Segon: Que el **Sr. Pedro CLARÓS** va acreditar la seva condició de doctorand de la Universitat Abat Oliba CEU de Barcelona (CEINDO).

Tercer: Que la Direcció de la Càtedra Fiter i Rossell de Ciències Jurídiques i Polítiques va informar favorablement la sol·licitud presentada pel **Sr. Pedro CLARÓS** en data 16 de desembre del 2020.

Quart: Que la Direcció de l'Escola de Doctorat J. H. Newman, va resoldre favorablement la sol·licitud d'admissió en data 22 de desembre del 2020.

Cinquè: Que d'acord amb la resolució esmentada, la condició d'Investigador Visitant del **Sr. Pedro CLARÓS** s'inicia a partir dia 1 de gener del 2021 i finalitza el dia 15 de febrer del 2021.

I, per tal que se'n tingui constància i sorgeixin els efectes que en dret corresponguin, signo la present certificació, a petició de la persona interessada a Sant Julià de Lòria, el dia 29 de desembre del 2020.

Signat: **Dr. Marc B. Escolà**
Protonotari Acadèmic

www.euniv.eu
Av. Meritxell, 30 baixos · AD500 ANDORRA LA VELLA

Title: Facial human bites. Vision on STMMs in Africa.

Authors: Pedro Clarós, Natalia Kanska and Clarós A.

Otolaryngol Pol, 2020; 74 (5): 31-35. Impact Factor: 0,217 Quartil:3

Facial human bites. Vision on STMMs in Africa

Pedro Clarós¹, Natalia Końska², Andrés Clarós¹

¹Clarós Otorhinolaryngology Clinic, ENT and Facial Plastic Surgery, Barcelona, Spain

²Department of Otorhinolaryngology, Stefan Zeromski Specialist Hospital, Cracow, Poland and Scholarship in Clarós Clinic, Barcelona, Spain

Article history: Received: 19.03.2020 Accepted: 14.04.2020 Published: 15.04.2020

ABSTRACT: **Objectives:** Human bites of the face are a frequent and serious health issue as they often compromise patients function and aesthetics as well as lead to further complications. The aim of the study is to review human bites of the face referred to our team during 112 short-term medical missions (STMMs) in Sub-Saharan Africa over the past 20 years and to discuss the epidemiology, appearance, management and outcome, including the most common complications.

Methods: A retrospective medical documentation review was carried out examining all human bites of the face operated by our team during 112 STMMs from 2000 to 2019 in different countries of Sub-Saharan Africa.

Results: Out of about 5500 patients medical charts 51 patients were selected due to history of human bite. Patients' age range was 15–65 years, female to male ratio was 1,55:1, the most often involved parts were: lips, ear and nose. Various surgical procedures were carried out including local flaps and free grafts. Infection and graft necrosis were the most common reported complication (n = 4; 9.3%).

Conclusion: Human bites injuries are a serious health problem in some African populations because of their frequency and possible severity. The treatment is particularly challenging due to their potential to cause local infections, the risk they pose for transmission of systemic diseases as well as their demanding surgical management.

KEYWORDS: Africa, face, human bites, management, short-term medical missions

ABBREVIATIONS

HBV – hepatitis B virus

HCV – hepatitis C virus

HIV – human immunodeficiency virus

HIV-1 – human immunodeficiency virus 1

STMMs – short-term medical missions

INTRODUCTION

At times when emotions run high, it happens that people use their teeth as a weapon to attack or defend. The size and severity of the injuries vary, ranging from small cuts to total avulsion and tissue loss. Human bite injuries are a serious health problem because of their frequency and possible severity, the fact that they are common causes of suffering and pain, and also that they might be a cause of disability or even death. They are particularly challenging due to their potential to cause local infections, the risk they pose for transmission of systemic diseases as well as their demanding surgical management.

Human bite injuries and the associated complications are common issue in the developing countries in Africa. Bite wounds are frequently located on the face. Because of their location, they often compromise function and aesthetics, leading to social and psychological consequences. The sociocultural system appear to

affect the majority of this type of injury. The causes vary and include, among others, jealousy, workplace conflicts and matrimonial disputes in mono or polygamous marriages. These factors seems to be amplified by social tension and competition caused by overcrowding and difficult economic conditions [1].

In last 20 years we have organized 112 STMMs, focusing on head and neck surgery and facial plastic surgery in different countries in Africa. In this paper we report the presentation, management and surgical outcomes of patients operated on for human bites of the face by our team during the short term medical missions in Africa.

MATERIAL AND METHODS

A retrospective medical documentation review was carried out examining all head and neck human bites (adult and pediatric) over the past 20 years during 112 STMMs in Senegal, Sudan, Ethiopia, Ghana, Kenia, Gabon, Uganda, Cameroon, Democratic Republic of Congo, Cabo Verde, Gambia and Burundi.

Patients

Our study included all the patients with facial human bites injuries referred to our team during 112 STMMs from 2000 to 2019. All the patients were treated by the same chief surgeon specialized in head and neck surgery as well as facial plastic surgery.



Fig. 1. Partial amputation of auricle reconstructed with local flaps and cartilage graft.



Fig. 2. Partial amputation of nose reconstructed with rotation flap.



Fig. 3. Avulsion of part of the upper lip reconstructed with rotation flap.



Fig. 4. Human bite injury of the eyelid reconstructed with free skin graft.

Patients referred due to wounds that healed with complications which compromised function or aesthetics (e.g. keloid formation) were excluded from the study.

32

Treatment

In all the cases the initial treatment was the same: extensive wound irrigation with saline followed by careful and conservative debridement. Medical treatment included tetanus prophylaxis as all the human bite injuries were treated as tetanus-prone wounds. Patients with unknown or <3 doses of tetanus immunization were given a tetanus vaccination and tetanus immunoglobulin. Also in patients with 3 or more doses of the tetanus vaccine with the last dose more than 5 years prior, a tetanus vaccination was given. Antibiotic prophylaxis was administered to all the patients.

Wounds with no evident clinical signs of infection were surgically managed through primary closure. In the wounds with evidence of infection, the closure was postponed and a broad-spectrum antibiotic was administered. The signs of infection included: purulent drainage, increasing pain, redness and swelling of wounded area.

Surgical treatment varied depended on location and the severity of the injury.

Ear injuries: Avulsion of the skin alone with exposed areas of cartilage with untouched perichondrium were covered by vascularized tissue using full-thickness skin grafts. Partial avulsions of ear on a pedicle were simple reattached as cutaneous blood flow to the ear is often sufficient even in small pedicles. In the case of total amputation of large segments of auricle, ear reconstruction was performed (Fig. 1.).

Nasal injuries: Through-and-through lacerations were sutured in layers. Exposed cartilage were covered by local flaps or skin grafts. Complete amputations with significant loss of cartilage were repaired with a combination of local flaps and cartilage grafts (Fig. 2.).

Lip, cheek and eyelids injuries: laceration wounds were sutured in layers. Avulsions of large parts of tissue were reconstructed with local flaps or free skin grafts (Fig. 3., 4.).

Analyses

Demographics, treatment and outcome information was recorded. Facial bite wounds were assigned into 6 groups based on the extent of injury (Tab. I.).

Data obtained was entered into a Microsoft Excel spread sheet and analysed in TIBCO Data Science – Statistica software version 13.3.

RESULTS

A total of 5,500 patients were operated on during the 20 years of surgical otorhinolaryngological STMMs carried out by our team. Two hundred of them had traumatic injuries and fifty one of those injuries were human bite wounds.

The victims' age range was 15 to 65 years, with a mean 32.4 ± 11.5 . Women constituted the majority of patients, with female to male ratio 1.55:1.

Facial injuries in the studied population predominantly involved the lips, followed by ear, nose, chin, cheek and eyelid. Although when the male and female groups were evaluated separately, the places of the most common injuries differed according to gender (Tab. II.).

All wounds assessed involved breach of the integrity of the skin, with tissue loss (complete amputations) reported in 13 cases (25.5%). The remaining injuries were complex lacerations with no avulsion of the tissue (Tab. III.).

Time to initial emergency department presentation is shown in Table 4. Women rarely came to the emergency department in the first hours after the injury, although the relation between gender and time of first intervention (early < 24 h and late > 24 h) was not significant $\chi^2 (1, N = 51) = 2,82; p > 0.05$.

Treatment outcome

Out of fifty one ($n = 51$) patients referred to the hospitals that hosted us during the missions, forty three ($n = 43; 84.3\%$) were treated primarily on presentation and the eight ($n = 8$) patients who reported with infection had either delayed surgical closure ($n = 5$) or healed by secondary intention ($n = 3$). Thirty nine ($n = 39$) patients from the group of primary closure recovered without complications and a satisfactory cosmetic result, and four ($n = 4$) developed an infection and tissue necrosis.

DISCUSSION

In our study we included 51 cases of human bite wounds treated by our team over the 20 years of experience in humanitarian missions. It should be emphasized that this data does not show the actual incidence rate of human bites in the population. These statistics show the number of cases that were presented to our team during STMMs. The duration of our stay in each country was about seven days and we carried out medical missions four to six times a year in different countries. Moreover, due to the nature of our service, we dealt mostly with patients with more severe wounds referred from local emergency departments.

In our study we described more cases of bite injuries in women than in men (60.78% vs 39.22%). This is consistent with the studies from Tanzania [2] and Nigeria [3, 4], which showed that most attackers and victims were females but is inconsistent with results from Ghana [5], where more males than females were involved. Predominance of women can be explained by the fact that females might have preferred to use teeth during fights, as often the fights were related to jealousy. They might have wanted to disfigure their rivals and punish them. Matrimonial conflicts in mono or polygamous marriages, jealousy and unfaithfulness are the important reasons for fights between man and wife or wife and co-wife [2, 4].

The body parts most often involved in the studied population were the lips, followed by the ear, nose, chin, cheek and eyelid. These findings are consistent with other studies which show that lower lip was the most common involved site [2, 3]. In their study Henry et al. [6] found the ear to be the most commonly involved

Tab. I. Classification of facial bite injuries.

TYPE	CLINICAL FINDINGS
1A	Partial skin detachment (pediculated)
1B	Complete skin detachment
2A	Partial skin detachment (pediculated) with cartilage exposure
2B	Complete skin and cartilage detachment
3A	Partial skin detachment (pediculated) with muscle involvement
3B	Complete skin and muscle detachment

Tab. II. Injury sites by sex.

SEX	EAR	LIPS	NOSE	CHIN	CHEEK	EYELID	TOTAL
Male	9	0	4	3	2	2	20
Female	4	20	2	2	2	1	31
Total	13	20	6	5	4	3	51

Tab. III. Number of patients depending on the severity of the injury.

INJURYTYPE	N = MALE (%)	N = FEMALE (%)	N = TOTAL (%)
1a	8 (15.68%)	11 (21.57%)	19 (37.26%)
1b	1 (1.96%)	1 (1.96%)	2 (3.92%)
2a	6 (11.77%)	5 (9.80%)	10 (19.61%)
2b	4 (7.84%)	2 (3.92%)	6 (11.77%)
3a	1 (1.96%)	7 (13.73%)	8 (15.67%)
3b	0 (0%)	5 (9.80%)	5 (9.80%)
Total	20 (39.22%)	31 (60.78%)	51 (100%)

Tab. IV. Time to initial emergency department presentation.

SEX	<12 H	12-24 H	>24 H
Male	4 (7.84%)	5 (9.80%)	11 (21.57%)
Female	2 (3.92%)	5 (9.80%)	24 (47.06%)
Total	6 (11.76%)	10 (19.61%)	35 (68.63%)

site, however, demographic conditions varied considerably (plastic surgery unit in Dublin, Ireland). This can be explained by the fact that these are the most prominent parts of the face and therefore are the easiest for the assailant to reach.

The complications associated with human bites in the facial region include subsequent local infection, and risk of systemic disease transmission and deformities, which can compromise patients' function and aesthetics. A significant late complication, especially in the black African population, is formation of keloids.

Human bites have higher rates of infection than comparable injuries [7]. Human saliva is known to contain 900×10^6 organisms/ml, with over 150 types represented [8]. Other factors that may increase rates of infection are delayed presentation for medical assessment and bites on relatively avascular structures like the ear cartilage.

A multicenter prospective study of 50 patients with infected human bites revealed that *Streptococci*, which form the physiological bacterial flora, were the most frequent pathogens isolated from infected human bites [9]. *S. anginosus* was the predominant

pathogen, which may be due to its unique ability to cause abscesses [9, 10]. *Staphylococci*, particularly *S. aureus*, and *E. corrodens* were other common aerobic organisms. *E. Corrodens* is an indigenous oral microorganism that normally inhabits dental plaques, and which may be an opportunistic pathogen associated with human bites infections [11]. Therefore, empirical antimicrobial therapy should be directed against *S. anginosus*, *S. aureus*, *E. corrodens*, and oral anaerobic organisms. In antimicrobial susceptibility testing amoxicillin – clavulanic acid and moxifloxacin offer the best in vitro coverage of the pathogenic flora [9].

Delayed presentation (>12 h) to the emergency department is a factor associated with increased risk of infection [6, 12]. The vast majority 88.24% (n = 45) of our patients presented more than 12 hours after injury. These results are consistent with other studies [4, 6]. Late presentation for professional medical help, especially by women, may be associated with shame and a feeling of being stigmatized by the bite.

Another danger associated with human bites is the risk of transmitting systemic infectious diseases. Saliva can contain a range of infectious agents and therefore the possibility exists of its transmission through a bite that breaks the skin.

HCV-RNA and HBV-DNA can both be detected in the saliva of infected patients. This might provide an argument for the possible transmission of HCV and HBV via contaminated saliva through breaks in the skin [13, 14]. Single cases and experimental studies of transmission of viral hepatitis through this route have been reported in the literature [15, 16, 17].

The potential risk of HIV-1 infection following human bite exists, which have been documented in rare case reports [18, 19]. HIV can be present in the saliva, although infrequently and at low levels. The risk of transmission of HIV is considerably greater when there is blood in the mouth of the person doing the biting.

The *Clostridium tetani* has never been reported to be present in human mouth, however the potential danger of acquiring tetanus after human bite has been described in the literature [20, 21]. This is likely due to the fact that the wounds can be invaded secondarily. The bite crushes the tissue and creates the ideal medium for bacteria growth. Thereby, tetanus prophylactic therapy is recommended for all human bite wounds.

Surgical management of human bite wounds of the head and neck remains a controversial area as there is no standardized treatment. The treatment goals are infection prevention and healing with good cosmesis.

Proper surgical toilet with wound irrigation with saline followed by careful debridement remains the main initial treatment [22]. Certainly devitalized tissue should be removed, whereas questionable areas are left intact, because the generous vascular supply of the

face often facilitates survival of such tissue [22]. As a further treatment, some authors suggest delayed surgical closure (>24 h post-injury) to prevent infection [23]; others, in the absence of clinical evidence of infection, propose primary closure as it provides the best cosmetic result and the face is a region where a satisfactory aesthetic outcome is especially important [6, 22]. A fundamental rule for wound closure is that the tissues must be approximated without tension that can result in dehiscence and subsequently lead to infection. Primary closure, facilitated by mobilization of local flaps when there is significant tissue loss, is indicated for most facial bite wounds [22]. There has been publication reporting that locally injected hyaluronidase may help to decrease the edema and increase perfusion, and thus allows for easier tissue manipulation to achieve closure without tension [24].

Avulsive wounds require special management as an acceptable aesthetic result can sometimes only be achieved with reconstructive procedures. Replantation of completely detached parts of the lips or ears with the simple reattachment of the amputated part usually leads to necrosis [25]. Microsurgery techniques can be successful, but, because of their complexity, they are not widely used. Good effects can also be achieved with reconstruction using locoregional flaps (chondrocutaneous flaps, midline forehead flap, nasolabial flaps and skin grafts) in patients with healed wounds [23].

One of the late complications of human bite injuries that should be highlighted, especially in the African population, is the formation of keloids. The clinical spectrum ranges from unattractive scars to large protruding lesions, sometimes associated with contractures and functional impairment. Keloid scars are seen more frequently in people of black African ethnic origin.

Worldwide, the prevalence of keloids varies from 0.9% in the U.K. to 16% in the Democratic Republic of Congo [26]. Among people with keloids, the ear lobe was the single most common site affected by keloids [27]. There are proposed many therapeutic modalities, most having had limited success. Surgical excision is the most common treatment for a significant amount of keloid lesions. However, when used as the solitary form of treatment, it is associated with large recurrence rate. Intralesional corticosteroid injection (triamcinolone acetonide) or pressure therapy following surgical excision has shown promising results, especially in keloids of the ear and earlobe [28].

CONCLUSION

Human bites are relatively common in some undeveloped countries in Africa. Most human bites can be treated by wound debridement and primary closure with no future complications. Some of patients require special surgical management with reconstruction methods. Common early complications include infection and flap necrosis, and a significant late complication is the formation of keloids.

REFERENCES

1. Robsam S.O., Ihechi E.U., Olufermi W.O.: Human bite as a weapon of assault. *African Health Sciences.*, 2018; 18(1): 79–89.
2. Shubi F.M., Hamza O.J., Kalyanyama B.M., Simon E.N.: Human bite injuries in the oro-facial region at the Muhimbili National Hospital, Tanzania. *BMC Oral Health.*, 2008; 8(12): 1–6.
3. Obukwe O.N.: A study of human bite injuries to the face. *Cent Afr J Med.*, 2002; 48(5–6): 68–71.
4. Robsam S.O., Ihechi E.U., Olufermi W.O.: Human bite as a weapon of assault. *African Health Sciences.*, 2018; 18(1): 79–89.
5. Donkor P., Banks D.O.: A study of primary closure of human bite injuries to the face. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*, 1997; 55(5): 479–481.
6. Henry F.P., Purcell E.M., Eadie P.A.: The human bite injury: a clinical audit and discussion regarding the management of this alcohol fuelled phenomenon. *Emergency Medicine Journal.*, 2007; 24(7): 455–458.
7. Malay P.B.: Short-Term Medical Missions and Global Health. *The Journal of Foot and Ankle Surgery.*, 2017; 56(2): 220–222.
8. Gomez S.M., Danser M.M., Sipos P.M., Rowshani B., Velden U.V.D. et al.: Tongue coating and salivary bacterial counts in healthy/gingivitis subjects and periodontitis patients. *Journal of Clinical Periodontology.*, 2001; 28(10): 970–978.
9. Talan D.A., Abrahamian F.M., Moran G.J., Citron D.M., Tan J.O. et al.: Clinical Presentation and Bacteriologic Analysis of Infected Human Bites in Patients Presenting to Emergency Departments. *Clinical Infectious Diseases.*, 2003; 37(11): 1481–1489.
10. Gosling J.: Occurrence and Pathogenicity of the *Streptococcus milleri* Group. *Clinical Infectious Diseases.*, 1988; 10(2): 257–285.
11. Chen C., Dunford R., Reynolds H., Zambon J.: *Eikenella corrodens* in the Human Oral Cavity. *Journal of periodontology.*, 1989; 60(11): 611–616.
12. Eardley W., Harrison M.H., Coady M.: Human Bite Injury In North East England – The Impact Of Alcohol Intake On A Mode Of Violent Assault. *Journal of the Royal Army Medical Corps.*, 2006; 152(1): 22–25.
13. Ferreira M., Dios P., Scully C.: Transmission of hepatitis C virus by saliva? *Oral Diseases.*, 2005; 11(4): 230–235.
14. Vandereijk A., Niesters H., Gotz H., Janssen H., Schalm S. et al.: Paired measurements of quantitative hepatitis B virus DNA in saliva and serum of chronic hepatitis B patients: implications for saliva as infectious agent. *Journal of Clinical Virology.*, 2004; 29(2): 92–94.
15. Figueiredo J.E.C., Borges A.S., Martinez R., Martinelli A.D.L.C., Villanova M.G. et al.: Transmission of Hepatitis C Virus but Not Human Immunodeficiency Virus Type 1 by a Human Bite. *Clinical Infectious Diseases.*, 1994; 19(3): 546–547.
16. Fenton P., Stornello C.: Hepatitis B virus transmitted via bite. *The Lancet.*, 1991; 338(8780): 1466.
17. Scott R.M., Snitbhan R., Bancroft W.H., Alter H.J., Tingpalapong M.: Experimental Transmission of Hepatitis B Virus by Semen and Saliva. *Journal of Infectious Diseases.*, 1980; 142(1): 67–71.
18. Khajotia R.R., Lee E.: Transmission of Human Immunodeficiency Virus Through Saliva After a Lip Bite. *Archives of Internal Medicine.*, 1997; 157(16): 1901.
19. Jadhav S.: Possible transmission of HIV Infection due to human bite. *International Journal of Infectious Diseases.*, 2018; 73: 247.
20. Agrawal K., Ramachandru T., Hamide A., Dutta T.K.: Tetanus Caused by Human Bite of the Finger. *Annals of Plastic Surgery.*, 1995; 34(2): 201–202.
21. Muguti G., Dixon M.: Tetanus following human bite. *British Journal of Plastic Surgery.*, 1992; 45(8): 614–615.
22. Stefanopoulos P., Tarantzopoulou A.: Facial bite wounds: management update. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*, 2005; 34(5): 464–472.
23. Stierman K.L., Lloyd K.M., Luca-Pytell D.M.D., Phillips L.G., Calhoun K.H.: Treatment and outcome of human bites in the head and neck. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery.*, 2003; 128(6): 795–801.
24. Baumash H.D., Monto M.: Delayed Healing Human Bite Wounds of the Orofacial Area Managed With Immediate Primary Closure: Treatment Rationale. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*, 2005; 63(9): 1391–1397.
25. Sinwar P.D.: Auricle injury due to human bite – A rare case report and review literature. *International Journal of Surgery Case Reports.*, 2015; 6: 5–7.
26. Kelly A.P.: Keloids. *Dermatologic Clinics.*, 1988; 6(3): 413–424.
27. Kiprono S., Chaula B., Masenga J., Muchunu J., Mavura D. et al.: Epidemiology of keloids in normally pigmented Africans and African people with albinism: population-based cross-sectional survey. *British Journal of Dermatology.*, 2015; 173(3): 852–854.
28. Andrews J.P., Marttala J., Macarak E., Rosenbloom J., Uitto J.: Keloids: The paradigm of skin fibrosis – Pathomechanisms and treatment. *Matrix Biology.*, 2016; 51: 37–46.

Word count: 3330 Tables: 4 Figures: 4 References: 28

DOI: 10.5604/01.3001.0014.1045 Table of content: <https://otolaryngology.pl.com/issue/13319>

Copyright: Copyright © 2020 Polish Society of Otorhinolaryngologists Head and Neck Surgeons. Published by Index Copernicus Sp. z o.o. All rights reserved

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.



The content of the journal „Polish Society of Otorhinolaryngologists Head and Neck Surgeons” is circulated on the basis of the Open Access which means free and limitless access to scientific data.



This material is available under the Creative Commons – Attribution 4.0 GB. The full terms of this license are available on: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Corresponding author: Pedro Clarós, M.D., Ph.D (ORCID: 0000-0002-7567-0370); Clarós Clinic, C./Vergós 31, 08017 Barcelona, Spain; Phone: +34 932031212; +34 639339252; E-mail: clinica@clinicacarlos.com

Cite this article as: Claros P., Kanska N., Claros A.: Facial human bites. *Vision on STMMs in Africa; Otolaryngol Pol* 2020; 74 (5): 31-35

Title: Legal Framework Governing Short-Term Medical Missions

Authors: Pedro Clarós, Capocci G, Bandino F, Clarós A.

Journal: Clinical Medical Reviews and Report . 2021; 4(4): -072

Impact Factor: 0,18 (2020-21) Quartil: 4

Journal Information Certificate



Journal Code:

To the Author: Pedro Clarós

Clarós Foundation, C/ Los Vergós 31, 08017 Barcelona, Spain.

Journal Name	: Clinical Medical Reviews and Reports
Journal Code	: CMRR
Impact Factor	: 0.18
H Index	: 1
Journal Home Page	: https://www.auctoresonline.org/journals/clinical-medical-reviews-and-reports

Above information related to the Journal of Clinical Medical Reviews and Reports, we here by declares that above information was correct.

Auctores Publishing LLC
16192, Coastal Highway Lewes, DE 19958, USA.
Phone: +1-(302)-313-1778
Email: info@auctorespublishing.com

Contact E-mail: info@auctorespublishing.com



Date: 03-30-2021

Legal framework governing Short-Term Medical Missions

Pedro Clarós¹, Capocci G², Bandino F¹, Clarós A¹

¹ Clarós Foundation, C/ Los Vergós 31, 08017 Barcelona, Spain.

² Scholarship Clarós Foundation, Barcelona, Spain.

Corresponding author: Pedro Clarós, Clarós Foundation, C/ Los Vergós 31, 08017 Barcelona, Spain.

Received date: March 22, 2021; **Accepted date:** March 29, 2021; **Published date:** April 01, 2021

Citation: Clarós P., Capocci G, Bandino F, Clarós A. (2021) Legal framework governing Short-Term Medical Missions. *Clinical Medical Reviews and Reports*. 4(4); DOI: 10.31579/2690-8794/072

Copyright: © 2021, Pedro Clarós, This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

The presence and influence of Non-Governmental Organizations (NGOs) in the landscape of global health and development have dramatically increased over the past several decades.

Increasingly, Medical Practitioners in industrialized countries have become interested in global health issues, an interest that often takes the form of Short-Term international Medical Missions (STMMs).

His article will aim to help Medical Practitioners to have a synthetic overview of the legal framework governing medical volunteering in STMMs and give them some recommendations. The idea of this article started from the need to have an overview of the legal framework governing medical volunteering missions organized by the Clarós's Foundation named "Foundation Clarós" (hereinafter also "FC"). To better understand who this article is addressed to, it is interesting to bring to your attention the concrete case from which this article was born. The following is a brief outline of what FC is all about. FC is a private, non-profit organization (NGO) whose aim is to provide medical care and alleviate the suffering of people in health and medical precarious situations.

Keywords: short term medical mission (STMMs), NGO, international law

Background

FC is very active in organizing humanitarian medical missions around the world. After the program started in 1992 in India, in the following years until 2021, many others humanitarian medical missions have been carried out in countries such as Cuba, Moldova, Romania, Jordan, Liberia, Ethiopia, Senegal, Cameroon, Gabon, Sudan, Kenya, Armenia, Democratic Republic of Congo, Cape Verde, Gambia, Uzbekistan or Burundi, always under the proposal of collaboration of local hospitals and government agencies (up to a total of 115 missions today). In many of these countries, the missions have been repeated regularly every year. For example, in Senegal 10 missions, in India 14 missions, etc...

FC has a network of over 50 volunteer health professionals, including ear, nose and throat surgeons, maxillofacial surgeons, specialists in facial plastic surgery, nurses, audiologists, anesthetists and other professionals from other surgical specialties, such as vascular surgery or ophthalmology. Most of them come from different cities in Spain, Portugal, Poland, Romania, France, the United States and other countries where FC humanitarian missions are carried out.

Each mission prepares a team of 8 to 10 people (surgeons, anesthetists, nurses, audiologists and medical coordinator.) with basic language skills and these missions last 7 to 10 days, which is what is called STMMI.

The local operating theatres are adapted so that two operations can be carried out at the same time in each of them, which means that each mission can be carried out for 80-100 operations by mission.

The work that all these health professionals do is possible thanks to the support received from private individuals, private companies and bodies that collaborate and support the Foundation, both through financial contributions and through the donation of medical equipment.

During these 25 years that the FC has carried out its medical activity, it has been able to observe many faults by other NGOs regarding compliance with International Law. Precisely the reason for preparing articles on the prevalence of international law by medical NGOs has been his worrying thought.

Introduction

Non-Governmental Organizations (NGOs)

Non-Governmental Organizations (NGOs) are also called by various names across the world (i.e. third sector organizations, non-profit organizations, voluntary organizations, charitable organizations, community-based organizations, etc.) with slight modified scope and coverage.

There is no generally accepted definition and the term carries different connotations in different circumstances [1]. International law recognizes

the existence of NGOs through several functional categories. Nevertheless, for legal scholars, there are some fundamental features [2]:

- The concept of a volunteering or not-for-profit entity in terms of grouping together individuals who are free and considered to be vested with rights with a view to achieving a common purpose for the benefit of others and not for the members alone;
- The humanitarian aims [3].
- The special legal framework it symbolizes, depending on national legislation;
- The relationship with public and private authorities both at the national and international level (with the State and its institutions, in particular);
- The reference to values involving both a voluntary commitment and the declared will to ensure that the work of the volunteering group is consistent with a civic approach geared, to a varying extent, to the "civil societies" of which NGOs form an essential part;
- The transnational nature of the work carried out, irrespective of the conditions and procedures that govern it.

Further characteristics of NGOs may include the criteria to have an established headquarter and a democratic structure. NGOs remain essentially private legal entities, formed under and essentially governed by the national laws of the countries in which they are established. However, limited number of national laws even grants them specific recognition today within the wide non-for-profit world [4].

The importance of NGOs is gaining increasing recognition to fill gaps left by the failure of states across the developing world in meeting the needs of their citizens. In their role as service providers, NGOs offer a broad spectrum of services across multiple fields, ranging from livelihood interventions and health and education service to more specific areas, such as emergency response, democracy building, conflict resolution, human rights, finance, environmental management and policy analysis.

Over the years, NGOs have become increasingly transnational. In fact, many organizations that initially worked only in the domestic frame have gradually extended their activities beyond national borders or have started interacting with intergovernmental organizations.

Despite NGOs that operate in the transnational sphere are increasing, the status of NGOs in international law has not yet progressed and there is a lack of agreement on NGOs as subjects of international personality.

Now, while in many countries' domestic legislation for "private associations" serves as a basis for NGO identification and recognition, at the international level, international legal standards to define and regulate the perception of NGOs have not yet been established. [5].

At the present states have not yet recognized NGOs as having an international legal personality and, consequently, at international level, there are no regulations under international law governing the establishment, requirements, and the international legal status of NGOs.

While there are no regulations under international law governing the establishment, requirements, and the international legal status of NGOs, some progress in the codification of NGO personality has been made on a regional level.

The most meaningful achievement in this matter is the "*European Convention on the recognition of the legal personality of INGOs*", which provides for the general recognition of the legal personality of an NGO in any state that is party to the convention.

The Convention is limited to international NGOs, defined by an "aim of international utility" and operation in at least two states. NGOs must have been established under the internal law of one of the State's party to the convention and must have their statutory office and central headquarters in the territory of one of the state parties as well.

Concerning the NGOs legal status, the Convention establishes an essential point: "*every INGO carries with it its identity and its status without having to request new recognition from the various countries on its activities.*" [6]. Does this deal with all the problems as such? Far from it. Indeed, is still not a convention that enables NGOs to have an international personality.

To sum up, in general NGOs are obliged to accept the national legislation of the state in which they have been established and where they are based. Recognition, rights, and duties depend on the respective national conditions. Because of these differences in national laws, issues arise for NGOs in the international sphere. For example, difficulties arise when the activity of an NGO transcends the borders of its state of origin. An internationally operating NGO with branches in several states would fall under different national systems of law.

Non-Governmental Organizations in health sector

For purposes of this paper, we outline the significant role played by NGOs in health system. Many of these focuses on deliver provision of healthcare services; others operate public health program, provide technical assistance, or focus on health research.

The presence and influence of Non-Governmental Organizations in the realm of global health and development have dramatically increased over the past several decades. They operate projects in low and middle-income countries throughout the world. Their number has grown twenty-fold since 1951 and increasingly donors prefer to channel aid to and through NGOs rather than directly to foreign governments [7]. In 2006, transfers of official development aid to NGOs totaled more than \$2 billion (US dollars) according to OECD statistic; services, such as education and health care, historically managed and implemented by the public sector, are increasingly provided by NGOs [8].

Increasing numbers of NGOs have dispatched groups of volunteer health professionals in humanitarian medical aid missions in resource-poor countries where obtaining medical services is difficult for most patients.

The number of health professionals from high-income countries on medical missions to provide care in low-and-middle-income countries is growing globally also due to the globalization which has led to a new sense of the individual as a citizen of the world. It is reflected in health care by a growing awareness of public health as a global rather than a national issue and it is, at least, partially responsible for the increasing numbers of health care professionals who volunteer for medical service missions.

Medical missions, defined as "*grass root, direct, medical service aid from wealthier countries to low and middle income countries* [9]", are an important part of how health care is provided by NGOs all over the world. Indeed, many Clinicians participate in medical missions through non-governmental organizations, including charities and faith-based

organizations, although the activities of such organizations are less frequently described in the academic literature.

Such medical trips focus on assessing the medical needs of the population encountered and providing medical opinions/consultations, medications and surgeries. Such missions are necessary due to a lack of sustainability principles and limited capacity building opportunities and institutional development in developing nations, and have led to increased volunteerism of highly skilled Medical Practitioners collaborating with Medical Professionals based in the local communities where these missions occur.

The volunteer organizations that send international health volunteers can unevenly be divided into:

- secular medical NGOs, such as *Médecins Sans Frontières*, which often identify themselves as humanitarian organizations;
- development NGOs, often rooted in Christian missionary organizations, but including also a number of secular NGOs that are mainly involved in long-term development aid;
- Volunteer organizations, which define sending volunteers as their core mission [10].

Short-Term Medical Missions (STMMs)

Medical aid trips are categorized into short- and long-term missions. Over the years, as many long-term healthcare operations have been replaced by sector-wide approaches, there has been a shift in focus from long-term overseas assignments to short-term medical missions (STMMs) [11].

STMMs refers to an activity wherein Physicians and other Medical Workers from higher income countries travel to provide direct care to people in lower and middle income countries without compensation for a period from days to a few weeks. Such “missions” are planned, and represent an unsanctioned, grass-roots, and highly direct expression of trans-national aid. These medical excursions are differentiated from *ad hoc* responses to domestic or external disasters, full-time relief practice such as *Médecins Sans Frontières* (MSF), military or other governmental relief expeditions and officially sanctioned medical student or residency training programs [7].

There are three types of STMMs: emergency, surgical, and mobile services. Emergency services provide post-disaster medical relief care anywhere in the world. Surgical services provide dental and surgical aid in regions where such services are generally unavailable. Mobile services provide clinics in outlying villages where medical care is either lacking or inadequate [13].

Discussion

Future aspects

The future aspects that derive from this study and of all the others which are carried out, should always consider the clinical and surgical features in which the STMMs should be based on. It has to be clear enough that actions the NGOs use when conducting a humanitarian mission, have to be focused to help out the needed community. It will always be avoided that the STMMs can be used as medical safari trips where young doctors practice and improve their skills.

Ethical issues in STMMs

It has been argued that much of international medical volunteering is done for the wrong reasons, in that local people serve as a means to meet

volunteers' needs, or for the right reasons but ignorance and ill-preparedness harm the intended beneficiaries, often without volunteers' grasp of the damage caused. The literature on ethical concerns in medical volunteering has grown tremendously over the last years highlighting the need for appropriate guidelines. [14]

Throughout the literature, examples reveal a disregard of ethical codes or an application of double standards [15] based on the fact that local patients have little or no choice but to accept the offered care. Therefore, a widespread view is that any care is better than nothing [16], even if it means dispensing useless tablets just because patients have walked far to the clinic – giving the volunteer a chance to look benevolent. The acceptance of lower standards in underprivileged settings (different countries – different rules) also absolve, of course, a volunteer of taking full responsibility for the delivered care [17]. What many volunteers do not realize is that they may work outside local legal governance and regulations [18], especially if they are working independently from an established organization [19].

Legal issues in STMMs – Risk of liability

Despite the increasing popularity of the STMMs, there are many legal issues surrounding medical volunteerism missions that remain unclear [20] due to the paucity in literature on this matter.

Given the difficult circumstances in which Medical Volunteer may operate, it is important to assess the legal issues surrounding medical volunteering [20].

The risk of civil liability for harm to patients is one of the most contentious legal issues. Health Professionals who volunteer may face civil liability for negligence or intentional torts committed while performing their duties.

There are several reasons for which Volunteer healthcare Workers may have an increased risk for committing medical errors, including unavailability of or inadequate health records, laboratory testing, emergency services, examination facilities and referral services for adequate follow-up. Language barriers and limited time with the patient further inhibits the ability to perform a proper medical assessment. Furthermore, the visiting provider is most likely unfamiliar with the standard of practice in the host country while, similarly, the host country providers may be unfamiliar with medications and treatments provided by Volunteer healthcare Workers.

Limited time on location is one of the intrinsic features of STMMs, and this leads to considerable consequences [21]. This time is usually filled with as many surgeries and other treatments as possible to make the mission worthwhile. While volunteers can report how many patients they have seen in which timeframe, they have no way of knowing if the treatment was successful. Unless a condition can be treated completely in one visit, volunteers are unable to provide continuity of care, await lab results, deal with any complications, etc., and, overall, cannot be held accountable for their actions.

It is important to be noted that the way liability arises may vary across jurisdictions and the approach to legal protection of volunteers is non-uniform amongst various jurisdictions.

In Countries, adopting the civil law system liability is likely to arise out of legislation, whereas in other Countries liability may arise out of statutes and/or the common law concept of tort.

Generally, in civil law Countries liability in instances of Physicians should fall under the scope of the civil law (contracts, torts) liability. In some jurisdiction, the NGOs may be held liable because the volunteer acts on behalf of the organization. In particular, in many common law systems, a claim may be made for negligence on the part of the organization which has failed to comply with a legal duty of care towards its Staff.

Many common law jurisdictions also have exemptions from volunteer liability for acts carried out in "good faith". Under the *Australian Civil Liability Act of 2002* "A volunteer incurs no personal liability for an act of omission done or made in good faith and without recklessness in the course of carrying out community work for a community organization, including governmental and non-governmental organizations".

In the USA, the Federal Volunteer Protection Act of 1997 aims to promote volunteerism by limiting, and in many cases completely eliminating, a volunteer's risk of tort liability when acting for non-profit organizations or government entities. No volunteer of a nonprofit organization or governmental entity shall be liable for harm caused by an act or omission of the volunteer on behalf of the organization or entity.

Moreover, some federal and state laws provide protection from civil liability through immunity or indemnification. These protections may be limited to individuals responding under the auspices of an organization. *Good Samaritan statutes* may provide limited protection from civil liability; however, whether protection exists and the level to which it provides protection will be dependent on the state in which the action occurred.

Now, a question arises: there is a real risk of liability for Physicians in STMMS? Our answer is that, probably, there is not because *Developing Countries* may not have the luxury of worrying about medical malpractice. These countries may rightly dedicate more time and attention to addressing public health crises rather than focusing on medical negligence [22-23].

Patients in developing countries are less "equipped" than patients in the developed world to issue and report medical negligence; indeed, patients do not have the requisite literacy, education, and financial resources.

Another obstacle is the fact that, in the majority of the developing Countries, the body of law is underdeveloped from a personal injuries and medical malpractice point of view; moreover, patients in developing countries often have problems with access to justice.

These jurisdictions frequently struggle with massive case backlogs, weak judicial institutions, inadequate legal infrastructure, corruption, etc.; due to these several reasons, parties in developing countries often prefer to settle their disputes informally [24].

Although malpractice lawsuits are rare in Developing Countries, under some legal systems, organizations have to subscribe insurance policies covering their volunteers; such insurance obligations often are to be found in laws on employer's liability and may also apply to any volunteers. Additionally, organizations may be responsible for ensuring that individuals carrying out specific activities have their own insurance policy [25].

NGOs vs governmental and non-governmental or profitable vs non profitable organizations.

Both organizations have a very relevant mission in the current world. In any case, there is a clear behavior between them due to the freedom in action of the NGOs in comparison with the governmental organizations,

as they do not have the obligation of following the conditions enforced by the proper Government. The same occurs with the organizations whose objective is to obtain benefits such as exchange of their action, while the second one, acts without any exchange.

Medical malpractice insurance

Most traditional professional liability insurance policies do not cover actions abroad. Such coverage is only available in the form of specialized policies. These policies have limitations in the form of high premiums, limited coverage and lack of availability in certain locations [25].

Most organizations do not provide medical malpractice coverage, and some go so far as to state that coverage is not necessary because the likelihood of a lawsuit is negligible [26, 27].

Many non-profit organizations that send physicians abroad have volunteers sign a waiver stating that no medical liability insurance is available within the program [28].

Conclusions

The legal frameworks governing medical volunteering are unclear and vary from one jurisdiction to another. Both Doctors and NGOs involved in medical volunteering in developing countries need to consider the legal ramifications of their work.

Each Physician must be informed about the rights, obligations, and specifics of the volunteer engagement before it begins. The disclosure requirement is important, as it ensures:

- That the volunteer is engaged in activities he/she expected or that motivated the volunteering;
- That volunteers understand their rights and the circumstances that define them;
- That they are informed of any possible danger that might arise from the activity.

Volunteers and organizations should regulate the specifics of their relationship and volunteer's rights and obligations through formal agreements.

References

1. Willetts P. (2002) What is a Non-Governmental Organization? Research Project on Civil Society Networks in Global Governance.
2. Ryfinan P. (2007) Non-governmental organizations: an indispensable player of humanitarian aid. *International Review of Red Cross*. (89) 865:21-46
3. European Convention on the Recognition of the Legal Personality of International of Non-Governmental Organizations Strasbourg, 24/04/1986.
4. Doucin M. (ed.), (2007) *Le Guide de la liberté associative dans le monde: 183 législations analysées*, 2nd ed. La documentation Française, Paris.
5. Martens K. (2003) Examining the (Non-) Status of NGOs in International Law. *Ind. J. Global Legal Stud.* 10 (2):1-24.
6. Merle M. (1995) Un imbroglio juridique. Le "Status" des ONGs entre le droit international et les droits nationaux. *Transnationales Associations*. (5): 266-272.
7. Yearbook of International Organizations Union of International Associations.
8. Mercer C. (2002) NGOs, civil society and democratization: a critical review of the literature. *Prog Dev Stud.*; Epstein G, Gang

- I. "Good Governance and Good Aid Allocation, 2008, Rutgers University-Department of Economics
9. Caldron P, Impens A, Pavlova M, Groot W. (2016) Economic assessment of US physician participation in short-term medical missions. *Global Health*. 12(1):45
 10. Laleman G, Kegels G, Marcha BI, D.Van der Roost, Bogaert I, Van Damme W. (2007) The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*. 5: 19.
 11. Bajkiewicz C. (2009) Evaluating short-term missions: how can we improve? *J Christ Nurs*. 26(2):110-4.
 12. Roche, S.D., Ketheeswaran, P. & Wirtz, V.J. (2017) International short-term medical missions: a systematic review of recommended practices. *Int J Public Health*. 62(1):31-42.
 13. Dupuis CC. (2004) Humanitarian missions in the third world: a polite dissent. *Plast. Reconstr. Surg*. 113(1):433-5
 14. Bauer I. (2017) More harm than good? The questionable ethics of medical volunteering and international student placements. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines Trop Dis Travel Med Vaccines*. 3(5):12.
 15. Langowski M., Iltis A. (2011) Global Health Needs and the Short-Term Medical Volunteer: Ethical Considerations. *HEC Forum*. 23:71-8.
 16. Wall A. (2011) The context of ethical problems in medical volunteer work. *HEC Forum*. 23: 79-90.
 17. Berry N. (2014) Did we do good? NGOs, conflicts of interest and the evaluation of short-term medical missions in Sololá. *Guatemala Soc Sci Med*. 120:344-51.
 18. Elnawawy O, Lee A, Pohl G. (2014) Making short-term international medical volunteer placements work: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 64(623):e329-35.
 19. Bishop R, Litch J. (2000) Medical tourism can do harm. *BMJ*. 320(7240):1017.
 20. Elgafi S. (2014) Medical liability in humanitarian missions. *Journal of Humanitarian Assistance*.
 21. Cortez N. (2012) Medical Malpractice Model For Developing Countries?
 22. Lasker JN, Aldrink M, Balasubramaniam R, et al. (2018) Guidelines for responsible short-term global health activities: developing common principles. *Global Health*. 14(1):18.
 23. Cranston R. (1997) Access to Justice in South and South-East Asia, Good government and law: legal and institutional reform in developing countries 233.
 24. Legal issues related to volunteering Toolkit for National Societies International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva 2011.
 25. Uejima T. (2011) Medical Missions and Medical Malpractice: the current state of Medical Malpractice Overseas. *American Society of Anesthesiologists. ASA*. 75 (2):22-24.
 26. Legal Issues Facing Humanitarian Medical Missions Abroad. The 9th International RAMA-RADA-RASA Medical and Scientific Conference November 9-11, 2012 Philadelphia, Pennsylvania, Marchildon G.P.
 27. McIntosh T., Forest P G. (2004) The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada. *Romanow Papers*, Vol 1. Pp. 118. University of Toronto Press. Advancing Knowledge.
 28. Marcus D. (2010) Are you protected from liability when volunteering at home, abroad? *AAP News*. 31:1.18.

Title: Key Points on STMMIs organization on Orofacial cleft.

Authors: Clarós P, Cygan A, Clarós A.

Journal: J. of Dentistry and Maxillofacial surgery. Mayo 2021.

Impact Factor: 0.60 (2020-21), Quartil: Q4



Key Points on Short Term Medical Mission International organization on Orofacial cleft

Clarós P¹, Cygan A², Clarós A¹

¹Clarós Clinic, Barcelona, Spain

²Scholarship Clarós Clinic, Clarós Foundation, Barcelona, Spain

*Corresponding Author: Clarós P, Clarós Clinic, Barcelona, Spain.

Received date: April 21, 2021; Accepted date: May 01, 2021; Published date: May 21, 2021

Citation: Clarós P., Cygan A., Clarós A. (2021) Key Points on Short Term Medical Mission International organization on Orofacial cleft *J. Dentistry and Oral Maxillofacial Surgery*. 3(1); DOI:10.31579/2643-6612/019

Copyright: © 2021, Clarós P, This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: Children suffering from congenital facial malformations in underdeveloped countries are the main objective of the STMMIs with the aim of easing their lives. Clarós Foundation (CF) has carried out 115 missions worldwide with the aim, among others, of treating patients with this type of orofacial cleft malformation. We think that the experience we have acquired in this field can be transmitted to new NGOs institutions that want or wish to continue in this line. The optimization of the use of means and human resources, both from the NGO and the local health workers, will make it possible to achieve greater outcomes and results when applied in the development of Short Term Medical Mission International (STMMIs) missions.

Material and Methods: We present the experience CF has acquired throughout the various STMMIs it has accomplished, during a period of 7 days each, specifying the details of its organization, patient selection, preparation of the surgery and its performance, in a well-organized manner to be fast, effective and safe in its results. During each of the 115 missions, the medical team has treated patients with this congenital pathology, in different proportions that go from 90% of the total cases to only 10% of the patients attended. The surgical techniques applied are those used in our medical center in Barcelona, which we may say, are the state-of-the-art surgical techniques used by the most advanced centers.

Results: A total of 1725 patients underwent surgery throughout 115 STMMIs, average duration of 7 days each, 115 STMMIs by 15 cases average. During this time 925 patients were operated for cleft lip and 800 patients for cleft palate. Male patients accounted for 58% and female for 42%. According to the age of the patients we found that the majority of cases were operated on babies 68.35% (1.179 neonatal period); 20.2% on children (300 cases) and (19.76%) adolescents (233 cases); and 1.10% adults in the 20-67 age range (13 cases).

Of the total number of operated patients (1.725), there have been few immediate and late postoperative complications, but we estimate them at 11%.

Conclusion: International cooperation between experienced NGOs and local medical teams turn out to be much more effective, less expensive and with better clinical results than those obtained without this collaboration. This organizational model can be very useful in order to know the details that these missions entail and apply them in your own activities.

Key words: orofacial cleft, STMMI organization, short term medical mission (STMMs), non-governmental organization, international law.

Introduction

Clarós Foundation (CF) is very active in organizing humanitarian medical missions around the world. Since the program started in 1992 in India, until today, all the missions have been carried out in countries of Latin America (Cuba), Eastern Europe (Moldova, Romania, Armenia), Africa (Liberia, Ethiopia, Senegal, Cameroon, Gabon, Sudan, Kenya, Democratic Republic of Congo, Cape Verde, Gambia, Burundi), Asia (Jordan and Uzbekistan). Missions are done upon the invitations of local hospitals and Governments. In many of these countries, medical missions have been repeated regularly every year, such is the case in Senegal – 10 missions, in India 14 missions, Romania 15, Cameroon 5, Gambia 3, Burundi 2, Gabon 5, Ethiopia 5, Cape Verde 10, etc...

CF has a network of over 50 volunteer health professionals, which includes ear, nose and throat surgeons, maxillofacial surgeons, specialists in facial plastic surgery, nurses, audiologists, anaesthetists and other professionals from other surgical specialties, such as vascular surgery or ophthalmology. Most of them come from different cities in Spain, Portugal, Poland, Romania, France, United States, as well as local native volunteers.

Surgical missions are made up of 8-10 members' unpaid volunteers with basic foreign language skills. These missions last 7-10 days, this is why they are called STMMIs. The local operating rooms (OR) are adapted so that two operations can be carried out simultaneously, which means that in each mission 80-100 surgeries may be conducted. To finance these missions, donations are received from private individuals, private companies and bodies corporate that collaborate and support the Foundation, both through financial contributions and through the donation of medical equipment.

For over 25 years, Clarós Foundation has been committed to tackling the greatest inequities in this world and at the same time has observed many faults done by other NGOs regarding compliance with International Law. This is the purpose for preparing articles on the prevalence of international law by medical responses to domestic or external disasters, full-time relief practice such as *Médecins Sans Frontières* NGOs.

Short-Term Medical Missions (STMMs)

Medical missions are classified into short and long-term missions. In the last years there has been a shift in focus from long-term overseas assignments to short-term medical missions (STMMs), but both of them address unmet health care needs [1]. STMMs refer to an activity where health care professionals travel to a country with the purpose of providing medical help to the developing countries without compensation for a period from days to a few weeks. They differentiate themselves from other missions who provide medical assistance to people affected by conflict, pandemia, disasters or exclusion from healthcare services, such as *Médecins Sans Frontières* (MSF), military or other governmental expeditions or residency training programs [2].

We can divide STMMIs in three types: emergency, surgical, and mobile services. Emergency services provide early post disaster medical care anywhere in the world. Surgical services provide any surgical assistance which might be generally unavailable. Mobile services provide medical consultations and surgeries to support primary care in different sites [3].

Facial malformations have undergone a major evolution in their treatment and the final results achieved today are very good in developed countries unlike what occurs in emerging countries, where either they do not have access to being treated by local doctors or they do it with poor or bad results. In advanced and higher income countries there are strict protocols for action, time schedules and the participation of different multidisciplinary teams that coordinate to achieve the best result [4]. However, others with low resources, lack the most basic systems of diagnosis, prevention and treatment [5]. Specialized NGOs, like CF, have provided important help to fill in this gap.

It is estimated that each year more than 160,000 new patients with cleft lip and palate are born in the world. India, China and Indonesia, followed by Pakistan, accumulate the highest incidence. Other countries such as Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Cameroon and Africa in general, although in smaller numbers, it is also frequent to find these malformative disorders. This is the reason why CF wanted to contribute to treating this type of pathology which receives a very positive social response. In most of the countries visited by CF, affected children are hidden from villagers to avoid bullying. It is, therefore, thanks to the efforts made by international aid workers, that this punished population has had support to improve its appearance and reduce its incidence [4].

Since 1996, CF has conducted 115 missions, partially focused on Orofacial cleft (OFCs), having treated a large number of patients, in different proportions, for cleft lip and palate, among other types of head and neck pathologies. These missions are composed of an experienced senior surgeon in maxillofacial surgery, assisted by two or three young surgeons who help, prepare and collaborate in the surgical acts, and consequently allowing the chief surgeon to be able to have much more activity and efficiency. In the same team there are two anaesthetists who coordinate, allowing anaesthesia and resuscitation maneuvers are fast (Table I). We also have an operating room coordinator and the person in charge of care surgical instruments. We operate either in two operating rooms (OR) simultaneously or in a single surgical OR with two independent tables and anaesthesia trolleys to be able to alternate a surgery and a wake-up phase at the same time. This way, we can perform about 50 surgeries in a week-long STMMI. It is true that in certain places such as DR of Congo (Kinshasa), some 70-90 surgical procedures by mission have been performed, due at large to the number of cases existing. In other places visited with a low incidence of cases, only 10-15 cases were carried out.

It is important to mention that with years of experience our organization has been able to achieve double results with half the time used since all its components of nursing, OR circulating nurses, anesthesia doctors and young surgeons have improved training. We have to say that the circumstances have been used to teach, but we have never allowed young doctors to experiment alone with their skills. In the same way, the applications of the most current and new procedures and protocols have resulted in better surgical procedures and greater use of time. We believe that this system that we consider to be of good organization should be adapted to apply in a surgical activity as specific as the OFC patient.

Table I. Clarós Foundation Cleft lip and palate STMMI team

Clarós Foundation STMMI on orofacial cleft	
A- Clarós team	
• Facial plastic and ENT Senior Surgeon	1
• Junior Surgeon	2
• Anaesthesiologist Doctor	2
• Medical Coordinator	1
B- Hospital OR Staff	
• Circulating nurse	1-2
• Sterilization Coordinator	1
• OR scrub nurse	1-2
• Cleaning OR team	1-2
• Recovery room staff	1-2
• Stretcher	1
• Clarós Foundation Team	6
• Hospital Staff members	6-10
Total members	12-16

Material and methods

A retrospective study was carried out examining all Cleft lip and Cleft palate including orofacial cleft on adult and paediatric over the past 25 years during 115 STMMs performed in India, Senegal, Cameroon, Sudan, Ethiopia, Ghana, Kenya, Gabon, Democratic Republic of Congo, Republic of Cabo Verde, Gambia and Burundi.

Patients

Our study included all the patients with cleft lip and cleft palate, associated or not referred to our team, during 115 STMMs from 1996 to 2021. All the patients were treated by the same senior surgeon specialized in head and neck surgery as well as facial plastic and ENT surgery.

Upon the invitation of different "First Ladies" of countries such as DR of Congo, Senegal, Gabon, Gambia or other countries, or by the members of Government as India, Ethiopia, Kenya, Burundi, etc., we organized the medical missions. We accepted the request and our first mission took place in India in 1992. In 1996, a Hospital in New Delhi proposed to settle collaboration with us. Since then, we continue to repeat these activities over the years.

We started the STMMs in 1992, one per year and from 2000 on we incorporated more activities until reaching 5-6 per year. A good campaign carried out in the local and state media and the participation of local pediatric teams, nurses, family doctors, specialists and pediatric surgery, hospitals, religious institutions and others is the key to recruiting patients. Curiously, in the first days of the STMMI mission, it is common for patients to attend timidly, but in the middle of the week many more appear, as if they wanted to first see the results in their peers before accepting the surgery of their own children.

The first patient selection is made by the Chief surgeon, assisted by 2 Junior Surgeons, to assess the degree of facial deformation conveniently selected according to the rules of CF (Table II). From this moment on, they are conveniently labeled with a badge containing the patient's personal data. Once accepted for surgery, the anesthetist performs the pre-anesthesia evaluation and takes into consideration possible surgical risks. Special interest in ruling out other associated anomalies (Fig1).



Figure 1. Identification card "Macaron Malade" used in RD Congo, for OFC patients.

Prevalence of the orofacial cleft during STMMI of CF

The location of the Oro Facial Cleft pathology can be divided into six groups: right or left unilateral Cleft lip and palate (CLP1), cleft palate (CP), bilateral cleft lip and palate (CLP2), isolated cleft palate (CP), isolated cleft lip (CL) and medial cleft (MC).

We have calculated the prevalence according to the type of cleft, side, sex, age and the place where it has been most frequent in Clarós Foundation STMMIs. The most common type found was unilateral CLP (40.1%), which was observed more on the left side (23.9%), followed by CP (29.8%). MC had a minimal relationship (0.5%) between facial cleft types.

The average incidence that we have observed during the Clarós Foundation STMMIs shows that in men it is more common to have unilateral CLP (right side, 63.9%) and bilateral

CLP (59.1%), while women are more prone to have a CP (61.8%). The highest numbers of cases treated were in 2013, 2014 and 2015 during the CF STMMI carried out in DR of Congo.

Although patients of many ages (adolescents 20.2% and adults 11.5%) have been treated and operated on, it is true that most of the patients did so in the babies' special in neonatal period (68.3%).

Unilateral left CLP was the most common type. According to gender, men presented a greater number of CLP. In women, the incidence of isolated PC is higher than in men.

As stated in different statistics consulted, we could say that it is estimated that in the world there is an average of 1.4 cases of orofacial cleft in 1.000 live births with extremes of 2.39 Latin America South and 0.38 Sub-Saharan East Africa, [4].

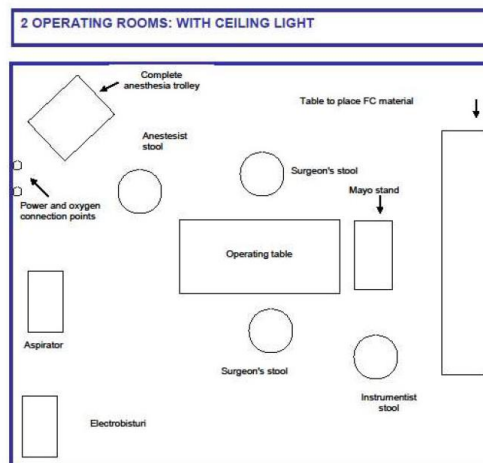
Table II. Prevalence of Cleft lip and palate in STMMIs of Clarós Foundation

Malformation	Males	Females	Total
Cleft Lip	18,2 %	13,3%	31,5%
Clef lip& palate	25.5%	11,4%	36,9%
Cleft Palate	14.3%	17.3%	31,6%
Total	58%	42%	100%

Table III. CF Criteria for surgery on Cleft Lip and Palate

Weight evaluation	Current Weight	Deviation of Real Weight
Age	Weight (kg)	
• 3 months -1 year	4 to 8 kg	50% less
• 1y to 1,5 years	8 to 10 kg	60% less
• 2-5 years	12 to 15 kg	-----
• Adolescents	Not significant	-----
• Adults	Not significant	-----
Evaluating Factors	A-Minor criteria	
	<ul style="list-style-type: none"> • Fever • Moderated Apnoeic breath • Diarrhea • Vomiting 	
	B-Major criteria	
	<ul style="list-style-type: none"> • Obvious dehydration • Crying with cyanosis • Jaundice • Neurological child attitude (hold the neck, sit, walk, etc.) • Associated high Syndrome • Cardiac pathology • Other craniofacial malformations 	
Indications for surgery rejection	<ul style="list-style-type: none"> • Low weight (<50% standard) • 2 or more minor criteria • 1 or more major criteria 	

The infrastructure of the operating room (OR) was organized with two operating tables, anesthesia trolleys and electro cautery machine, ECG heart monitors, oxygen-pulsimeter, sets of operating instruments, emergency equipment and all other necessary medications and surgical supplies. We assured that the oxygen equipment for anesthesia was always available and with a sufficient reserve of extra cylinder and pharmaceutical medical material for all interventions (Figure 2).



- Complete anesthesia trolley with power and oxygen connections.
- Operating room powerful light with several light bulbs.
- Aspirator
- Mayo stand for instruments.
- 3-4 stools
- Table to leave material
- Electrobisturi



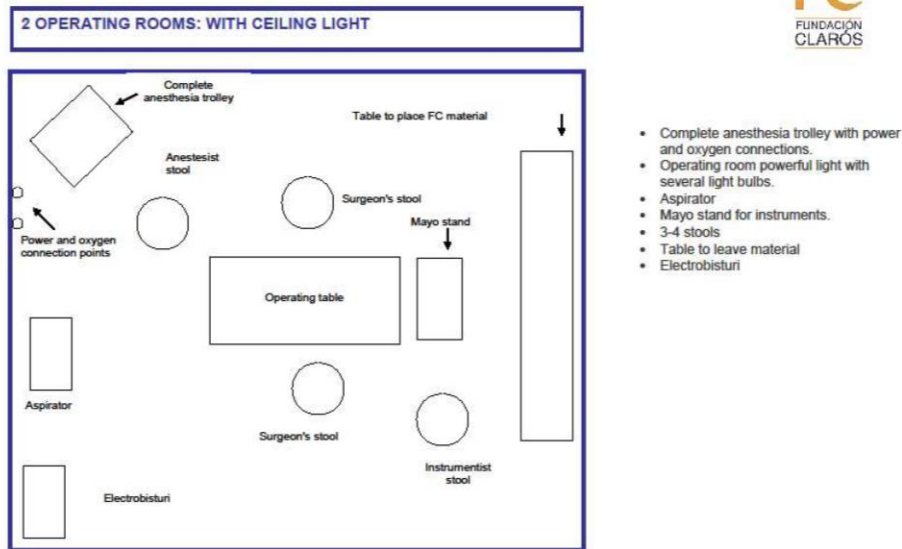


Figure 2. OR distribution for orofacial cleft surgery by CF STMMIs.

The mechanism of action of the surgical team is important as to coordination with the aim of not wasting time. With the established system of having permanently two simultaneous operating tables we allow that while a patient is being intervened, the next one is in the phase of being anesthetized and preparing the surgical field with the help of a Junior Surgeon assistant and a surgeon. The senior surgeon together with a junior surgeon proceeds to perform the intervention of one of the patients. The transport system is carried out by the stretcher who transfers the patient to the recovery room, where the nursing team is responsible for monitoring together with one of the family members. In case the patient is a child, the warmth of the family is important.

The sutures used for the cleft lip were Vicryl 4/0 absorbable on a cutting needle size 17, 5 mm and were left until completely resorbed and reinforced by *steri-strape* strips on the lip. To avoid removal of stitches, that produces distress to the patient and family, we recommend absorbable stitches, as well as in Cleft Palate. "After lip surgery, use 'No-Nos'® or handmade equivalent with the aim of avoiding the baby to touch his mouth and delicate points with fingers and hands (Fig 3).

The diet the OFC patient should follow must be very well explained in order to avoid the results of the surgical activity. Smooth foods are typically recommended and bottles should be avoided, as they can rub against the stitches and break them. We recommend the use of teaspoons during the postoperative process as the best option to avoid suture breaks. Breastfeeding was recommended to be done in a few days to prevent sucking with the lips from tearing the sutures.

Some foods can be irritating such as citrus fruits and tomatoes due to their acidic properties but once the child has more control, it will be easier to ingest them.

Treatment of patients with cleft lip and palate is complex. The objective of Cleft lip repair is to restore the anatomy of the malformed lip by suturing the upper lip, joining the *orbicularis muscle* of the lips and the skin and labial mucosa, leaving minimal scars. The procedure is done at the age of three months and with a minimum weight of the baby. This surgery is recommended to be performed before one year of age. Additional surgeries are often required to achieve the best functional results (Table III).



Figure 3. Handmade arm helper for babies after orofacial cleft surgery.

It's clear that the Cleft Palate Repair, consisting of closing the open palate to restore normal eating and drinking function and enhance normal speech development. The palate forms the floor of the nose and the roof of the oral cavity; therefore, a slit at this level causes free communication between these two cavities [5]. The first information we give the family is about the surgical steps that must be followed and the moment of the surgical intervention that we detail as follows: lip, palate, dent alveolar, scar revision, orthognathic surgery and rhinoplasty, to avoid late

management that they result in nasal speech even in good palatal repair. A multidisciplinary team including: surgeon, anaesthetists, paediatrician, periodontics, orthodontist, speech therapist and psychiatrist), the surgeon will also help to facilitate the management of each case and reduce its complications (Table IV).

Table IV. Timing of Oro Facial Cleft Repair

Cleft procedure	Age at repair
Cleft lip	3 months
Palatoplasty	9-18 months
Alveolar bone grafting	9-11 years
Nasal reconstruction	12-18 year

For cleft lip procedures, our team uses rotational surgical procedures with several minor modifications or Tennison's modality. For cleft palate, we use the von Langenbeck, Veau / Wardill / Kilner or Furlow technique.

Unilateral cleft lips (complete or incomplete) were repaired by Millard rotational advancement [6] or Tennison [7,8] (Triangular repair) techniques. Primary closed rhinoplasty was performed at the same time as all primary unilateral labial repairs.

Bilateral cleft lips were repaired using the Millard bifurcated flap technique [9, 10]. Unilateral or bilateral complete / incomplete cleft palate was repaired with von Langenbeck palatorrhaphy technique [11] modified with intravelar veloplasty [12] both for children from 10 to 18 months and adults.

We have been able to appreciate that with the passage of time we have had more and more patients who have benefited from our OFC STMMI as we demonstrate in Table V. The better the missions are organized the better results and efficiency are obtained (Table V).

Table V. OFC Localisation and approximate time of surgery.

Malformation	Type	Surgical Repair timing
Cleft Lip	Unilateral Incomplete	< 1 hour
	Unilateral Complete	1 hour
	Secondary unilateral incomplete	< 1 hour
	Secondary unilateral complete	1 hour
	Bilateral Complete + Premaxila protruding	> 1h 30 min
	Secondary bilateral complete	1 hour
	Secondary bilateral incomplete	> 1h 30 min
Cleft Palate	Soft palate only	45 min
	Complete cleft Palate	> 1 hour
	Bilateral Incomplete	1h 15 min
	Bilateral Complete	> 1h 30 min
	Secondary fistula	1h 30 min
	Secondary Short Pharyngeal flap	1h 15 min

Table VI. Evolution of the distribution of patients operated on for OCF by the STMMI of CF during the periods of time.

Date form	1996-2000	2000-2010	2010-2020	Total
Gender				
Male	98(56.97%)	257(57.11%)	639(57.93%)	994(57.62%)
Female	74(43.03%)	193(42.88%)	464(42.07%)	731(42.38%)
Total	172(9.97%)	450(26.08%)	1103(63.9%)	1725(100%)
Surgery type	1996-2000	2000-210	2010-2020	Total
Cleft lip	93(54.06%)	240(53.33%)	645(58.47%)	925(53.62%)
Cleft Palate	79(45.94%)	210(46.67%)	458(41.53%)	800(46.38%)
Total	172(9.97%)	450(26.08%)	1103(63.9%)	1725(100%)
Surgery Time	1996-2000	2000-2010	2010-2020	Total
Primary	152(88.3%)	405 (90%)	903(81.86%)	1153(66.84%)
Secondary	20(11.63%)	45 (10%)	200(18.14%)	572(33.16%)
Total	172(9.97%)	450(26.08%)	1103(63.9%)	1725(100%)
Age at surgery				Total
Neonatal	117(68.0%)	398(88.44%)	664(60.20%)	1179(68.35%)
Childhood(2-7y)	45(26.15%)	35(7.78%)	220(19.94%)	300(25.44%)
Adolescent (8-20y)	9(5.23%)	14(3.11%)	210(19.04%)	233(19.76%)
Adult (20-67ys)	1 (0.6%)	3(0.66%)	9(0.81%)	13(1.10%)
Total	172(9.97%)	450(26.08%)	1103(63.9%)	1725(100%)

Results

From our experience, a total of 1725 patients underwent surgery throughout 115 STMMIs, average duration of 7 days each (115 STMMIs by 15 cases average). 53.62% of patients were operated for cleft lip (925) and for cleft palate, 46.38% (800) patients.

According to the age of the patients we found that the majority of 1179 cases on babies neonatal period (68.35%); 300 children 2-7y (25.44%); 233 Adolescents 8-20y (19.76%); and, 13 adults in the 20-67 age range (1.10%).



Figure 4. Bilateral Cleft lip deformity. Pre-Postop



Figure 5. Complete right Cleft lip and palate with pre-maxillary protrusion in a 3 month old girl. Pre-Post op.



Figure 6. Left complete cleft lip and palate 3 month old boy baby. Pre-Postop.



Figure 7. Bilateral complete cleft lip and palate. 4 month old boy. Pre-postop.



Figure 8. Left cleft lip and palate complete Girl 3 months' old girl. Pre-postop.



Figure 9. Right Cleft lip unilateral incomplete adult. Pre-Pos op.



Figure 10. Bilateral completes Cleft lip with absence of premaxilla.



Figure 11. Unilateral incomplete right cleft lip. Adolescent. Pre-postop



Figure 12. Complete cleft palate. An adolescent and an adult case.

Table VII. Postsurgical Complications Dehiscence of Cleft Palate (15%)

Complication	Type	Localisation
Immediate Intraoperative	<ul style="list-style-type: none"> Excessive bleeding Death 2 cases 	
Early postoperative	<ul style="list-style-type: none"> Hemorrhage Respiratory obstruction Hanging palate Fever Poor wound hygiene Wound infection 	
Long term Late postoperative	<ul style="list-style-type: none"> Dehiscence of palate repair Velopharyngeal incompetence Abnormal speech Maxillary Hypoplasia Ear pathology Dental malpositioning and malalignment 	<ul style="list-style-type: none"> Soft-hard palate junction Hard palate 1/3 posterior Hard palate 1/3 middle Uvula dehiscence Hard palate dehiscence Dehiscence of whole palate

Complications after cleft surgery are clinically unavoidable. Death can occur in patients with OFCs, because they are very fragile children and during anesthesia induction or during the same, it is feasible. During our missions we have reported two deaths, during anesthesia induction and a few days later, due to cardiac arrest. Special attention should be placed to airway problems, bleeding and malnutrition.

Haemorrhage, tissue reactivity, wound dehiscence, and local wound infection were the wound healing complications recorded after cheilorrhaphy for Cleft lip. Tissue reactivity was defined as an erythema and/or crust at the suture site that extended more than 3 mm from the surgical wound. This was defined as spontaneous suture disruptions that are not the result of trauma such as scratching. Local wound infection was diagnosed when the wound contained purulent material and/or showed other clinical signs of infection (warmth, erythema, and local tenderness).

Some authors consider that a longer hospital stay contributes to the occurrence of these complications [13]. The exact calculation of the complications of ORC surgery in an STMMI is very difficult to calculate since many, most of the patients disappear and are no longer controlled until, in case of complications, they return to the hospital where the NGO goes again or is another that arrives. Therefore, we only have evidence of those that occurred during the first days or those that the people in charge of reviewing them do communicate it to us.



Figure 13. Secondary unilateral cleft lip. Pre-postop



Figure 14. Whistle deformity in the upper lip. Secondary Left Cleft Lip. Pre-post

Table VIII. Post-op Cleft Lip complications

Complication	Type	Anomaly
Early	Partial dehiscence of the repair	
	Complete dehiscence of the repair	
Late	Poor results	Vermilion deficiency & irregularity
		Nostril stenosis
		Hypertrophic scar
	Nasal collapse	
	Whistle deformity	
	Fistula	

Discussion

Orofacial Clefts (OFCs) are anomalies that occur in many human populations. They are isolated or in combination with widespread development disease which has a deep impact on their lifetime. The incidence of patients with OFCs in the world varies greatly according to the countries to which we refer. It is not always possible to find out the incidence rate of many of them, especially the underdeveloped ones, since there are no reliable statistics available. These large differences are due to different ethnic origins, genetics, and various situations environmental and methods of ascertainment. For example, in Asia represent a 1.57 (1.54-1.60), North America 1.56 (1.53-1.59), Europe 1.55 (1.52-1.58), Oceania 1.33 (1.30-1.36), South America 0.99 (0.96-1.02), and Africa 0.57 (0.54-0.60) per 1,000 live births, respectively. The Blacks had the lowest rate of 0.58 per 1,000 live births. Birth defects, especially facial ones, represent a significant problem both at a family and social level and for the individual himself [15].

Countries with high incomes have access to very advanced treatments for their repair and the results obtained are good, even though there can always be more or less important sequelae that will require various treatments. Comparatively, it means that populations with limited financial means will hardly have access to treatment with the guarantees and results they would like [5].

Countries with high incomes have access to very advanced treatments for their repair and the results obtained are good, even though there can always be more or less important sequelae that will require various treatments. Comparatively, it means that populations with limited financial means will hardly have access to treatment with the guarantees and results they would like [5].

Both cleft lip and cleft palate are malformations that most frequently affect the face of full-term children. They are one of the most common congenital alterations that affect the structures of the face [16]. About 10,000 children are born each year with a cleft lip and palate in East Africa. "It is not known exactly whether these problems are caused by genes that may be responsible for the fissures or by other factors, such as lifestyle or environmental factors".

According to Hlongwa the incidence of CLP in South Africa is 0.3 per 1000 live births, with a provincial variation of 0.1 / 1000 to 1.2 / 1000. The proportion affected by the different anomalies is 35, 3% cleft palate; 34.6% cleft lip and palate; 19.0% cleft lip and other cleft anomalies at 2%. The distribution by sex of CLP, 47.5% were men and 52.5% women, and this difference was statistically significant (p <0.001). Regarding the affected side, it is left side in men

(35.5%) and palate in women (43.4%), with predominance in men of unilateral cleft lip and palate (53.3%) [17].

The overall prevalence of OFC is estimated to be approximately 1 in 700 live births, accounting for nearly one half of all craniofacial anomalies - are born with either a cleft lip and / or palate and approximately 15% of all congenital abnormalities [18]. As reported by the World Health Organization (WHO), the prevalence at birth of OFC varies worldwide, ranging 3.4–22.9 per 10,000 births for CL/P, and 1.3–25.3 per 10,000 births for CPO [19].

The overall prevalence of CLP was 9.92 per 10,000. The prevalence of CL was 3.28 per 10,000 and that of CLP and 6.64 per 10,000 CLP prevalence at Birth of Cleft Lip with or without Cleft Palate [20].

Approximately 10,000 babies are born each year with a cleft lip and palate in East Africa, congenital deformities that can hinder the development of children, according to the African Foundation for Medicine and Research (AMREF) [21].

It can involve both soft and bony tissues, from the lip area to fissures that connect the oral cavity with the nasal cavity and can cause ear and eye damage. In the case of palatal fissures, the patient has difficulty feeding and breathing, speech problems, lack of development of the alveolar processes, problems of shape, number and tooth eruption that affect not only children's teeth, but also that of adults.

Conclusions

Thanks to the STMMIs carried out by specialized NGOs that deal with this type of pathology, solutions can be provided to a population lacking a well-organized public medical system in emerging countries. To guarantee that this is effective, we always try to involve all the local-regional hospital and extra-hospital staff to achieve the best benefits for the affected population. Analysing the complications of dehiscence we have to make the observation that depends on the experience of the surgeon and the care given to the patients. For this reason, postoperative recommendations are important to be followed. In Africa and other emerging countries, the concept that the child cannot go hungry is truly a deeply rooted culture of social status.

Patient Consent

Patients or their parents or guardians provided written consent for the use of the patients' image.

Acknowledgments

To the entire FC team that for many years has accompanied its members to carry out these humanitarian activities.

Finding fissured adults in our developed countries is really a total rarity; however, in the countries where we perform STMMIs isn't rare to be able to treat them, even at unusual ages. For us there is no upper age limit, but it is lower, establishing three months as the lower limit.

Newborns with an Orofacial Cleft have feeding problems due to lack of suction. Children who only have a cleft lip usually do not have difficulty feeding, but when the palate is affected, feeding can be difficult and represents a serious problem for their development. You have to think that the palate acts as a barrier to prevent food and liquids from entering through the nose. Children with a cleft palate swallow a lot of air and regurgitate food through their nose. These children must be fed with special bottles or placement of a nasogastric tube to be able to drink the milk. Its weight gain is very slow and requires pediatric care that in emerging countries does not have access.

CF has been fighting this pathology for years in a way that we could say "on a small scale" although we are aware that large institutions such as the NGO Smile created in 1982 [22]. Other smaller NGOs and Foundations from different countries collaborate in isolation to solve the incidence of these cases. Our experience is based on the cases operated in India, Gambia, Gabon, Senegal, Cameroon, Cape Verde, Burundi, Ethiopia, Sudan, Kenya, DR Congo, among others but all with the same African profile. Estimates are that they could represent 25% of the entire population affected by this pathology.

Only the close collaboration between the NGOs that carry out STMMIs specialized in Cleft Lip and Palate repair can improve the quality of life of these patients with craniofacial malformations. Teaching these surgical techniques to young teams of surgeons from countries in need is the key for them to have self-sufficiency in solving this pathology. Good organizations carried out by the institutions that are dedicated to it allow operating more and bettering in places where there are large numbers of them.

Reference

1. Bajkiewicz C. (2009) Evaluating short-term missions: how can we improve? *J Christ Nurs*, 26(2):110-114.
2. Caldron P.H., Impens A., Pavlova M. et al. (2016). Economic assessment of US physician participation in short-term medical missions. *Global Health* 12, 45.
3. Dupuis CC. (2004) Humanitarian missions in the third world: a polite dissent. *Plast. Reconstr. Surg.*; 113(1):433-5).
4. Mossey PA., Modell B. (2012) Epidemiology of Oral Cleft 2012: An International Perspective. *Frontiers of Oral Biology*. Basel, *Karger*, Vol 16: 1-18
5. American Cleft Palate-Craniofacial Association. (2009) Parameters for evaluate and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Revised edition, Chapel Hill, NC. P. 1-34.
6. Millard DR Jr. (1960) Complete unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg*. 25: 595-605

7. Tennison CW. (1946) Unilateral cleft lip repair by the template method. *Plast Reconstr Surg.* 1952; 9: 115-20.
8. Randall P. (1959) Triangular flap operation for primary repair of unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 23: 331-47
9. Millard DR. (1960) Adaptation of the rotation-advance principle in bilateral cleft lip. *Trans Int Soc Plast Surg.* 2:50.
10. Von Langenbeck B. Operation der angeborenen totalen spaltung des harten gaumens nach einer neuen method. *Dtsch Klin* 1861; 8: 231.
11. Kriens O. Fundamental anatomical findings for intravelar veloplasty. *Cleft palate J* 1970; 7: 27-36.
12. Rosen H, Barrios LM, Reinisch JF, Macgill K, Meara JG. Outpatient cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112:381-7; discussion 388-9.
13. Kai S, Ohishi M. Secondary correction of the cleft lip and nose deformity: a new technique for revision of whistling deformity. *CleftPalate J.* 1985;22:290-5.
14. Panamonta V., Pradubwong S., Panamonta M., Chowchen B. Global Birth Prevalence of Orofacial Cleft: A Systemic Review. *J Med Assoc Thai.* 2015 Aug; 98 Suppl 7:S11-21.
15. Cobourne M. The complex genetics of cleft lip and palate. *Eur J Orth* 2004; 26: 7-16.
16. Hlongwa P., Levin J., Rispel L. Epidemiology and clinical profile of individuals with cleft lip and palate utilising specialised academic treatment centres in South Africa. *PLOS ONE* 2019 14(5):1-14. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215931>]
17. Mai CT, Isenburg JL, Canfield MA, Meyer RE, Correa A, Alverson CJ, Lupo PJ, Riehle-Colarusso T, Cho SJ, Aggarwal D, Kirby RS. National population-based estimates for major birth defects, 2010–2014. *Birth Defects Research.* 2019; 111(18): 1420-1435
18. Leoncini E. Cleft Palate–Craniofacial Journal, January 2011; 48 (1):66-78.
19. Mairaj K. A, Anthony H. B., Taioli E. Epidemiology of Cleft Lip and Palate, *Designing Strategies for Cleft Lip and Palate Care*, Mazen Ahmad Almasri, IntechOpen, DOI: 10.5772/67165.
20. Available from: <https://www.intechopen.com/books/designing-strategies-for-cleft-lip-and-palate-care/epidemiology-of-cleft-lip-and-palate>
21. Central Europe Time 30/07/2015. <https://www.globalgiving.org/projects/sample-project/>
22. Operation Smile. Available at: <http://www.operationsmile.org>. Accessed October 16, 2014.

- ❖ fast, convenient online submission
- ❖ rigorous peer review by experienced research in your field
- ❖ rapid publication on acceptance
- ❖ authors retain copyrights
- ❖ unique DOI for all articles

**Publicación: El viaje que nos unió. Estudios en torno a la Primera
Vuelta al Mundo. Editorial Dykinson, S.L. 2022.
Capítulo: Medicina y derecho en la primera vuelta al mundo
Autor: Pedro Clarós**

Dykinson, S.L.

Meléndez Valdés, 61
28015 Madrid
Cif. B-28001337
Tf. 91-544 28 46/69 – Fax. 91-544 60 40
e-mail: info@dykinson.com

Ref.: Datos
Asunto: Certificación

D. Rafael Tígeras Sánchez, con NIF. nº 1.477.270, Director de Publicaciones de la Editorial Dykinson, S.L., con sede social en Madrid (28015), Calle Meléndez Valdés número 61 y con NIF. B-28001337

Certifica:

Que D. Pedro Clarós Blanch, es autor del trabajo "Medicina y derecho en la I vuelta al mundo".

El presente capítulo se publicará dentro de la obra "El viaje que nos unió. Estudios en torno a la Primera Vuelta al Mundo".

La presente monografía está en proceso de publicación bajo nuestro sello editorial. Será registrada en la Agencia del ISBN con el número 978-84-1377-907-2.

La editorial Dykinson está situada en el primer cuartil del Ranking SPI tanto en el apartado general de editoriales (puesto 13) y en el puesto 5 de las editoriales especializadas en Derecho.

Y para que conste y surta a los efectos oportunos, extiendo el presente certificado.

en Madrid, a veinte de septiembre de dos mil veintidós

DYKINSON, S.L. - LIBROS
MELÉNDEZ VALDÉS, 61 - 28015 - MADRID - T. 91 544 28 46
C.I.F. B-28001337

Fdo.: D. Rafael Tígeras Sánchez

MEDICINA Y DERECHO EN LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO

Pedro Clarós Blanch
Doctorando de la Escuela Internacional de Doctorado CEINDO
email

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LAS ENFERMEDADES EN LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO.
3. LA MEDICINA EN LA EXPEDICIÓN DE LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO
 - 3.1. Los profesionales de la medicina en las expediciones**
 - 3.2. Las medidas sanitarias durante el viaje**
4. EL DEBATE SOBRE LA LIBERTAD DE LOS MARES
5. CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El 10 de agosto de 1519 cinco barcos capitaneados por Fernando de Magallanes salieron del muelle de las Mulas de Sevilla con la finalidad de buscar una ruta alternativa por occidente para llegar a las islas Molucas, conocidas como las *islas de las Especias*. El viaje se planificó para que tuviera una duración de dos años, pero tuvo al final una duración de tres años, ya que no llegaron a Sevilla hasta el 8 de septiembre de 1522. A las condiciones de salubridad, que en la época eran precarias, y al poco desarrollo de la medicina, hay que unir las terribles condiciones en las que vivían los navegantes, hacinados en escasos metros cuadrados y sin contar con alimentos ni agua fresca para subsistir varias semanas.

De los 237 hombres que zarparon a la ida, tan solo 18 llegaron de vuelta; el resto fue apresado, asesinado o murió por hambre o enfermedades a lo largo de la travesía. Todos ellos, incluido Juan Sebastián Elcano, cumplieron su misión: llegaron a puerto cargados de especias en distintas cantidades que tenían diversas funciones, entre otras, dar aroma y conservar alimentos, utilizar sus propiedades medicinales, y marcar estatus social. El azafrán con sus propiedades digestivas, la canela como antitrombótico, el clavo, el

jengibre, la nuez moscada, la pimienta o el sándalo llegaron de las Molucas en la nao Victoria.

Además de estos aportes en el campo de la medicina, la Primera Vuelta al Mundo debe ponerse en relación con el debate jurídico habido en el siglo XVII sobre la naturaleza del mar. Francisco de Vitoria y Fernando Vázquez dieron sustento a la tesis del principio de libertad de los mares, del que, sin duda, este viaje fue un importante precedente.

2. LAS ENFERMEDADES EN LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO

La gran amenaza en esta expedición fueron las enfermedades de a bordo, ya que la mortalidad por enfermedad fue bastante superior a la causada por los combates y los naufragios. Las patologías más comunes fueron las derivadas de una alimentación deficiente (escorbuto, daños gastrointestinales provocados por el alimento salado), las salazones podridas, la mala dentición, el agua (caldo de cultivo del tifus) y la falta de higiene, favorable a la proliferación de enfermedades contagiosas (cólera, sarampión, viruela) y enfermedades transmitidas por parásitos (tifus, enfermedades de piel). También sufrió la tripulación afecciones articulares (artritis, artrosis, reuma articular agudo con complicación cardio-respiratoria).

Según diversas fuentes (Pigafetta, 1986, p. 6), se han podido identificar una serie de enfermedades que minaron a la tripulación, de las que destacan las siguientes.

a) Disentería, propagada por la bacteria *Sigheilla* y que producía la inflamación de los intestinos y del colon, dada la escasa higiene de los barcos.

b) Escorbuto (denominado *la peste del mar*), producida por un déficit de vitamina C que impedía la síntesis de colágeno y, por tanto, que los tejidos del cuerpo humano se mantuviesen compactos. Si bien portaban clavo, una especia con más vitamina C que los cítricos, desconocían sus propiedades. El propio Pigafetta lo narra en primera persona en su crónica:

A menudo aun estábamos reducidos a alimentarnos de serrín, y hasta las ratas, tan repelentes para el hombre, habían llegado a ser un alimento tan delicado que se pagaba medio ducado por cada una. Sin embargo, esto no era todo. Nuestra mayor desgracia era vernos atacados de una especie de enfermedad que hacía hincharse las encías hasta el extremo de sobrepasar los dientes en ambas mandíbulas, haciendo que los enfermos no pudiesen tomar ningún alimento. De éstos murieron 19 y entre ellos el gigante patagón y un brasileño que conducíamos con nosotros (Millacero).

c) Sífilis, una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema Pallidum*, que se propagó con gran facilidad dada la asistencia de las tripulaciones de los barcos a prostíbulos, una vez que llegaban a tierra.

d) Fiebre tifoidea, provocada por la bacteria *Salmonella typhi*, que se desarrollaba en los alimentos o bebidas contaminados:

El bizcocho que comíamos ya no era pan, sino un polvo mezclado de gusanos que habían devorado toda su sustancia, y que además tenía un hedor insoportable por hallarse impregnado de orines de rata. El agua que nos veíamos obligados a beber estaba igualmente podrida y hedionda. (Rahn, 2019, p. 18).

e) Cólera, enfermedad relacionada con la ingesta de alimentos o agua en mal estado y afectados por el bacilo *Vibrio cholerae*, que daba lugar a diarreas agudas y deshidratación¹.

f) Tuberculosis, enfermedad provocada por el bacilo de Koch que se propagaba especialmente a través de los fluidos corporales y el contacto directo con los enfermos heridos. Sus síntomas eran tos severa, bajada considerable de peso, debilidad, fiebre y sudores².

A todas estas enfermedades hubo que sumar las muertes derivadas de heridas infectadas de todo tipo, el excesivo frío y calor, accidentes y el mal tiempo, que creaban en los barcos un ambiente propicio a contagio.

3. LA MEDICINA EN LA EXPEDICIÓN DE LA PRIMERA VUELTA AL MUNDO

La medicina era considerada en aquel momento como una filosofía de la naturaleza, o también se la equiparaba a la física; de ahí en nombre de *fisico* que recibía el médico. Para poder desarrollar la profesión de médico se necesitaba el grado de bachiller, al que se accedía tras dos años de aprendizaje teórico más otros dos de prácticas junto a un médico con experiencia reconocida. Los libros que se utilizaban eran básicamente el *Corpus Hipocraticum*, las obras de Galeno y el Canon de Avicena, basado en la medicina grecolatina e islámica (Comellas, 2012).

¹ Es muy similar a la fiebre tifoidea. También provoca diarreas muy fuertes y deshidratación. Es un problema para países en vías de desarrollo y un reto para la OMS. La deshidratación que produce es tan aguda y rápida que si no se trata a tiempo puede producir la muerte.

² Es una enfermedad cuya forma más frecuente es la pulmonar, pero no la única. Puede pasar un tiempo entre la entrada de la microbacteria al organismo y la manifestación de los síntomas, tiempo en el que va contagiando a las personas de su alrededor. Al ser una bacteria intracelular, es difícil que le lleguen los antibióticos, cosa que además se agrava porque tiene una cubierta muy gruesa que hace que sea muy resistente. Provoca una infección que se cronifica y acaba llevando a la muerte al cabo de los años. El tratamiento convencional es un mínimo de tres antibióticos tomados en un periodo de tres a seis meses. Aquí es un problema menos frecuente, pero ha vuelto a subir la incidencia debido a las enfermedades que producen inmunosupresión.

3.1. Los profesionales de la medicina en las expediciones

La atención sanitaria en la Armada estaba constituida por cirujanos y barberos, aunque ya existía la profesión de médico³.

Los cirujanos estacaban por tener formación universitaria; además, tras haber estudiado Medicina se formaban fuera de las universidades, en hospitales o junto a maestros o *maeses* cirujanos, con los que se firmaban los contratos de asiento⁴. Su misión era la de curar y cauterizar las heridas, la amputación de miembros y, en general, tratar lesiones de las partes superficiales del cuerpo. Para realizar su labor utilizaban la lanceta, así como distintos hierros (legras, cauterios, tenazas de cortar, etc.). Además, aplicaban ungüentos y polvos como el conocido ungüento de Aparicio, ampliamente utilizado. El cirujano se instalaba con su ayudante en la enfermería, que era un espacio bajo cubierta, con literas, un brasero de fuego y sus herramientas, además de estopa, huevos, trementina y paños de lienzo como vendas, así dispuestos para atender a los heridos. (Solórzano, Rubio y Expósito, 2009).

Los cirujanos de menor prestigio eran denominados *cirujanos-barberos*, y eran aún más básicos los llamados *barberos* a secas, que compaginaban su actividad sanitaria con el afeitado y cuidado del cabello.

Entre los marineros se encontraban Juan Morales, cirujano de la armada, vecino de Sevilla y embarcado en la Trinidad; era bachiller, físico y cirujano que había cursado sus estudios en una universidad. Por su parte, los barberos Marco de Bayas, vecino de Sanlúcar de Alpechín, embarcado en la nave capitana Trinidad; Pedro Olavarrieta, natural de Bilbao, embarcado en la carabela San Antonio, y Hernando de Bustamante, natural de Mérida y vecino de Alcántara, embarcado en la nao Concepción, eran autorizados por médicos para realizar las tareas más sencillas o asistir a los cirujanos⁵.

El boticario de a bordo portaba remedios como ungüentos, bálsamos, aceites, botes y aguas destiladas, entre otros, y a lo largo de la travesía añadiría otras formas de aliviar los dolores y enfermedades. Las medicinas embarcaron en la nao Trinidad, que encabezaba la expedición. Ahora bien, la escasa acción de los fármacos se debió en parte al poco presupuesto destinado a esta partida, ya que el coste de la botica era 40 veces menor que el montante dedicado al vino (Venegas y Ramos, 2021, p. 78).

Bernal tuvo botica o al menos morada en tres parroquias sevillanas en aquella época. San Andrés, Santa María y el Salvador. Ello prueba su ascenso económico y social que queda patente en su responsabilidad para abastecer la botica de Magallanes, una

³ El médico realizaba el diagnóstico a través de la toma del pulso y por la observación de excretas —heces, sudor, vómitos, esputos y particularmente la orina— y de la sangre en la bacía del barbero después de la sangría. Así, por ejemplo, la orina, observada en el orinal o en una redoma de vidrio transparente, representaba todas las partes del cuerpo, mientras que la observación de la lengua habla del estado de las digestiones y del estado del hígado.

⁴ Un caso particular es el Hospital de Guadalupe, donde se formaron numerosos profesionales.

⁵ En las naos Victoria y Santiago no embarcaron ni cirujano, ni barbero.

expedición real de gran importancia⁶ (Documento inédito de 1634 sobre las misiones en América).

El presupuesto para medicinas también fue inferior al de los ornamentos religiosos y, como recuerda Ramos, «la concepción de las enfermedades tenía mucho que ver con la religión. Estaban ligadas al pecado y curarlas se planteaba en forma de quitar ese pecado. A través de sangrías, laxantes o purgantes para sacarlo fuera» (Mateo, 2014).

Las naves portaban 60 remedios, entre simples y compuestos, para protegerse durante la travesía.

Había por ejemplo mirabolanos, que son laxantes, alumbre, óxido plúmbico o atutía, óxido de zinc del que viene la expresión ‘no hay tutía’ porque era un remedio que se usaba para muchas cosas, especialmente afecciones oculares. Algunos remedios eran compuestos de varias sustancias de origen vegetal, mineral o animal, como el unguento postolorum para las fistulas o la triaca, uno de los medicamentos estrella de la época que incluía opio y carne de víbora. Realmente su utilidad era casi nula, (Venegas y Ramos, 2021, p. 115).

En las ordenanzas de 1728 aparecían las obligaciones que tenían que realizar los cirujanos y sangradores de la marina a bordo de los navíos. Las obligaciones del empleo del cirujano primero se resumían en lo siguiente (Solórzano, Rubio y Expósito, 2009):

1. Llevar un cuaderno diario con los nombres de los ingresados en la enfermería. En él debían figurar las fechas de baja y de alta de cada paciente, el tipo de enfermedad y, por supuesto, los fallecimientos en caso de que los hubiera.

2. Realizar las curas en la enfermería a las 7 de la mañana acompañado del segundo cirujano y del sangrador. Acabadas estas, debía realizar la curación a la tripulación que no estuviera sujeta a dieta, anotando todo ello en su cuaderno diario. También debía presenciar el acto de las comidas y las cenas. Una segunda visita a la enfermería estaba prevista a las 3 y media de la tarde.

3. Cuidar de que los instrumentos de cirugía se conservaran limpios; en caso de negligencia, la posterior limpieza correría a su cargo, descontando de su sueldo el doble del coste de la misma.

4. Vigilar que el segundo cirujano y el sangrador cumplieran sus cometidos, dando parte al ayudante del cirujano mayor de la escuadra en caso contrario.

Eran competencia del barbero-sangrador de la Armada embarcado las siguientes tareas (Solórzano, Rubio y Expósito, 2009):

1. Asistir a todas las curas y visitas llevando dos cuadernos diarios. En uno de ellos debía anotar todos los medicamentos y remedios tópicos recetados por el cirujano primero, y en el otro, los alimentos y dietas estipulados.

⁶ Bernal fue el responsable de la *Relación de las medicinas y conserbas y aguas y azeytes y laxativos y cordjales y simples y otras cosas que se compraron de Johan Bernal botycario en xxvj de Julljo de jY dxix*.

2. Procurar que los alimentos y dietas fueran de buena calidad y velar por la puntualidad en su servicio, asistiendo también, a todas las comidas y cenas.

3.2. Las medidas sanitarias durante el viaje

Lo primero que llama la atención al inicio del viaje es la presencia de un control sanitario sobre los candidatos a embarcar. Con ello se intentó evitar que los tripulantes tuvieran enfermedades que pusieran en peligro al resto de navegantes o a la expedición entera. Los profesionales como Juan de Morales y los barberos que lo acompañaron se enfrentaron al viaje con los conocimientos propios de una época en cambio. Sus tareas básicamente fueron el tratamiento de heridas, fracturas y congelaciones, ya que era imposible evacuar a los enfermos y heridos que requerían otras atenciones.

La higiene era precaria; las letrinas, inexistentes, por lo que las evacuaciones se realizaban sobre la borda cuando el tiempo lo permitía, o más habitualmente en la sentina, cuyas aguas y residuos resultan absolutamente insalubres. Además, escaseaba el agua, el aseo y la limpieza de la ropa. A esto había que añadir las infecciones a través de piojos, chinches y cucarachas y la convivencia con los roedores. A ellos había que añadir la humedad marina, las inclemencias del tiempo, el calor de los trópicos, el frío austral, o el vértigo propio de las navegaciones.

Pasaron muchas penalidades; entre ellas, cuenta Pigafetta (1986) lo siguiente:

Durante tres meses y veinte días no pudimos conseguir alimentos frescos... Pero la mayor desgracia de todas fue que a algunos hombres se les inflamaron las encías de tal modo que no podían comer y se morían. A causa de esta enfermedad murieron diecinueve hombres de los nuestros, el gigante y un indígena de la tierra de Verzín. Veinticinco o treinta hombres padecieron los dolores en los brazos, en las piernas o en otros lugares, de modo que pocos quedaron sanos.

En cuanto a la comida que se servía a la tripulación, se le llamaba *ración marinera*. El dispensero se encargaba de aportar las raciones por peso y talla. La comida se calentaba en el fogón, construido en cubierta, junto al palo mayor, con ladrillos refractarios y sobre un lecho de arena, la llamada *isleta de las ollas*. Como cuando había mal tiempo se mantenía apagado, así como durante las horas de oscuridad, era habitual que en numerosas ocasiones la comida se tomara fría⁷.

La ración diaria se repartía en tres comidas: vino y bizcocho en el desayuno, la comida principal en el almuerzo y la cena antes de anochecer. La tripulación comía en cuadrillas, según afinidades, reunidos en ranchos delimitados por las cajas. Los oficiales

⁷ La ración diaria de estos alimentos que contabilizaron para los dos años que se presumía iba a durar la expedición fue de 600 gramos de bizcocho y harina, 1 litro de vino, 43 mililitros de aceite y 1,5 litros de agua.

superiores comían aparte y disponían de alimentos de mayor calidad, frutos secos y dulces de postre.

Ginés de Mafra aportó su testimonio diciendo:

Por aquí navegaron al Ponientes derechos y consumieron tres meses en esta navegación. En este tiempo los bastimentos, parte por gastados y parte corrompidos, se disminuían, y en toda la gente había enfermedades, especialmente que con la viscosidad de las malas comidas se les hinchaban tanto las encías tanto que les impedía el comer, y se morían, lo cual visto por la gente tenían cuidado de con orines y con agua de la mar lavárselas y tenerlas limpias, lo cual fue especial remedio para aquel mal. (Santisteban, 1546, p. 151)

4. EL DEBATE SOBRE LA LIBERTAD DE LOS MARES.

Desde el punto de vista de la doctrina jurídica, el viaje de Magallanes tiene una gran importancia. Como recordó el profesor brasileño G. E. do Nascimento e Silva en su curso en la Academia de Derecho Internacional de La Haya en 1984, las primeras contribuciones científicas del derecho internacional, tanto del padre Vitoria como de H. de Grocio, estuvieron vinculadas a los cambios introducidos a comienzos de la Edad Moderna en la navegación, lo que provocó la apertura de nuevas rutas comerciales y el descubrimiento del Nuevo Mundo (Do Nascimento, 1984, pp. 196-211).

Descubierta América, asentada España en tierras americanas, resultaba preciso desarrollar una teoría jurídica que justificara la conquista. A este tema dedicó el dominico Francisco de Vitoria sus *Relecciones sobre los indios* en 1539. El primero de los títulos legítimos e idóneos que la justifican es el de *La sociedad natural y comunicación*:

Los españoles tienen derecho a viajar y permanecer en aquellas provincias, mientras no causen daño, y esto no se lo pueden prohibir los bárbaros (...) Al comenzar el mundo (cuando todas las cosas eran comunes), era lícito a cualquiera dirigirse a la región que quisiera y recorrerla. No parece que esto haya sido abolido por la división de las cosas, porque jamás pudo ser la intención de los pueblos evitar la comunicación y el trato entre los hombres. En tiempos de Noé habría sido inhumano el hacerlo. (cita/ref. bibl)

Vitoria defiende el derecho de todo hombre a comunicarse con el resto de los hombres y a establecer relaciones comerciales, y, como condición para el ejercicio de estos, la libertad de los mares. El océano como un espacio sobre el que los (recién creados) estados no ejercen soberanía.

Esta doctrina sería después desarrollada por Fernando Vázquez de Menchaca, discípulo de Vitoria, y finalmente por el holandés Hugo de Grocio en su obra *De la libertad de los mares* (1609), quien reconoce apoyarse en los mencionados autores españoles.

Recuerda M. Albert que este debate sobre la naturaleza jurídica de la alta mar se prolongará

a lo largo de todo el siglo XVI hasta darse por zanjada en 1703 con la *Dissertatio de Dominio Maris* de Comelio Van Bynkershoeck. Durante el tiempo que media entre la publicación de las obras de estos dos juristas holandeses fueron muchos y de muy diversa procedencia los autores que intervinieron en esta controversia jurídica, que ha pasado a la historia bajo calificativos como los de «gran batalla libresco» o «guerra centenaria de los libros». El problema del que se ocuparon fue el de la naturaleza jurídica del alta mar: ¿se trata de un espacio libre y abierto o de un espacio cerrado, y susceptible de ser sometido a régimen de monopolio? La cuestión se zanjó a favor del principio de libertad de los mares, garantizándose el derecho de comerciantes al libre tránsito por el océano en tiempos de paz. De todas formas, esta victoria del principio de libertad hay que entenderla mediatizada por su contexto histórico. Sólo una década después de que la obra de Bynkershoeck viera la luz, la Paz de Utrecht (1713) consolidaba, bajo el velo del equilibrio europeo, un verdadero dominio de Inglaterra sobre el mar. (cita/ref. bibl.)

5. CONCLUSIÓN

La Primera Vuelta al Mundo supuso un gran avance para el impulso del comercio, así como para los avances cartográficos. Sin embargo, no hay que olvidar que la travesía también dio como resultado la entrada de nuevos productos que permitieron mejorar las vidas de los habitantes del planeta.

El uso de las especias sirvió no solamente para mejorar la calidad de la alimentación, al mejorar la conservación de alimentos, sino que además tuvo una importante aplicación en el campo de la farmacia por el uso medicinal que se les dio.

En el campo de la medicina, se identificaron los síntomas de enfermedades que posteriormente han podido ser controladas gracias a la intuición y los remedios que los hombres de la expedición de Magallanes desarrollaron. Desde la perspectiva del derecho, el viaje debe enmarcarse en el contexto del debate sobre la naturaleza jurídica de los océanos vivido en Europa durante el siglo XVI y como una manifestación del principio de libertad de los mares defendido por los autores españoles.

BIBLIOGRAFÍA

Albert, M. (1998). El principio de libertad de los mares en la Relectio de Indis: ¿Se enfrentó Francisco de Vitoria a los intereses españoles?. *Derecho y opinión*, 6, 168-184.

Comellas, J.L. (2012). *La primera vuelta al mundo*. Rialp.

Do Nascimento e Silva, G.H. (1984). The influence of science and technology on International Law. En *German Yearbook of International Law* (pp. 196-211).

- González, M. y Havana, G. (2019). La I Vuelta al Mundo: muerte, medicinas y enfermedades. *Millacero*, <https://www.millacero.es/articulo/destacados-vuelta-mundo/i-vuelta-mundo-muerte-medicinas-enfermedades/20191124235320003666.html>
- Martínez Shaw, C. (Coord.) (2019). La primera vuelta al mundo. La expedición Magallanes-Elcano. *Andalucía en la Historia*, 63, 6-7.
- Mateo Lozano, J.M. (2014). Historia de los barberos, cirujanos y Ppacticantes de la Armada. <http://enfeps.blogspot.com.es/2014/06/historia-de-los-barberos-cirujanos-y.html>
- Pigafetta, A. (1986). *Primer viaje alrededor del Globo*. Ediciones Orbis.
- Rahn, C. (2019). La expedición Magallanes-Elcano. Siempre hacia el oeste. *Andalucía en la Historia*, 63, 14-19.
- Santisteban, Fray Gerónimo de (1546). Colección de documentos inéditos relativos al descubrimiento, conquista y organización de las antiguas posesiones españolas en América y Oceanía (42 v., Madrid, 1864-1884), tomo v., pp. 151-165.
- Solórzano, M., Rubio, J. y Expósito, R. (2009). *Barberos cirujanos*. <http://enfeps.blogspot.com/2009/06/barberos-cirujanos.html>
- Venegas, C. J. y Ramos, A. (2021). *La botica en la expedición de Magallanes y Elcano. V centenario de la primera vuelta al mundo*. Fundación Nao Victoria.
- Vázquez de Menchaca, F. (1668). *Controversium Ilustrium*, 4-50 (Frankfurt, 1668), pp. 30 y ss.
- Vitoria, F. de (1975). *Relecciones sobre los indios y el derecho de guerra* (3ª ed.). Espasa-Calpe.

Anexo IV: Campañas de Fundación Clarós para desarrollo de sus actividades humanitarias



**Una campaña de
“Fundación La Caixa”
“Children’s Smile in Africa”
2021
Objetivo: No más niños con
labio leporino en África, con
la ayuda de una institución
con corazón.**

¿Qué hacemos?

La fundación Clarós es una organización sin ánimo de lucro, cuyos objetivos son humanitarios, docentes y de investigación, dentro del área de la otorrinolaringología y cirugía de cara, cabeza y cuello.

1. **AYUDAMOS** con nuestras cirugías a oír, mejorar la voz, permitir hablar y hacer sonreír a los pacientes afectos de deformaciones o tumores faciales, restableciendo a la vez su aspecto físico.
2. **CURAMOS** en India, Etiopía, Moldavia, Liberia, Rumanía, Senegal, Camerún, Gabón, Sudán, Kenya, R.D. del Congo, Cabo Verde, Gambia, Burundi, Benín, etc.
3. **FORMAMOS en Clínica Clarós**, a médicos jóvenes de países emergentes, en la especialidad de otorrinolaringología y cirugía plástica facial, gracias a nuestro sistema de becas. Tenemos programas de investigación propios. Ofrecemos en nuestro laboratorio cursos de “Formación anatómico-quirúrgica”.
4. **ENSEÑAMOS** las especialidades de Otorrinolaringología, Logopedia, Foniatría, Cirugía Oral, Máxilofacial y Plástica Facial mediante conferencias, congresos, cursos o symposiums a nivel internacional.

Nuestra Junta Directiva

Patronato

Presidente:
Dr. Pedro Clarós

Vice-Presidente:
D. Antonio Sagnier

Secretario y Asesor Jurídico:
Dña. Rosina Foix

Tesorero:
Dr. Andrés Clarós

Vice-Secretaria:
Dña. Luisa Pujol Herrick

Miembros del protectorado

D. Rubén Amoretti
D. Jaime Aragall

Dña. Ainhoa Arteta

D. Jaime Bonet

Dña. Sara Blanch

D. Josep Bros

D. Javier Camarena

D. Carlos Chausson

D. Carlo Colombara

D. Juan Diego Flórez

D. Josep Maria Flotats

Dña. Barbara Frittoli

D. Ramón Gener

D. Raúl Giménez

D. Marcel Gorgori

D. Juan-Carlos Llarás

Dña. Lucrecia Pérez “Lucrecia”

Dña. Montse Martí Caballé

D. Joan Matabosch Grifoll

D. Stefano Palatchi

Dña. Raquel Pierotti

D. Joan Pons

Dña. Carmen Pujol

Dña. Ana María Sánchez

D. Joan Manuel Serrat

Fundación Clarós

La Fundación Clarós es una organización sin ánimo de lucro (ONG) que realiza múltiples misiones humanitarias durante el año en países de África, India o Europa del Este.

En estos momentos ya llevamos 115 misiones hasta hoy con éxito.

El objetivo de este proyecto específico es el de combatir y tratar las malformaciones faciales de niños en el cual incluimos labio leporino y paladar hendido.

¿Que representa un niño con labio leporino?

El labio leporino y el paladar hendido son defectos malformativos congénitos que se presentan cuando el labio de un niño no se fusiona adecuadamente durante el embarazo.

Ambos se producen cuando las estructuras faciales que no se desarrollan completamente y pueden afectar a los tejidos blandos y también las estructuras óseas.

Estos defectos de nacimiento generalmente se denominan en conjunto como “fisuras orofaciales”. Estas condiciones se encuentran entre los defectos de nacimiento más comunes, especialmente en países emergentes y pobres.

Incidencia:

La población africana tiene una prevalencia de labio leporino con o sin paladar hendido de aproximadamente 1 por 1000 nacidos vivos, dependiendo de las condiciones de cada país, de la alimentación y condiciones de vida de cada familia. Es más frecuente en las niñas 2:1.

¿Cuáles son sus causas?

Se considera que tiene una causa multifactorial, combinando factores genéticos y factores ambientales. Los factores de riesgo que se correlacionan con las malformaciones orofaciales son:

- Enfermedad materna: diabetes gestacional, fiebre e infecciones maternas.
- Características y comportamiento maternos: tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, estrés, drogas, desnutrición, traumatismos o consanguinidad.
- Malnutrición: bajos niveles de ácido fólico o vitamina A.
- Exposición ambiental: contaminantes en el agua potable, lugares de desechos peligrosos, contaminación del aire, acumulación de pesticidas o efectos de la radioactividad.

La falta de atención médica general, la mala nutrición, la escasez de agua potable en las regiones en desarrollo de África son una realidad. Estos factores hacen a la población africana más vulnerable a sufrir estas malformaciones craneofaciales.

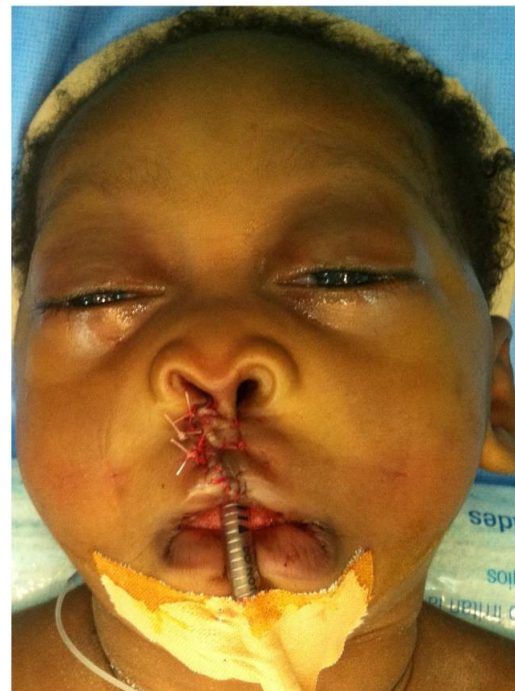
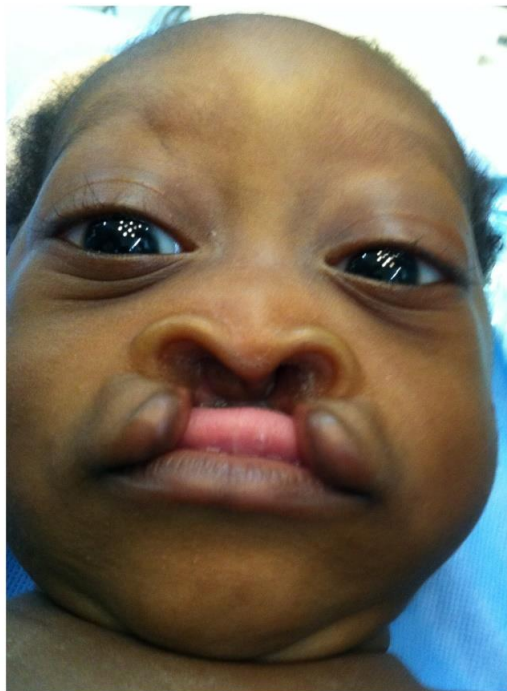
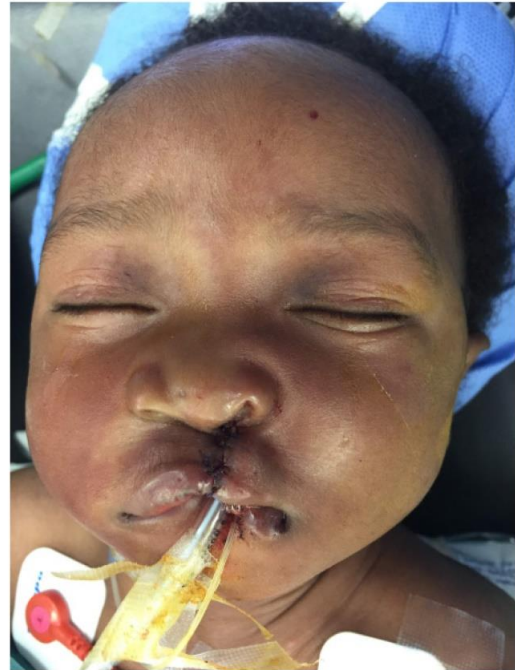
Casos de niños con labio leporino y paladar hendido

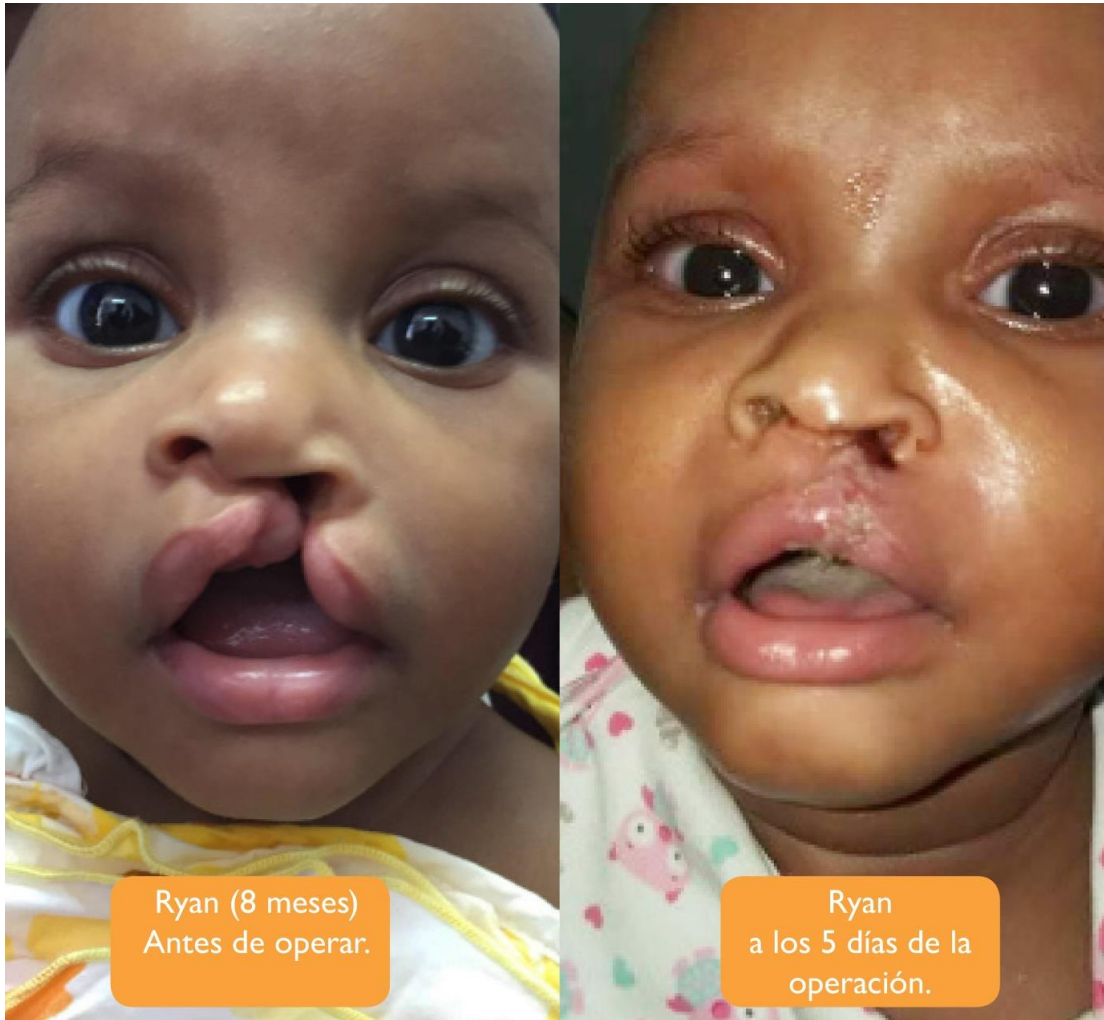


Que les aleja de los demás por rechazo social



Resultados inmediatos
Con una cirugía precoz, corregimos un grave problema





Casos con nombre propio: Ryan Cabo Verde 2019

Son muchas las operaciones que realizamos, entre ellas, las de labio leporino. Un defecto congénito causado por el desarrollo facial incompleto anormal durante la gestación, que consiste en una hendidura o separación en el labio superior.

Se origina por un crecimiento descompensado de los dos labios durante los primeros meses del embarazo y es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes.

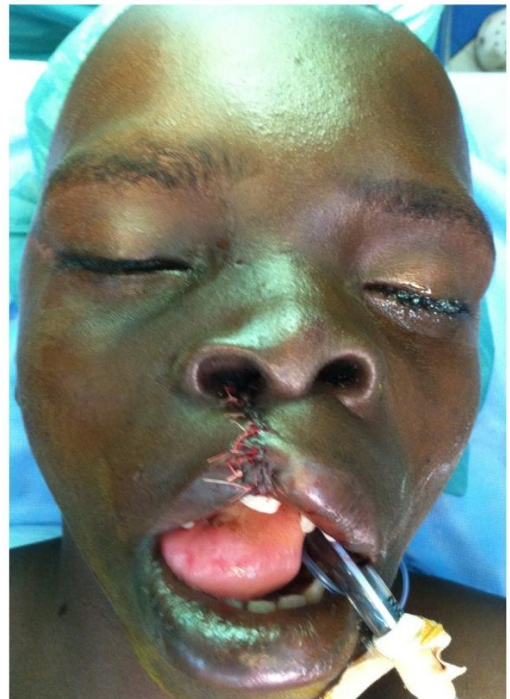
Gracias a nuestro equipo y a todos los que nos apoyan, Ryan, como otros niños, podrá tener una vida completamente normal.

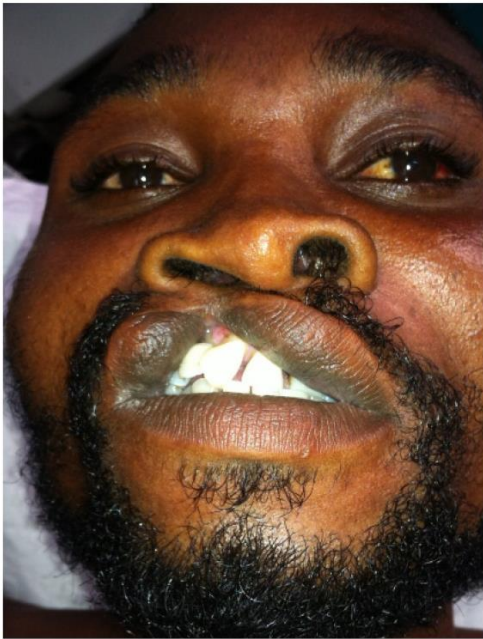
Si quieres, puedes ayudar, con tus donaciones, a que otros niños como Ryan, puedan ser operados por nuestro equipo en una próxima misión.

Casos tardíos por falta de cirujanos



En España no se ven, en África si





Un problema grave con una fácil solución



Repercusiones en niños:

En un niño con labio y/o paladar se presentan muchas dificultades:

Los niños con estas malformaciones se enfrentan con problemas sociales, emocionales y de comportamiento debido a las diferencias en la apariencia física y el rechazo de su familia, compañeros y vecinos.

- Dificultad de alimentación. Una de las preocupaciones más inmediatas después del nacimiento es la alimentación y más en África. Estas anomalías dificultan la succión y eso representa una malnutrición segura y una pérdida de peso importante que va a representar la muerte posible del niño.
- Infecciones de oído y pérdida de audición. Los bebés con paladar hendido están especialmente en riesgo de desarrollar pérdida de audición.
- Problemas odontológicos que comportarán alteraciones del desarrollo dental.
- Dificultades del habla. Debido a que el paladar se usa para emitir sonidos, el desarrollo del habla normal puede verse afectado por el paladar hendido. El habla suena demasiado nasal.
- Rechazo social

Gestión y tratamiento:

El tratamiento quirúrgico para niños con fisuras orofaciales puede variar según la gravedad de la fisura, la edad y necesidades del niño, y la presencia de síndromes asociados u otros defectos de nacimiento, o ambos.

El tratamiento de un niño con hendidura orofacial es multidisciplinario, y debe hacerse lo antes posible para obtener un buen resultado.

El protocolo de tratamiento quirúrgico es el siguiente:

1. Reparación primaria del labio a los 3 - 6 meses de vida.
2. Reparación del paladar hendido a los 9 -18 meses de vida.
3. Reparación secundaria del labio y paladar, si es necesario en la adolescencia.

El equipo médico de Fundación Clarós para tratar a estos niños lo compone:

- Dos cirujanos maxilofacial y otorrinolaringólogo Senior
- Dos cirujanos juniors
- Dos anestesiólogos
- Dos enfermeras de quirófano

La hospitalización necesaria después de la cirugía es de aproximadamente de 2-3 días.



Equipo de Fundación Clarós en plena actividad quirúrgica

Background:

Fundación Clarós tiene una vasta experiencia con más de 115 misiones que se llevaron a cabo en diferentes países, pero en su mayoría africanos (Congo, Gambia, Etiopía, Sudan, Senegal, Kenia, Gabón, Níger, República de Cabo Verde, Camerún, República de Ruanda, Burundi, Liberia, Benín, Rumanía, Moldavia, India).

Normalmente en cada misión realizamos las máximas operaciones posibles de este tipo de patología y enseñamos a los médicos locales a aprender las técnicas y a seguir los postoperatorios indicados.

Llevamos más de 2000 operados de estas patologías y más de 4000 de todas las demás patología de cara, cabeza y cuello.

Costes del proyecto:

- Importe de los billetes de avión: 8 personas x 1.000 € = 8.000 €
- Alojamiento y comidas del equipo: 8.000 €
- Transporte local: A cargo del Hospital que nos acoge.
- Material fungible para la cirugía: 3.000 €.
- Visados: 150 aprox. x8 = 1200 €.
- Seguros médicos de los componentes de F. Clarós: 100€/persona = 800 €.

Cantidad total: 21.000 €.

Nuestra solicitud:

Pedimos a Fundación La Caixa, la cantidad total o parcial de una o varias misiones, para realizar este proyecto, en las próximas misiones de la Fundación Clarós del 2021 que serán en : Burundi, República Democrática del Congo, Niger y República de Cabo Verde, Benín.

21.000 € x cada misión financiada

**“FUNDACIÓN LA CAIXA”
COLABORA CON
FUNDACIÓN CLARÓS
TOTAL O PARCIAL EN UNA
O VARIAS MISIONES**

**LA AYUDA A LOS NIÑOS
MALFORMADOS SIEMPRE
ES UN LUJO ESPIRITUAL**

Colaboradores



Fundación "la Caixa"

SIEMPRE CERCA DEL NIÑO MALFORMADO

¡Únete a una nueva misión!

Entra en www.fundacionclaros.com y colabora con nosotros.

Ayuda a que un médico joven pueda realizar una beca de formación en nuestro centro o financia una operación de un paciente en una de nuestras próximas misiones.

Haz tu aportación ahora en:

Fundación Clarós "LA CAIXA": ES85 2100 0969 3702 0014 1361



Fundación Clarós
C/Los Vergós 31, 08017 Barcelona. España.
T. +34 93 203 12 12 F. +34 93 280 33 32
Email: fundacion@fundacionclaros.com



@fundacionclaros

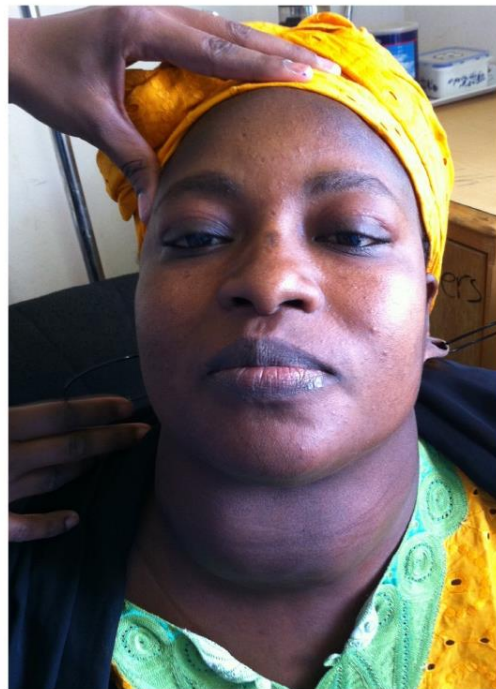
Nº de registro: 1.466
NIF: G62.421.482



**Una campaña de
“Fundación La Caixa”
“Erradicación del bocio
en la mujer Africana”**

**Objetivo 2021:
Operar mujeres afectas de bocio**

**“La mujer en África, es el motor de la familia”
Pacientes africanas afectas de bocio,
una enfermedad frecuente**



¿Qué hacemos?

La fundación Clarós es una organización sin ánimo de lucro, cuyos objetivos son humanitarios, docentes y de investigación, dentro del área de la otorrinolaringología y cirugía de cara, cabeza y cuello.

1. **AYUDAMOS** con nuestras cirugías a oír, mejorar la voz, permitir hablar y hacer sonreír a los pacientes afectados de deformaciones o tumores faciales, restableciendo a la vez su aspecto físico.
2. **CURAMOS** en India, Etiopía, Moldavia, Liberia, Rumanía, Senegal, Camerún, Gabón, Sudán, Kenya, R.D. del Congo, Cabo Verde, Gambia, Burundi, Benín, etc.
3. **FORMAMOS en Clínica Clarós**, a médicos jóvenes de países emergentes, en la especialidad de otorrinolaringología y cirugía plástica facial, gracias a nuestro sistema de becas. Tenemos programas de investigación propios. Ofrecemos en nuestro laboratorio cursos de “Formación anatómico-quirúrgica”.
4. **ENSEÑAMOS** las especialidades de Otorrinolaringología, Logopedia, Foniatría, Cirugía Oral, Máxilofacial y Plástica Facial mediante conferencias, congresos, cursos o symposiums a nivel internacional.

Nuestra Junta Directiva

Patronato

Presidente:
Dr. Pedro Clarós

Vice-Presidente:
D. Antonio Sagnier

Secretario y Asesor Jurídico:
Dña. Rosina Foix

Tesorero:
Dr. Andrés Clarós

Vice-Secretaria:
Dña. Luisa Pujol Herrick

Miembros del protectorado

D. Rubén Amoretti
D. Jaime Aragall

Dña. Ainhoa Arteta
D. Jaime Bonet

Dña. Sara Blanch
D. Josep Bros

D. Javier Camarena
D. Carlos Chausson

D. Carlo Colombara
D. Juan Diego Flórez

D. Josep Maria Flotats
Dña. Barbara Frittoli

D. Ramón Gener
D. Raúl Giménez

D. Marcel Gorgori
D. Juan-Carlos Llarás

Dña. Lucrecia Pérez “Lucrecia”
Dña. Montse Martí Caballé

D. Joan Matabosch Grifoll
D. Stefano Palatchi

Dña. Raquel Pierotti
D. Joan Pons

Dña. Carmen Pujol
Dña. Ana María Sánchez
D. Joan Manuel Serrat



PRE-OPERACIÓN
DE BOCIO

POST-OPERACIÓN
DE BOCIO

Casos con nombre propio: Evelyne, Burundi 2020

Son muchas las operaciones de tiroides que realizamos por bocio que altera la vida de la mujer africana impidiéndole llevar una vida normal, sus órganos vitales se afectan y en algunos casos la muerte por descompensación endocrina.

Se origina por un crecimiento de la glándula tiroides por falta de fabricación de hormona tiroidea o al revés, su exceso.

Gracias a nuestro equipo y a todos los que nos apoyan, Evelyne, como muchas otras mujeres, podrá tener una vida completamente normal.

Fundación Clarós

La Fundación Clarós es una organización sin ánimo de lucro (ONG) que realiza múltiples misiones humanitarias durante el año en países de África, India o Europa del Este. En estos momentos, ya llevamos 115 misiones hasta el día de hoy, con éxito.

El objetivo de este proyecto específico es el de combatir y tratar el bocio en la mujer africana, por ser éstas, las más afectadas y recaer en ellas la responsabilidad familiar, laboral y social.

¿Que representa el bocio?

El bocio es el aumento de tamaño de la glándula del tiroides. Se traduce externamente por una tumoración en la parte antero-inferior del cuello justo debajo de la laringe. Existen varios tipos desde el punto de vista morfológico: bocio difuso, uninodular o multinodular. Según su tamaño se divide en los siguientes estados:

Estado 1: detectable a la palpación.

Estado 2: bocio palpable y visible con el cuello en hiperextensión.

Estado 3: visible con el cuello en posición normal.

Estado 4: bocio visible a distancia.

Incidencia:

La mujer africana tiene una prevalencia de bocio de aproximadamente un 28 %, dependiendo de la ingesta de yodo en los alimentos, su vida hormonal, y de las condiciones de vida en cada país.

¿Cuáles son sus causas?

La causa más común es la deficiencia de yodo, estado que se conoce habitualmente como bocio endémico. Sin embargo, hay otras causas de tipo endocrino.

El tratamiento y curación consiste en un suplemento en la alimentación con sal yodada. Sin embargo, en estado avanzado solo será la cirugía la única solución probable. La cirugía también conlleva ciertos riesgos.

Hoy en día constituye un problema médico en los países más pobres que carecen de recursos económicos para reforzar los alimentos con esta sustancia como parte del programa de alimentación pública. La incidencia de tumores malignos en la glándula tiroidea es alta por lo que se recomienda la tiroidectomía total en la mayoría de los casos y un estudio anatomopatológico. En África esta cirugía está limitada solamente a personas con posibilidades económicas y cerca de grandes hospitales.

Repercusiones en las mujeres:

En una mujer afectada de bocio, se presentan muchas dificultades que incluso pueden llegar a la muerte ya sea, por descompensación hormonal, hipertensión o crisis tiroideas

La presencia de una masa tumoral a nivel del cuello les afecta además psicológicamente y les ocasiona un rechazo de la sociedad, familia y especialmente del cónyuge.

Cuando el tamaño, es grande, les produce dificultad al tragar y respirar, y en muchas ocasiones se interioriza hacia el tórax produciéndoles el llamado bocio intratorácico, que les ocasionará problemas cardiorrespiratorios.

Gestión y tratamiento:

El tratamiento quirúrgico en las pacientes con bocio requiere un diagnóstico y una determinación del estado hormonal del tiroides. Algunas de ellas sufren de bocios tóxicos lo cual requieren tratamiento preoperatorio, previo a la cirugía, ya que el riesgo quirúrgico es mucho mas alto.

Después del tratamiento, en los casos que se ha hecho una extirpación total, la llamada tiroidectomía total van a precisar un tratamiento hormonal substitutivo para toda su vida. Es la hormona sintética o química que se encuentra en el mercado. En caso de no hacerlo en poco tiempo, morirán por complicaciones de todo tipo.

¿Quién puede operar?

El equipo médico de Fundación Clarós para tratar esta patología tiroidea se compone de:

Dos cirujanos otorrinolaringólogo especialista en cirugía de cuello.

Dos cirujanos juniors, que actúan como ayudantes.

Dos anestesiólogos.

Dos enfermeras.

Dos instrumentistas de bloque quirúrgico.

La hospitalización necesaria después de la cirugía es de aproximadamente de tres días. Es preciso disponer de un hospital con un equipamiento mínimo indispensable para su tratamiento quirúrgico, de laboratorio y de médicos internistas.



Equipo de Fundación Clarós en plena actividad quirúrgica

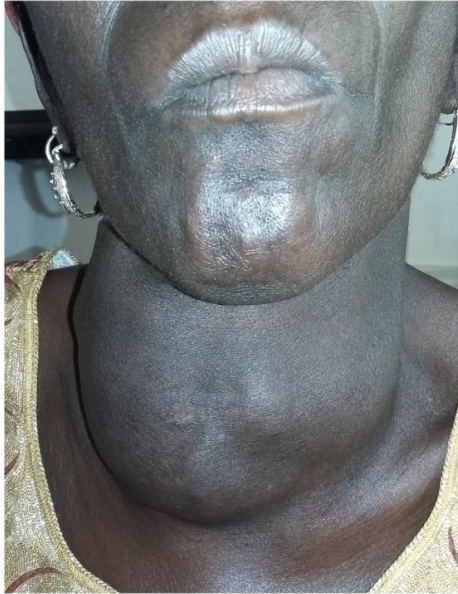
Background:

Fundación Clarós tiene una vasta experiencia con más de 115 misiones que se llevaron a cabo en diferentes países, pero en su mayoría africanos (Congo, Gambia, Etiopía, Sudan, Senegal, Kenia, Gabón, Níger, República de Cabo Verde, Camerún, República de Ruanda, Burundi, Liberia, Rumanía, Moldavia, India, Benín).

Normalmente en cada misión realizamos las máximas operaciones posibles de este tipo de patología y enseñamos a los médicos locales a aprender las técnicas y a seguir los postoperatorios indicados.

Llevamos más de 2000 pacientes operados de estas patologías y más de 4000 de todas las demás patología de cara, cabeza y cuello.

**Casos avanzados de tiroides por falta de cirujanos
en África y muchos de ellos, tumores malignos**



Costes del proyecto:

- Importe de los billetes de avión: 10 personas x $\approx 1.000 \text{ €} = 10.000 \text{ €}$
- Alojamiento y comidas del equipo: 1 semana, 10.000 €.
- Transporte local: A cargo del Hospital que nos acoge.
- Material fungible para la cirugía: 2.500 €.
- Visados: 150 aprox. x10 = 1.500 €.
- Seguros médicos de los componentes de F. Clarós: 100 € /persona = 1.000 €.

Cantidad total: 21.000 €.

Nuestra solicitud:

Pedimos a Fundación La Caixa, la cantidad total o parcial de una o varias misiones, para realizar este proyecto, en las próximas misiones de la Fundación Clarós del 2021 que serán en : Burundi, República Democrática del Congo, Niger y República de Cabo Verde, Benín.

25.000 € x cada misión financiada

**“FUNDACIÓN LA CAIXA”
COLABORA CON
FUNDACIÓN CLARÓS
TOTAL O PARCIAL EN UNA
O VARIAS MISIONES**

**LA AYUDA A LOS NECESITADOS ES
SIEMPRE UN LUJO ESPIRITUAL**



PUEDES AYUDAR CON TUS DONACIONES A
EXPANDIR NUESTRA ACTIVIDAD,
TANTO EN OPERACIONES COMO EN FORMACIÓN
MÉDICA DE PROFESIONALES IN SITU.

Haz tu aportación ahora en la cuenta de Fundación Clarós:
"LA CAIXA": ES85 2100 0969 3702 0014 1361

Fundación Clarós
C/Los Vergós 31, 08017 Barcelona. España.
T. +34 93 203 12 12 F. +34 93 280 33 32
Email: fundacion@fundacionclaros.com

   @fundacionclaros

Nº de registro: 1.466
NIF: G62.421.482

Anexo V: Documentos Necesarios de viaje internacional. Cuaderno ATA

CUADERNO A.T.A. CARNET A.T.A. CARNET		CUADERNO A.T.A. N° CARNET A.T.A. N° A.T.A. CARNET No	ES	19/13/00940
E X P O R T A C I O N	E X P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		1-5
		han sido exportadas / ont été exportées / have been exported.		
		2. Fecha límite para la reimportación en franquicia* Date limite pour la réimportation en franchise* Final date for duty-free re-importation*	6004/20	año / mes / día year / month / day
		3. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*	AVION. VUELOS LH 1129 & T 7071 4-6-T-717	
	Matriz Souche Counterfoil N° 1	Aduana Bureau de douane / Customs Office	Lugar Lieu / Place	Fecha (año/mes/día) Date (année/mois/jour) Date (year/month/day)
	ADUANA AEROPUERTO BARCELONA VIAJEROS TERMINAL T1		SERVICIO DE VIAJEROS 03 ENL. 2020 Firma y sello Signature and Stamp	
R E I M P O R T A C I O N	R E I M P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		1-5
		exportadas temporalmente bajo la cobertura de (de los) volante(s) de exportación N°(s) exportées temporairement sous couvert du(des) volet(s) d'exportation N°(s) which were temporarily exported under cover of exportation voucher(s) No(s)		del presente cuaderno han sido reimportadas* du présent carnet ont été réimportées* of this carnet have been re-imported.*
		2. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*	6005/20 100 boltes	
		Matriz Souche Counterfoil N° 1	Aduana Bureau de douane / Customs Office	Lugar Lieu / Place
	ADUANA AEROPUERTO BARCELONA VIAJEROS TERMINAL T1		SERVICIO DE VIAJEROS 12 ENL. 2020 Firma y sello Signature and Stamp	
E X P O R T A C I O N	E X P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		
		han sido exportadas / ont été exportées / have been exported.		
		2. Fecha límite para la reimportación en franquicia* Date limite pour la réimportation en franchise* Final date for duty-free re-importation*		
		3. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*		
	Matriz Souche Counterfoil N° 2	Aduana Bureau de douane / Customs Office	Lugar Lieu / Place	Fecha (año/mes/día) Date (année/mois/jour) Date (year/month/day)
			Firma y sello Signature and Stamp	
R E I M P O R T A C I O N	R E I M P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		
		exportadas temporalmente bajo la cobertura de (de los) volante(s) de exportación N°(s) exportées temporairement sous couvert du(des) volet(s) d'exportation N°(s) which were temporarily exported under cover of exportation voucher(s) No(s)		del presente cuaderno han sido reimportadas* du présent carnet ont été réimportées* of this carnet have been re-imported.*
		2. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*		
		Matriz Souche Counterfoil N° 2	Aduana Bureau de douane / Customs Office	Lugar Lieu / Place
			Firma y sello Signature and Stamp	

* Si procede / *S'il y a lieu / *If applicable

NO SEPARAR DEL CUADERNO / NE PAS DETACHER DU CARNET / DO NOT REMOVE FROM THE CARNET

RESERVADO A LA ADUANA DEL PAIS/TERRITORIO ADUANERO DE IMPORTACION TEMPORAL
RESERVE A LA DOUANE DU PAYS/TERRITOIRE DOUANIER D'IMPORTATION TEMPORAIRE
FOR USE BY CUSTOMS OF COUNTRY/CUSTOMS TERRITORY OF TEMPORARY IMPORTATION

Cambrà Oficial
de Comerç,
Indústria i Navegació
de Barcelona



E X P O R T A C I O N	E X P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		han sido exportadas. / ont été exportées / have been exported.										
		2. Fecha límite para la reimportación en franquicia* Date limite pour la réimportation en franchise* Final date for duty-free re-importation*		<table border="1"> <tr> <td>año</td> <td>mes</td> <td>dia</td> </tr> <tr> <td>année</td> <td>mois</td> <td>jour</td> </tr> <tr> <td>year</td> <td>month</td> <td>day</td> </tr> </table>		año	mes	dia	année	mois	jour	year	month	day
		año	mes	dia										
année	mois	jour												
year	month	day												
3. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*		7.												
Matriz Souche Counterfoil N°10. 3		4. Aduana Bureau de douane / Customs Office	5. Lugar Lieu / Place	6. Fecha (año/mes/día) Date (année/mois/jour) Date (year/month/day)	Firma y sello Signature et Timbre / Signature and Stamp.									

R E I M P O R T A C I O N	R E I M P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		del presente cuaderno han sido reimportadas.* du présent carnet ont été réimportées.* of this carnet have been re-imported.*			
		2. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*		6.			
		3. Matriz Souche Counterfoil N°10. 3		4. Aduana Bureau de douane / Customs Office	5. Lugar Lieu / Place	6. Fecha (año/mes/día) Date (année/mois/jour) Date (year/month/day)	Firma y sello Signature et Timbre / Signature and Stamp.

E X P O R T A C I O N	E X P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		han sido exportadas. / ont été exportées / have been exported.										
		2. Fecha límite para la reimportación en franquicia* Date limite pour la réimportation en franchise* Final date for duty-free re-importation*		<table border="1"> <tr> <td>año</td> <td>mes</td> <td>dia</td> </tr> <tr> <td>année</td> <td>mois</td> <td>jour</td> </tr> <tr> <td>year</td> <td>month</td> <td>day</td> </tr> </table>		año	mes	dia	année	mois	jour	year	month	day
		año	mes	dia										
année	mois	jour												
year	month	day												
3. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*		7.												
Matriz Souche Counterfoil N°10. 4		4. Aduana Bureau de douane / Customs Office	5. Lugar Lieu / Place	6. Fecha (año/mes/día) Date (année/mois/jour) Date (year/month/day)	Firma y sello Signature et Timbre / Signature and Stamp.									

R E I M P O R T A C I O N	R E I M P O R T A C I O N	1. Las mercancías enumeradas en la lista general con el (los) número(s) Les marchandises énumérées à la liste générale sous le(s) N°(s) The goods described in the General List under item No(s)		del presente cuaderno han sido reimportadas.* du présent carnet ont été réimportées.* of this carnet have been re-imported.*			
		2. Otras indicaciones* / Autres mentions* / Other remarks*		6.			
		3. Matriz Souche Counterfoil N°10. 4		4. Aduana Bureau de douane / Customs Office	5. Lugar Lieu / Place	6. Fecha (año/mes/día) Date (année/mois/jour) Date (year/month/day)	Firma y sello Signature et Timbre / Signature and Stamp.

* Si procede / *Si il y a lieu / *If applicable

NO SEPARAR DEL CUADERNO / NE PAS DETACHER DU CARNET / DO NOT REMOVE FROM THE CARNET

(Antes de redactar el cuaderno léase las notas de la página 3 de la cubierta) (Avant de remplir le carnet lire la notice page 3 de la couverture) (Before completing the Carnet, please read Notes on cover page 3)

CUADERNO A.T.A.	A.T.A.	A. TITULAR Y DIRECCIÓN / Titulaire et adresse / Holder and address FUNDACIÓN CLARÓS C LOS VERGÓS 31 BARCELONA 08017	RESERVADO A LA ASOCIACIÓN EMISORA / Réservé à l'association émettrice / For Issuing Association use CUBIERTA / Couverture / Front cover
	CARNET	B. REPRESENTADO POR* / Représenté par* / Represented by* PEDRO CLARÓS BLANCH 37712789B	a) CUADERNO A.T.A. Nº / CARNET A.T.A. Nº / A.T.A. CARNET No ES 19/13/00940 Hojas suplementarias Nº / Feuilles supplémentaires Nº / Continuation sheets No
	A.T.A.	C. UTILIZACIÓN QUE SE PREVÉ PARA LAS MERCANCIAS Utilisation prévue des marchandises / Intended use of goods MATERIAL PROFESIONAL / PROFESSIONAL EQUIPMENT	b) EXPEDIDO POR / Délivré par / Issued by CAMARA OFICIAL DE COMERCIO, INDUSTRIA Y NAVEGACION DE BARCELONA.
		c) VÁLIDO HASTA / Valable jusqu'au/ Valid until 2020 / 12 / 9 año / année / year mes / mois / month día (inclusive) / jour (inclus) / day (inclusive)	

Cuaderno valedero en los países/territorio aduanero que se indica bajo la garantía de las asociaciones siguientes, lista en página 4 de la cubierta: / Ce carnet est valable dans les pays/territoires douaniers ci-après, sous la garantie des associations reprises en page 4 de couverture: / This carnet may be used in the following countries/ customs territories under the guarantee of the associations listed on page 4 of the cover:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DE ALEMANIA
<input type="checkbox"/> AT AUSTRIA
<input type="checkbox"/> BE BÉLGICA
<input type="checkbox"/> BG BULGARIA
<input type="checkbox"/> CY CHIPRE
<input type="checkbox"/> HR CROACIA
<input type="checkbox"/> DK DINAMARCA
<input type="checkbox"/> SI ELOVENIA
<input type="checkbox"/> ES ESPAÑA
<input type="checkbox"/> EE ESTONIA
<input type="checkbox"/> FI FINLANDIA
<input type="checkbox"/> FR FRANCIA
<input type="checkbox"/> GR GRECIA
<input type="checkbox"/> HU HUNGRIA
<input type="checkbox"/> IE IRLANDA
<input type="checkbox"/> IT ITALIA
<input type="checkbox"/> LV LETONIA
<input type="checkbox"/> LT LITUANIA
<input type="checkbox"/> LU LUXEMBURGO
<input type="checkbox"/> MT MALTA
<input type="checkbox"/> NL PAISES BAJOS
<input type="checkbox"/> PL POLONIA
<input type="checkbox"/> PT PORTUGAL
<input type="checkbox"/> GB REINO UNIDO
<input type="checkbox"/> CZ REPÚBLICA CHECA
<input type="checkbox"/> SK REPÚBLICA ESLOVACA
<input type="checkbox"/> RO RUMANIA
<input type="checkbox"/> SE SUECIA | <input type="checkbox"/> AL ALBANIA
<input type="checkbox"/> AD ANDORRA
<input type="checkbox"/> BH REINO DE BAHREIN
<input type="checkbox"/> DZ ARGELIA
<input type="checkbox"/> MK ARY MACEDONIA
<input type="checkbox"/> AS AUSTRALIA
<input type="checkbox"/> BY BIELORUSIA
<input type="checkbox"/> BA BOSNIA Y HERZEGOVINA
<input type="checkbox"/> BR BRASIL
<input type="checkbox"/> CA CANADÁ
<input type="checkbox"/> CI COSTA DE MARFIL
<input type="checkbox"/> CL CHILE
<input type="checkbox"/> CN CHINA
<input type="checkbox"/> AE EMIRATOS ÁRABES UNIDOS
<input type="checkbox"/> US ESTADOS UNIDOS
<input type="checkbox"/> HK HONG KONG-CHINA
<input type="checkbox"/> IN INDIA
<input type="checkbox"/> ID INDONESIA
<input type="checkbox"/> IR IRAN
<input type="checkbox"/> IS ISLANDIA
<input type="checkbox"/> MU ISLA MAURICIO
<input type="checkbox"/> IL ISRAEL
<input type="checkbox"/> JP JAPÓN
<input type="checkbox"/> KZ KAZAJISTÁN
<input type="checkbox"/> LB LIBANO
<input checked="" type="checkbox"/> TODOS LOS PAÍSES
<input checked="" type="checkbox"/> VALEDERO ÚNICAMENTE EN ADUANAS NACIONALES Y DE LA UNIÓN EUROPEA | <input type="checkbox"/> MO MACAO-CHINA
<input type="checkbox"/> MG MADAGASCAR
<input type="checkbox"/> MY MALASIA
<input type="checkbox"/> MA MARRUECOS
<input type="checkbox"/> MX MÉJICO
<input type="checkbox"/> MD MOLDAVIA
<input type="checkbox"/> MN MONGOLIA
<input type="checkbox"/> ME MONTENEGRO
<input type="checkbox"/> NO NORUEGA
<input type="checkbox"/> NZ NEUVA ZELANDA
<input type="checkbox"/> PK PAKISTÁN
<input type="checkbox"/> QA QATAR
<input type="checkbox"/> KR REPÚBLICA DE COREA
<input type="checkbox"/> ZA REPÚBLICA DE SUDAFRICA
<input type="checkbox"/> RU RUSIA
<input type="checkbox"/> SN SENEGAL
<input type="checkbox"/> CS SERBIA
<input type="checkbox"/> SG SINGAPUR
<input type="checkbox"/> LK SRI LANKA
<input type="checkbox"/> CH SUIZA-LIECHTENSTEIN
<input type="checkbox"/> TH TAILANDIA
<input type="checkbox"/> TN TÚNEZ
<input type="checkbox"/> TR TURQUÍA
<input type="checkbox"/> UA UCRANIA | PAÍSES Y REGIONES QUE
ACCEPTAN EL CUADERNO ATA
<input type="checkbox"/> ES ESPAÑA
<input type="checkbox"/> ISLAS CANARIAS
<input type="checkbox"/> CEUTA
<input type="checkbox"/> MELILLA
<input type="checkbox"/> US ESTADOS UNIDOS
<input type="checkbox"/> PUERTO RICO
<input type="checkbox"/> FR FRANCIA
<input type="checkbox"/> GUADALUPE
<input type="checkbox"/> MARTINICA
<input type="checkbox"/> GUYANA
<input type="checkbox"/> REUNIÓN
<input type="checkbox"/> NUEVA CALEDONIA
<input type="checkbox"/> WALLIS Y FUTUNA
<input type="checkbox"/> POLINESIA FRANCESA
<input type="checkbox"/> MAYOTE
<input type="checkbox"/> SAINT PIERRE Y MIQUELÓN
<input type="checkbox"/> GB REINO UNIDO
<input type="checkbox"/> GIBRALTAR
<input type="checkbox"/> ZA REPÚBLICA DE SUDAFRICA
<input type="checkbox"/> BOTSWANA
<input type="checkbox"/> LESOTHO
<input type="checkbox"/> NAMBIA
<input type="checkbox"/> SWAZILANDIA |
|---|--|--|---|

El titular y su representante son responsables del cumplimiento de las leyes y reglamentos del país/territorio aduanero de salida y de los países/territorios aduaneros de importación / A charge pour le titulaire et son représentant de ser conformer aux lois et règlements du pays/territoire douanier de départ et des pays/territoires douaniers d'importation / The holder of this Carnet and his representative will be held responsible for compliance with the laws and regulations of the country/Customs territory of departure and the countries/Customs territories of importation.

<p style="text-align: center;">CERTIFICACIÓN DE LAS AUTORIDADES ADUANERAS ATTESTATION DES AUTORITES DOUANIERES CERTIFICATE BY CUSTOMS AUTHORITES</p> <p>a) Efectuadas las marcas de identificación a que alude la columna 7 en relación con el(los) número(s) de orden siguiente(s) de la lista general / Apposé les marqués d'identification mentionnés dans la colonne 7 en regard du(des) numéro(s) d'ordre suivant(s) de la liste générale / Identification marks have been affixed as indicated in column 7 against the following item No(s) of the General List.</p> <p>b) Comprobadas las mercancías* / Vérifié les marchandises* / Goods examined* Si Oui Yes <input type="checkbox"/> No Non No <input type="checkbox"/></p> <p>c) Registrado con el Nº* / Enregistré sous le Nº* / Registered under reference Nº* <i>6004/19</i> <i>03 ENE. 2020</i></p> <p>Oficina de aduana / Bureau de Douane / Customs Office: <i>Barcelona, 2020 Enero 03</i> Lugar / Lieu / Place: _____ Fecha (año/mes/día) / Date (année/mois/jour): _____ Firma y sello / Signature et Timbre: _____</p>	<p>c. Firma del delegado y sello de la asociación emisora / Signature du délégué et timbre de l'association émettrice / Signature of authorized official and stamp of the Issuing Association </p> <p>Barcelona 2019 12 11</p> <p>Lugar y fecha de la emisión (año/mes/día) / Lieu et date d'émission (année/mois/jour) / Place and Date of Issue (year/month/day)</p> <p>J. _____</p> <p>X _____ X</p> <p>Firma del titular / Signature du titulaire / Signature of Holder</p>
--	--

* Si procede / *If applicable

DEVOLVER A LA CÁMARA EMISORA UNA VEZ UTILIZADO / TO BE RETURNED TO THE ISSUING CHAMBER IMMEDIATELY AFTER USE

CUADERNO A.T.A.

LISTA GENERAL / LISTE GENERAL / GENERAL LIST

CARNET A.T.A. CARNET

Nº de orden Nº d'ordre Item No	Designación comercial de las mercancías y en su caso, marcas y números Désignation commerciale des marchandises et, le cas échéant marques et numéros Trade description of goods and marks and numbers, if any	Número de Piezas Nombre de Pièces Number of Pieces	Peso o Volumen Poids ou Volume Weight or Volume	Valor (*) Valeur(*) Value(*)	**Pais de origen **Pays d'origine **Country of origin	Reservado a la Aduana Réserve à la douane For official use Marcas de identificación Marques d'identification Identification marks
1	2	3	4	5	6	7
1	MICROMOTOR COMPLETO DE CIRUGÍA DE OÍDO. SÉRIE MOTEUR: 20170115	1	0.00	300.00		
2	CAJAS INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	10	0.00	1,500.00		
3	SOPORTE ORTOSTÁTICO OÍDO	1	0.00	200.00		
4	GAFAS LUPA QUIRÚRGICAS CON PILAS	1	0.00	200.00		
5	CAJAS INSTRUMENTAL CIRUGÍA VASCULAR	3	0.00	1,000.00		
Suma y sigue / Total ou A REPORTER / TOTAL or CARRIED OVER		16	0.00	3,200.00		

Cambra Oficial de Comerç Indústria i Navegació de Barcelona



* Valor comercial en el país/territorio aduanero de emisión y en su moneda, salvo indicación contraria.
 * Valeur commerciale dans le pays/territoire douanier d'émission et dans sa monnaie, sauf indication contraire. / * Commercial value in country/customs territory of issue and in its currency, unless stated differently
 ** Indicar el país de origen si es diferente del país/territorio aduanero de emisión del cuaderno, utilizando el código internacional de los países ISO.
 ** Indiquer le pays d'origine s'il est différent du pays/territoire douanier d'émission du carnet en utilisant le code international des pays ISO. / ** Show country of origin if different from country / customs territory of issue of the carnet, using ISO country code.

**INSTRUCCIONES RELATIVAS
A LA UTILIZACIÓN DEL CUADERNO A.T.A.**

1. Todas las mercancías protegidas bajo cobertura del Cuaderno deben figurar en las columnas 1 a 6 de la lista general. Cuando el espacio reservado a ésta, en el reverso de la cubierta, resulte insuficiente, se utilizarán hojas suplementarias según modelo oficial.
2. Para cerrar la Lista General, los totales de las columnas 3 y 5 se indicarán al final de la lista en número y en letra. Si la lista general (hojas complementarias) está formada de varias hojas, el número de hojas de continuación utilizadas será indicado en número y en letra en la Casilla G de la portada.
3. Cada mercancía deberá ir consignada bajo un número de orden que se indicará en la columna 1. Las mercancías compuestas de partes separadas (piezas de recambio y accesorios, inclusive) podrán llevar un solo número de orden. En este caso habrá de precisarse, en la columna 2, la naturaleza, el valor y, de ser necesario, el peso de cada parte, figurando solamente el peso y el valor totales en las columnas 4 y 5.
4. Al redactar las listas de los volantes debe hacerse figurar los mismos números de orden establecidos en la lista general.
5. Para facilitar el control aduanero se recomienda indicar legiblemente sobre cada mercancía (partes separadas inclusive) el número de orden que tenga asignado.
6. Las mercancías de la misma naturaleza podrán agruparse, a condición de que a cada una se le asigne un número de orden entre sí. Si las mercancías agrupadas fueran de distinto valor o peso debe indicarse su valor, y si es posible, su peso respectivo en la columna 2.
7. En el caso de mercancías destinadas a una exposición, es aconsejable, en interés del importador, indicar en C. del volante de importación el nombre de la exposición y el lugar donde tendrá efecto, así como el nombre y dirección del organizador.
8. El cuaderno debe llenarse de manera legible e indeleble.
9. Todas las mercancías bajo cobertura del Cuaderno deben presentarse al mismo tiempo que éste a las autoridades aduaneras del país de salida, quienes, tras su comprobación, tomarán nota de las mismas, salvo que estos requisitos no sean preceptivos en la reglamentación aduanera de dicho país.
10. Cuando el Cuaderno aparezca redactado en lengua distinta a la del país de importación, las autoridades aduaneras podrán elegir su traducción.
11. El titular devolverá a la Asociación emisora los Cuadernos caducados o antes de su caducidad cuando no le sean necesarios.
12. Toda indicación cifrada deberá expresarse en números árabes.
13. Conforme a las normas ISO 8601 las fechas deben estar indicadas en el orden siguiente: año/mes/día.
14. Cuando se emplean las hojas azules de tránsito, el titular debe presentar el Cuaderno a la oficina de aduanas que pone en tránsito la mercancía y posteriormente, dentro del tiempo límite prescrito para el tránsito, presentarlo a la oficina de aduanas de destino. Las aduanas deberán sellar y firmar los volantes de tránsito y controlarlos en cada paso.

**NOTICE CONCERNANT L'UTILISATION
DU CARNET A.T.A.**

1. Toutes les marchandises placées sous le couvert du carnet doivent figurer dans les colonnes 1 à 6 de la liste générale. Lorsque l'espace réservé à celle-ci, au verso de la couverture, n'est pas suffisant, il y a lieu d'utiliser des feuilles supplémentaires conformes au modèle officiel.
2. A l'effet d'arrêter la liste générale, on doit mentionner à la fin, en chiffres et en toutes lettres, les totaux des colonnes 3 et 5. Si la liste générale (feuilles supplémentaires) comporte plusieurs pages, le nombre de feuilles supplémentaires doit être indiqué en chiffres et en toutes lettres dans la case G de la couverture.
3. Chacune des marchandises doit être affectée d'un numéro d'ordre qui doit être indiqué dans la colonne 1. Les marchandises comportant des parties séparées (y compris les pièces de recharge et les accessoires) peuvent être affectées d'un seul numéro d'ordre. Dans ce cas il y a lieu de préciser, dans la colonne 2, la nature, la valeur et, en tant que de besoin, le poids de chaque partie, seuls le poids total et la valeur totale devant figurer dans les colonnes 4 et 5.
4. Lors de l'établissement des listes des volets, on doit utiliser les mêmes numéros d'ordre que ceux de la liste générale.
5. Pour faciliter le contrôle douanier, il est recommandé d'indiquer lisiblement sur chaque marchandise (y compris les parties séparées) le numéro d'ordre correspondant.
6. Les marchandises de même nature peuvent être groupées, à condition qu'un numéro d'ordre soit affecté à chacune d'entre elles. Si les marchandises groupées ne sont pas de même valeur ou poids, on doit indiquer leur valeur et, s'il y a lieu, leurs poids respectif dans la colonne 2.
7. Dans le cas des marchandises destinées à une exposition, il est conseillé à l'importateur, dans son propre intérêt, d'indiquer en C. du volet d'importation, le nom de l'exposition et le lieu où elle se tient ainsi que le nom et l'adresse de son organisateur.
8. Le carnet doit être rempli de manière lisible et indélébile.
9. Toutes les marchandises couvertes par le carnet doivent être vérifiées et prises en charge dans le pays de départ et y être présentées à cette fin, en même temps que le carnet, aux autorités douanières, sauf dans les cas où cet examen n'est pas prescrit par la réglementation douanière de ce pays.
10. Lorsque le carnet est rempli dans une autre langue que celle du pays d'importation, les autorités douanières, peuvent exiger une traduction.
11. Le titulaire restitue à l'association émettrice les carnets périmés ou dont il n'a plus l'usage.
12. Toute indication chiffrée doit être exprimée en chiffres arabes.
13. Conformément à la Norme ISO 8601, les dates doivent être indiquées dans l'ordre suivant: année/mois/jour.
14. Lorsqu'il est fait allusion des feuillets bleus pour une opération de transit, le titulaire est tenu de présenter son carnet au bureau de mise en transit et ultérieurement, dans les délais fixés pour cette opération, au bureau désigné comme "bureau de destination" de l'opération de transit. Les services douaniers ont l'obligation de donner aux souches et aux volets de ces feuillets la suite qu'il convient.

**NOTES ON THE USE
OF A.T.A. CARNET**

1. All goods covered by the Carnet shall be entered in columns 1 or 6 of the General List. If the space provided for the General List on the reserve of the front covers is insufficient, continuation sheets conforming to the official model shall be used.
2. In order to close the General List, the totals of columns 3 and 5 shall be entered at the end of the list in figures and in writing. If the General List (continuation sheets) consists of several pages, the number of continuation sheets used shall be stated in figures and in writing in Box G of the front cover.
3. Each item shall be given an item number which shall be entered in column 1. Goods comprising several separate parts (including spare parts and accessories) may be given a single item number. If so, the nature, the value and, if necessary, the weight of each separate part shall be entered in column 2 and only the total weight and value should appear in columns 4 and 5.
4. When making out the lists on the vouchers, the same item numbers shall be used as on the General List.
5. To facilitate Customs control, it is recommended that the goods (including separate parts thereof) be clearly marked with the corresponding item number.
6. Items answering to the same description may be grouped provided that each item so grouped is given a separate item number. If the items grouped are not of the same value, or weight, their respective values, and, if necessary, weights shall be specified in column 2.
7. If the goods are for exhibition, the importer is advised in his own interest to enter in C. of the importation voucher the name and address of the exhibition and of its organizer.
8. The carnet shall be completed legibly and indelibly.
9. All goods covered by the Carnet should be examined and registered in the country of departure and for this purpose should be presented, together with the Carnet, to the customs authorities there, except in cases where the Customs regulations of that country do not provide for such examination.
10. If the carnet has been completed in a language other than that of the country of importation, the Customs authorities may require a translation.
11. Expired Carnets and Carnets which the holder does not intend to use again shall be returned by him to the issuing association.
12. Arabic numerals shall be used throughout.
13. In accordance with ISO Standard 8601, dates must be entered in the following order: year/month/day.
14. When blue transit sheets are used, the holder is required to present the Carnet the Customs office placing the goods in transit and subsequently, within the time limit prescribed for transit, to the specified Customs "office of destination". Customs must stamp and sign the transit vouchers and counterfoils appropriately at each stage.



Cámara de Comercio Internacional
Federación Mundial de Cámaras



International Chamber of Commerce
World Chambers Federation

ASOCIACIONES GARANTES DE MIEMBROS DE LA CADENA INTERNACIONAL A.T.A./W.C.F.
ASSOCIATIONS GARANTES MEMBRES DE LA CHAÎNE INTERNATIONALE A.T.A./W.C.F.
GUARANTEEING ASSOCIATIONS MEMBERS OF W.C.F./A.T.A. INTERNATIONAL CHAIN

UNIÓN EUROPEA

DE ALEMANIA Deutscher industrie und Handelstag, Bonn.
AT AUSTRIA Austrian Federal Economic Chamber, Viena.
BE BÉLGICA Fédération Nationale des Chambres de Commerce et d'Industrie de Belgique, Bruselas.
BG BULGARIA Chambre de Commerce de Bulgaria, Sofia.
CY CHIPRE Chambre de Commerce et d'Industrie de Chipre, Nicosia.
HR CROACIA Croatian Chamber of Economy, Zagreb.
DK DINAMARCA Danish Chamber of Commerce, Copenague.
SI ESLOVENIA Chamber of Economy of Slovenia, Ljubljana.
ES ESPAÑA Consejo Superior de las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de España, Madrid.
EE ESTONIA Estonian Chamber of Commerce and Industry, Tallinn.
FI FINLANDIA The Central Chamber of Commerce of Finland, Helsinki.
FR FRANCIA Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, Paris.
GR GRECIA Athens chamber of Commerce, Atenas.
HU HUNGRÍA Magyar Gazdasági Kamara, Budapest.
IE IRLANDA Dublin Chamber of Commerce, Dublin.
IT ITALIA Unione Italiana delle Camere di Commercio industria e Agricoltura, Roma.
LV LETÓNIA Latvian Chamber of Commerce and Industry.
LT LITUANIA Association of Lithuanian Chambers of Commerce, Industry and Crafts.
LU LUXEMBURGO Fédération Nationale des Chambres de Commerce et d'Industrie de Belgique, Bruxelles.
MT MALTA Chamber of Commerce de Malte, Vallette.
NL PAÍSES BAJOS Kamer van Koophandel voor Amsterdam Harlem, Amsterdam.
PL POLONIA Polish Chamber of Foreign Trade, Varsovia.
PT PORTUGAL Associação Commercial de Lisboa, Lisboa.
GB REINO UNIDO London Chamber of Commerce and Industry, Londres.
CZ REPÚBLICA CHECA Czech Chamber of Commerce and Industry, Praga.
SK REPÚBLICA ESLOVACA Slovak Chamber of Commerce and Industry, Bratislava.
RO RUMANIA Camara de Comerț a României, Bucarest.
SE SUECIA Stockholm Chamber of Commerce, Estocolmo.

PAÍSES ADHERIDOS AL CONVENIO A.T.A.

AL ALBANIA Union of Chambers of Commerce and Industry of Albania (UCCIAL).
AD ANDORRA Cámara de Comercio, Industria y Servicios de Andorra.
BH REINO DE BAHREIN Bahrain Chamber of Commerce and Industry.
DZ ARGELIA Chambre Nationale de Commerce, Argel.
MK A.R.Y. MACEDONIA Economic Chamber of Macedonia.
AU AUSTRALIA Victorian Employer's Chamber of Commerce.
BY BIELORUSIA Belarusian Chamber of Commerce and Industry.
BA BOSNIA Y HERZEGOVINA Foreign Trade Chamber of Bosnia and Herzegovina.
BR BRASIL National Confederation of Industry (CNI).
CA CANADA The Canada Chamber of Commerce, Montreal.
CI COSTA DE MARFIL Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire, Abidjan.
CL CHILE Cámara de Comercio de Santiago.
CN CHINA Council for the Promotion of International Trade (CCPIT)/China Chamber of International Commerce (CCOIC).
AE EMIRATOS ÁRABES UNIDOS Dubai chamber of Commerce.
US ESTADOS UNIDOS United States Council for International Business Inc. Nueva York.
HK HONG KONG - CHINA Hong-Kong General Chamber of Commerce, Hong Kong.

IN INDIA Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry, Nueva Delhi.
ID INDONESIA Indonesian Chamber of Commerce and Industry (KADIN Indonesia).
IR IRÁN Iran Chamber of Commerce, Industries and mines (ICCIM).
IS ISLANDIA Iceland Chamber of Commerce, Reykjavik.
MU ISLA MAURICIO Chambre de Commerce et d'Industrie de Maurice, Port Louis.
IL ISRAEL Chambre de Commerce Tel Aviv-Yaffo, Tel-Aviv.
JP JAPÓN The Japan Commercial Arbitration Association, Tokyo.
KZ KAZAJISTÁN Chamber of International Commerce of Kazajistán.
LB LIBANO Beirut Chamber of Commerce and Industry, Beirut.
MO MACAO-CHINA Macao Chamber of Commerce.
MG MADAGASCAR Federation des Chambres de Commerce et d'Industrie de Madagascar.
MY MALASIA The Malaysian International Chamber of Commerce, and Industry Kuala Lumpur.
MA MARRUECOS Chambre de Commerce, L'Industrie et des Services de la Wilaya du Grand Casablanca.
MX MÉJICO Mexico City National Chamber of Commerce (CANACO).
MD MOLDAVIA Chamber of Commerce and Industry of the Republic of Moldova.
MN MONGOLIA Mongolian National Chamber of Commerce and Industry.
ME MONTENEGRO Chamber of Economy of Montenegro (CEM).
NO NORUEGA Oslo Chamber of Commerce, Oslo.
NZ NUEVA ZELANDA The Wellington Chamber of Commerce, Wellington.
PK PAKISTÁN National Committee of the International Chamber of Commerce of Pakistan (ICC Pakistan).
QA QATAR Qatar Chamber of Commerce and Industry.
KR REPÚBLICA DE COREA Korea Chamber of Commerce and Industry, Seul.
ZA REPÚBLICA DE SUDAFRICA South African Chamber of Business, Johannesburgo.
RU RUSIA Cámara de Comercio e Industria de la Federación Rusa.
SN SENEGAL Chambre de Commerce et d'Industrie de la Région de Dakar, Dakar.
RS SERBIA Chamber of Commerce and Industry of Serbia.
SG SINGAPUR Singapore International Chamber of Commerce, Singapur.
LK SRI LANKA Comité National de Sri Lanka de la Chambre de Commerce Internationale, Colombo.
CH SUIZA Alliance des Chambres de Commerces Suisses, Ginebra.
TH TAILANDIA Board of Trade of Thailand, Bangkok.
TN TÚNEZ Chambre de Commerce et d'Industrie, Tunes.
TR TURQUÍA Union of Chambers of Commerce, Industry, Maritime Commerce and Commodity Exchanges of Turkey, Ankara.
UA UCRAINA Ukrainian Chamber of Commerce and Industry, Kiev.

PAÍSES Y REGIONES QUE ACEPTAN LOS CUADERNOS A.T.A.

ES ESPAÑA: ISLAS CANARIAS, CEUTA, MELILLA, Consejo Superior de las Cámaras Oficiales de Comercio Industria y Navegación de España, Madrid.
US ESTADOS UNIDOS: PUERTO RICO US, Council for International Business, New York.
FR FRANCIA: GUADALUPE, MARTINICA, GUAYANA, REUNION, NUEVA CALEDONIA, WALLIS Y FUTUNA, POLYNESIA FRANCESA, MAYOTTE, SAINT PIERRE Y MIQUELON, Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, Paris.
GB REINO UNIDO: GIBRALTAR, Gibraltar Chamber of Commerce, Gibraltar.
ZA REPÚBLICA DE SUDAFRICA: BOTSWANA, LESOTHO, NAMIBIA, SWAZILANDIA, South African Chamber of Business, Johannesburgo.

Espacio Reservado a la Cámara de Comercio emisora
Cadre réservé à la Chambre de Commerce émettrice
Box reserved for use by the issuing Chamber of Commerce

El titular de este cuaderno A.T.A. Puede beneficiarse de la ayuda de la Cámara de Comercio emisora:
Utilisateur de ce Carnet A.T.A., vous bénéficiez de l'assistance de votre correspondant A.T.A. à la Chambre de Commerce et d'Industrie de:
As a user of this A.T.A. Carnet, you are entitled to the assistance of your A.T.A. contact person at the Chamber of Commerce and Industry of:

Sr./Sra.: / M./Mme.: / Mr/Mrs:

Dirección: / Adresse: / Address:

Tel.:

Fax:

e-mail:



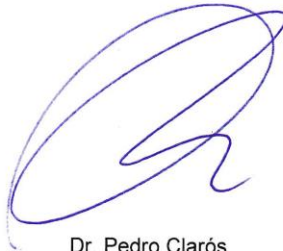
**Cambrà Oficial
de Comerç
Indústria i Navegació
de Barcelona**

EL CUADERNO A.T.A. DEBE DEVOLVERSE A LA CÁMARA EMISORA DESPUÉS DE SU UTILIZACIÓN
A QUI VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT RETOURNER CE CARNET APRES UTILISATION
TO WHOM YOU MUST RETURN THIS CARNET AFTER USE

9 décembre 2019

Détail du matériel à porter à Buyumbura, Burundi, et à revenir à Barcelone:

1. Micromoteur complete chirurgie de l'oreille. Serie motor: 20170115
2. 10 boîtes chirurgicales.
3. Support orthostatique d'oreille
4. Lunettes loupe chirurgie avec batteries
5. 3 boîtes chirurgie vasculaire



Dr. Pedro Clarós
Président de Clarós Fondation

Cambra
de Comerç
Indústria
de Barce



Cambra Oficial
de Comerç
Indústria i Navegació
de Barcelona

