

Invisibles

La gente enferma y sin dinero
¿necesita hacerse rica para que
podamos mantenerla con vida?

excepción de los
conflictos armados,

las víctimas sacrificadas para la

para la creación de un
orden político -local,
nacional o
internacional- quedan
a menudo lejos de la
vista de la gente
corriente.

© Gael Turine

Christine, de 35 años, descansa tras la visita de una enfermera del programa de MSF de atención a personas con SIDA en el distrito de Thyolo, Malawi. La atención a domicilio y el apoyo que reciben tanto su hija de 14 años como su madre (a la izquierda) no bastan para detener la enfermedad. Christine murió unos días después de ser tomada esta fotografía, en octubre de 2002.

Dr. Jean-Hervé Bradol,
presidente de MSF
Francia



Abril

Las fuerzas ugandesas salen de la región de Ituri, República Democrática del Congo. A principios de mayo, 600 soldados del batallón de reserva de la MONUC (Misión de Naciones Unidas en la República Democrática del Congo) llegan a la región, pero poco pueden hacer por los civiles ante la intensificación de los combates.

Se cierran 28 Áreas de Acuartelamiento y Familia (campos de reasentamiento para antiguos soldados de la UNITA y sus familias, tras el alto el fuego en Angola en abril de 2002); muchas personas son enviadas de vuelta a los campos de tránsito o a sus lugares de origen, la mayoría sin asistencia adecuada.

2002
2003

A excepción de los conflictos armados, las víctimas sacrificadas para la creación de un orden político -local, nacional o internacional- quedan a menudo lejos de la vista de la gente corriente. La violencia flagrante sirve para conquistar y defender el poder. Sin embargo, a diario es probable que la violencia oculte su carácter mortal. Para los condenados a ella, la sentencia no toma la forma espectacular de una muerte violenta; más bien llega con un disfraz tan bien integrado en el paisaje social que se vuelve invisible. Hablamos de la extinción a través de la privación de las necesidades básicas para la vida (agua, alimentos, energía, atención médica y cobijo).

Lejos de negar la existencia de estas víctimas, hay quien las justifica diciendo que "no puedes hacer una tortilla sin romper los huevos". Al final, la lógica de una receta sirve para justificar la prematura desaparición de parte de la humanidad.

El color de la piel, las creencias religiosas o la filiación política pueden llevar a la ejecución en una cuneta de un país en guerra. Pero para nuestras víctimas invisibles, lo esencial no reside en un estigma tan patente que permite a una sociedad distinguir entre los que pueden vivir y los que podrían -o deberían- morir.

Para la mayoría de los habitantes de nuestro planeta, la supervivencia depende más bien de si pueden conseguir tratamiento para las enfermedades infecciosas. Está claro que no se puede salvar a todos - la sociedad ideal no existe en este mundo. Pero ¿a cuántos más se podría salvar con un poco de voluntad política? Éste es el quid de la cuestión. Ésta es la pregunta que hacemos a los médicos, a la industria farmacéutica y, especialmente, a los políticos.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tres millones de personas mueren de SIDA cada año, mientras que unas 300.000 son víctimas de guerra. En otras palabras, el SIDA es 10 veces más mortífero que la guerra. Y las muertes relacionadas con el SIDA son sólo una fracción de las causadas por las infecciones más letales, casi 15 millones en 2001, según el *Informe Mundial de la Salud 2002* de la OMS. Muchas de ellas son muertes que tienen tratamiento preventivo (vacunas) o curativo (antimicrobianos).

Los primeros tratamientos capaces de prolongar la vida de los pacientes cuyo sistema inmunológico estaba afectado por el virus del SIDA aparecieron a mediados de los noventa. En 2000, el precio de estos medicamentos ascendía a varios miles de dólares al año por paciente, haciéndolos inaccesibles para la mayoría de los enfermos de SIDA. El precio no se debía a los altos costes de producción; de hecho, ante la presión ejercida a través de algunas campañas, su precio se ha dividido por 30 en dos años, sin que esto haya llevado al sector farmacéutico a la ruina.

Si existen los tratamientos, ¿por qué no se están usando? ¿Por qué hasta hace poco se ha dado tan poca aten-

ción internacional a la supervivencia de millones de personas?

Puesto entre la espada y la pared por las campañas de presión, Andrew Natsios, jefe de la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional, respondió con una diatriba propia de Gobineau, el abogado del siglo XIX que abogaba por la supremacía racial europea. Dijo que los africanos "no conocen el tiempo occidental. Estos medicamentos (para el SIDA) hay que tomarlos diariamente cada ciertas horas, o no funcionan. Mucha gente en África jamás ha visto un reloj en su vida. Y si les dices, a la una en punto, no saben de qué les estás hablando". (*Boston Globe*, 7 de junio de 2001) Esta explicación sólo sirve para evadir la pregunta sobre el alto precio de los tratamientos y, por tanto, complace los intereses a corto plazo de la industria farmacéutica.

El efecto que ha tenido en los precios la competencia con medicamentos genéricos y el aumento de la producción y venta de medicamentos nos muestra que el precio de los mismos podría ser pronto inferior a los 100 dólares al año por paciente. El caso de Brasil, donde el gobierno ha implantado una política que ofrece tratamiento anti-retroviral (ARV) para todas las personas que lo necesiten, nos ha enseñado que es posible tratar a un gran número de personas sin arruinar la economía nacional. ¿Por qué Suráfrica, una de las zonas más afectadas del Continente Africano, está tardando tanto en comprometerse de esta manera, si es una de las economías más fuertes de África? La postura de los líderes surafricanos, criticada por Nelson Mandela, es tan descarada que ya no se puede ocultar con argumentos tales como priorizar la lucha contra la pobreza. La débil respuesta de los políticos a la pandemia del VIH/SIDA se convierte en una trágica farsa cuando el presidente norteamericano, George W. Bush, anuncia que la voluntad de su país, en los próximos cinco años, es inyectar varios millones de dólares en programas destinados a promover la abstinencia sexual en África.

Con el objetivo de analizar la responsabilidad por la destrucción de vidas humanas, ¿cómo podemos distinguir entre el bombardeo de una población civil durante un conflicto y la retención de medicamentos eficaces para combatir la pandemia que ya se ha cobrado la vida de 25 millones de personas? (O la promoción de medicamentos ineficaces, como en el caso de la malaria, otra enfermedad que se puede tratar y que se lleva la vida de uno a dos millones de personas cada año). El derramamiento de sangre ha servido durante mucho tiempo para distinguir la guerra de otras formas de relación social. Pero, ¿las organizaciones de ayuda humanitaria deberían limitarse a actuar en las guerras como estipula el Derecho Internacional para este contexto específico?

Según lo entendemos nosotros, no. La distinción entre la guerra y la paz, basada sólo en el uso o el no uso de la violencia, se ha transformado radicalmente después de ver los efectos últimos de, por un lado, la violencia flagrante y, por otro, la negación de la asistencia a personas

Abril

Introducción de la terapia combinada con *artemisinina* (TCA) como tratamiento de primera línea contra la malaria en el hospital de Kuito, Angola, y en los puestos de salud del área donde trabaja MSF; también se inician dos estudios de eficacia de la TCA. El parásito de la malaria es cada vez más resistente a los viejos tratamientos como la *cloroquina* y el SP en muchas partes de África; MSF está introduciendo la efectiva y rápida TCA en todos sus proyectos.

A pesar de la creciente inseguridad, un equipo médico-quirúrgico de MSF empieza a trabajar en el hospital central de Bunia, región de Ituri, en la República Democrática del Congo. MSF aumenta el personal internacional y abre 11 nuevas bases en zonas de salud de las provincias Oriental, Maniema, Ecuador y Katanga.

2002
2003



consideradas demasiado pobres o poco civilizadas para ser tratadas. En ambos casos, el resultado es la muerte debido a una acción o inacción deliberada. Desde el punto de vista de salvar vidas humanas, la analogía entre una guerra y una catástrofe sanitaria queda clara cuando, durante epidemias o endemias, existe un tratamiento pero no se utiliza. Esto es lo que ocurre generalmente en el terreno de las enfermedades infecciosas que, en el curso de la historia (y a pesar de los increíbles progresos científicos y técnicos del último siglo), han sido responsables de la mayoría de las muertes en el mundo. En este caso, el trabajo de las organizaciones de ayuda humanitaria sirve para mostrar la letalidad oculta del orden actual y, a través de la acción, que existen maneras científicas, técnicas y económicas para limitar el número de muertes causadas por las grandes epidemias y endemias. El trabajo de las organizaciones humanitarias consiste en demostrar que lo que realmente falta es voluntad política.

Si no queremos resignarnos a ver morir a nuestros pacientes, necesitamos entender otra condición esencial: la innovación médica. Con el objetivo de comprender totalmente su relevancia, es importante entender la realidad de la práctica médica en nuestros contextos de intervención. Para ello, África es un buen ejemplo: el 65% de las muertes se debe a enfermedades infecciosas (OMS 2002), con casi dos tercios debidos a tres patologías: VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. Para la tuberculosis y la malaria existen tratamientos; para el SIDA hay tratamientos que pueden detener la progresión de la enfermedad. Si se tratan correctamente, la mayoría de los pacientes que sufren estas tres enfermedades sobreviven. Obviamente, para que esto ocurra, debemos disponer de medicamentos a precios asequibles. Pero también debemos ser capaces de utilizarlos correctamente.

Mientras que los efectos de los virus, parásitos y bacterias en el organismo son similares en todos los lugares del mundo, las personas tienen estilos de vida muy diferentes. Y el objetivo es, por supuesto, tratar a los enfermos. Existen muchas diferencias entre un campesino africano, cuyo sistema inmunológico está afectado por el VIH, y no puede pagar un billete de autobús para ir al dispensario (el primero de los muchos obstáculos que debe sortear para sobrevivir), y un trabajador europeo que sigue recibiendo su salario durante su enfermedad, cuyo seguro de salud cubre el 100% de los gastos médicos, y con un autobús del hospital que lo recoge en casa. La medicina que practicamos no puede ofrecer el mismo nivel de atención en ambos casos, incluso si, en un mundo ideal, esto lo impone una hipotética ética médica universal. Los recursos disponibles y las condiciones de vida no son los mismos. Pero ¿debemos esperar a que los enfermos con escasos recursos se hagan ricos para pensar en mantenerlos con vida?

A excepción de las campañas de vacunación, la política de salud pública actual recomienda que los africanos, mientras esperan a ser "desarrollados", vivan debajo de una mosquiteira, se envuelvan los genitales en látex y esperen a que les pidan (tal vez mañana) llevar una máscara para evitar infecciones pulmonares. En realidad, las llamadas políticas preventivas, que quedan reducidas a tristes rituales debido a los

inadecuados presupuestos para enfrentarse a las necesidades existentes, están reemplazando cualquier respuesta realista a los millones de muertes anuales por enfermedades infecciosas en África. La medicina se reduce a pedir a los pobres que se hagan ricos para conseguir cuidados médicos, o al menos, si pueden, para evitar enfermarse. Para ello, se les aconseja aislarse del mundo viviendo detrás de una pantalla - el látex del condón o el nylon de la mosquiteira.

Esta es la lógica que rechazamos cuando expresamos la ambición de tener porcentajes de curación entre nuestros pacientes similares a los de los países ricos, a pesar de las poco óptimas condiciones. La manera de conseguir este objetivo tampoco está descrita en ningún manual. Para que alguien se considere experto, debería practicarla mucho. Si no queremos que "la medicina de los pobres" se reduzca a una medicina pobre, debemos trabajar para inventar otras prácticas médicas adaptadas a las culturas de nuestros pacientes y a sus estilos de vida. Nuestros equipos, que tratan a pacientes infectados con el VIH/SIDA en África y que, con el uso de tri-terapias, obtienen resultados comparables a los de los médicos europeos, están liderando el camino. Esperemos que, tras estos intentos iniciales, nuestros pacientes sean los primeros en beneficiarse de nuevos protocolos que están en perspectiva: inhibidores de fusión, tratamientos "intermitentes" y vacunas terapéuticas. Estos nuevos recursos nos permitirían tratar a pacientes cuyos virus son resistentes a tratamientos de primera línea y simplificar el seguimiento de los casos, tanto para los pacientes como para los médicos. Éstas son etapas indispensables para aumentar el número de personas en tratamiento, incluso cuando seis millones de pacientes VIH-positivos en el mundo están a la espera de recibir un tratamiento que les salve la vida.

El esfuerzo médico humanitario, tal como lo entendemos, pretende cuestionar la lógica que justifica la muerte prematura de una parte de la humanidad. "¿Se puede evitar parte de estas muertes?" es la pregunta que hacemos constantemente a cualquier poder. ¿Por qué? Porque nos hemos comprometido a cuidar a aquellos que la sociedad ha preferido olvidar. En otras palabras, la ayuda humanitaria debe llegar prioritariamente a las personas a las que la violencia les ha truncado la vida, sí, pero también a las que están amenazadas por la privación diaria de cuidados de salud vitales. La naturaleza subversiva de este trabajo se muestra cuando se va más allá del mero análisis de las necesidades materiales, para dejar al desnudo las políticas discriminatorias que causan la exclusión e impiden la asistencia efectiva. Si el esfuerzo humanitario quiere ser fiel a su misión, debe pasar por delante del orden establecido, y funciona cuando se aventura a salir del camino conocido para asumir el riesgo de crear una atención médica innovadora, con la intuición de los que están comprometidos en salvar vidas humanas.

Abril

En su programa integral de VIH/SIDA en Nchelenge, Zambia, MSF incluye la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo en las actividades y servicios ya existentes.

Se aprueba el controvertido decreto 9-2003 en Guatemala, que impide de manera efectiva que los medicamentos genéricos se registren incluso cuando no hay patentes de sus correspondientes medicamentos de marca.





Rosa, de 31 años de edad (a la izquierda) y Dorothy, de 54, son VIH-positivas. Ambas temen revelar su enfermedad a las personas de su entorno. Dorothy recibe antirretrovirales desde el año 2001; Rosa no ha empezado el tratamiento todavía. Chiradzulu, Malawi, noviembre de 2002.

Abril

En la provincia de Norte de Santander, Colombia, donde la fiebre amarilla es endémica, MSF vacuna a 1.453 personas y ayuda a las autoridades locales de salud a contener el brote epidémico.

En Hong Kong, China, MSF organiza a estudiantes de medicina y enfermería para dar charlas de prevención sobre el SARS (síndrome respiratorio agudo severo) a la comunidad local. MSF también comparte conocimientos sobre el control de la enfermedad con hospitales locales. En la ciudad de Zhangjiakou y la provincia de Hebei, en la parte continental, MSF aporta experiencia técnica, formación, apoyo logístico y material de protección a los hospitales.

2002
2003

