

MSF-E
Marzo 2005

Somalia: una crisis humana en el olvido



Introducción

Desde la caída del régimen de Siyad Barreh en 1991, Somalia ha sido el único país del mundo sin Gobierno, permaneciendo durante 14 años en manos de clanes y facciones que controlan regiones y riquezas. Un país dividido por el conflicto, cuya población ha sufrido las mayores consecuencias al quedar en un aislamiento casi absoluto y sin apenas acceso a los bienes y servicios de primera necesidad.

Durante los primeros años de la década de los noventa, la comunidad internacional invirtió mucho dinero y esfuerzos en Somalia: el país llegó a recibir 1.600 millones de dólares al año y cerca de 200 ONG trabajaban en áreas de nutrición, salud, agricultura, agua y saneamiento, etc. Sin embargo, cuando los Cascos Azules de la ONUSOM se retiraron del país en 1995, el apoyo internacional restante desapareció¹, dejando tras de sí una realidad social y económica que no ha cambiado sino para deteriorarse.

La respuesta internacional a esta crisis humana ha sido y continúa siendo insuficiente. Durante los últimos años, se estima que entre 300.000 y 500.000 somalíes han perdido la vida, un millón han buscado refugio en otros países del mundo, y los desplazados internos suman ya más de 400.000, la mayoría de ellos viviendo en condiciones infrahumanas en Mogadiscio y sin recibir ningún tipo de ayuda. La población se ve afectada por crisis nutricionales, brotes de cólera y epidemias, así como heridas de guerra debido al elevado nivel de violencia reinante. La ausencia de Estado ha provocado el deterioro de las infraestructuras, y la supervivencia de gran parte de la población depende de la ayuda de unas pocas organizaciones y agencias internacionales.

Esta insuficiente cobertura de las necesidades más básicas (nutrición, agua, salud) se ha prolongado como consecuencia directa de las dificultades para lograr la instauración de un sistema político estable. Tras un proceso de negociaciones políticas largo y difícil, el 15 de septiembre de 2004, Shariff Hassan Scheikh Adan fue elegido presidente del Parlamento somalí; el 10 de octubre se celebraron elecciones generales con el triunfo de Abdullahi Yusuf Ahmed al frente del nuevo Gobierno del país; y en noviembre, Mohammad Ali Ghedi fue nombrado Primer Ministro

A partir de octubre, con la elección de Abdullahi Yusuf como Presidente de Somalia, el país entró en un nuevo periodo de incertidumbre y esperanzas: al Gobierno se le plantean unos desafíos enormes, entre los que el más difícil es desarmar a los señores de la guerra, a las milicias de hombres de negocios y a los bandidos que merodean por pueblos y ciudades sembrando el terror en todo el país. La máxima prioridad es restablecer la seguridad para que la población vuelva a una vida lo más normal posible. Si no lo consigue, el nuevo Gobierno puede perder muy rápidamente la confianza que en él ha depositado la población.

1. En 2004, la asistencia humanitaria a la población con respecto a la inseguridad alimentaria fue muy escasa, se estima que se cubrieron únicamente el 50% de las necesidades, Red de Sistemas de Alerta Temprana de Hambruna (FEWS NET).

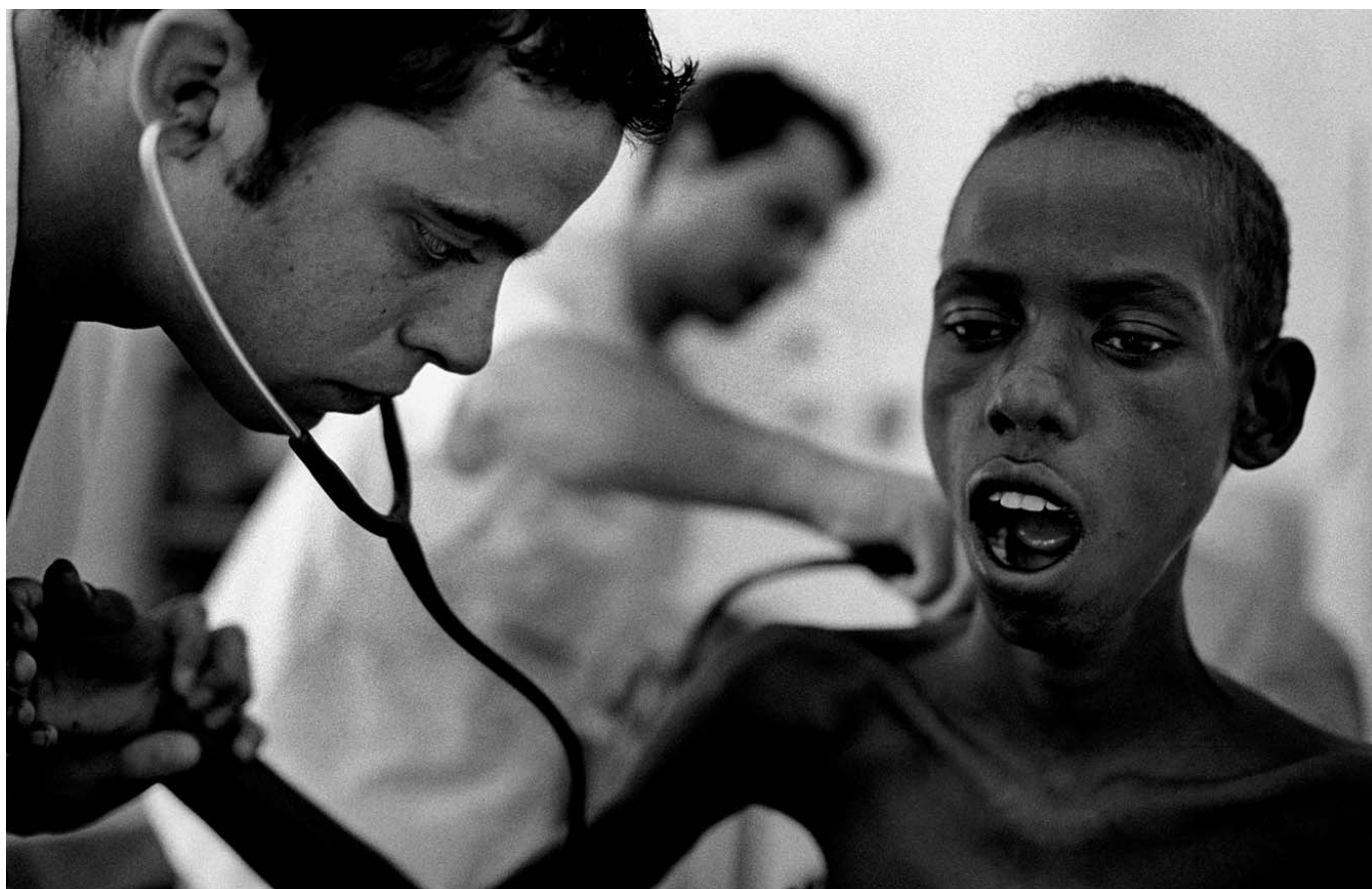
Los indicadores de salud muestran hasta qué punto la población civil es la que paga las consecuencias de todo ello. La mortalidad materna en Somalia es de 1.600 madres por 100.000 nacidos vivos y la mortalidad de niños menores de cinco años es de 225 por 1.000 nacidos vivos. El acceso de la población a la salud es también muy deficiente: sólo un 25% recibe atención en las estructuras de salud locales. Por otra parte, los indicadores de desarrollo son muy bajos: sólo un 17,1% del total de la población sabe leer y escribir, siendo el porcentaje de mujeres en este grupo muy bajo (un 10% con enseñanza primaria), cosa que dificulta enormemente la promoción de la salud.

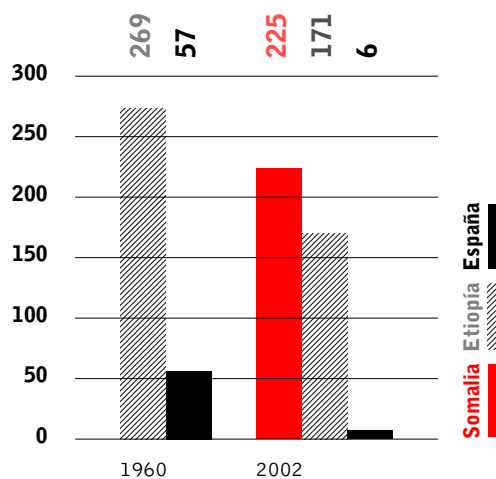
En estas circunstancias, Somalia sigue necesitando ayuda para ofrecer a su población los servicios básicos en materia de educación, salud y alimentos; desarrollar sus infraestructuras sanitarias y un sistema sostenible con personal formado, sobre todo en zonas rurales; y crear una política de educación para la salud especialmente dirigida a las mujeres, con vistas a supervisar y garantizar la atención durante el embarazo, el parto y el posparto.

Este documento tiene por objetivo informar sobre la situación que actualmente atraviesa la población somalí. Desde hace 13 años, Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en Somalia, intentando asegurar a través de varios programas la atención médica básica cualificada al mayor número de personas posible. Somos conscientes de que las necesidades son mucho más importantes que la ayuda que podamos proporcionar, y consideramos que la comunidad internacional ha olvidado lo esencial: hay una crisis humana en Somalia a la que no se ha conseguido responder de forma satisfactoria. Independientemente de lo que ocurra con el proceso político, hay que redoblar esfuerzos para ayudar a una población civil que vive en situación de emergencia crónica desde hace más de 14 años.

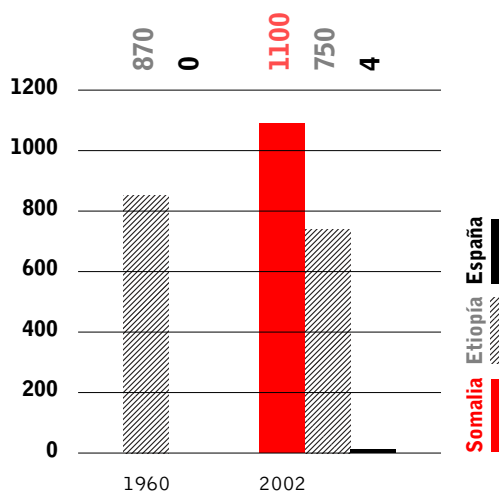
Esperamos que este informe pueda contribuir a sensibilizar sobre la situación en Somalia y que suscite el debate sobre una de las crisis humanas más olvidadas del panorama mundial.

La situación humanitaria en Somalia





Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, expresada por 1.000 nacidos vivos, Unicef, 2003 ²



Mortalidad materna, expresada por 100.000 nacidos vivos, Unicef, 2003 ³

2. Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años para 2002: 225/1.000

3. Mortalidad materna, Unicef 2003: 1.600/100.000

Somalia tiene unos de los peores indicadores básicos del mundo. A excepción de Etiopía, ninguno de los países de su zona alcanza estos niveles tan espantosos, y con el agravante de una ayuda internacional escasa. Los índices de mortalidad materna, mortalidad infantil y esperanza de vida son alarmantes, tal como puede verse en los gráficos adjuntos.

Mortalidad infantil

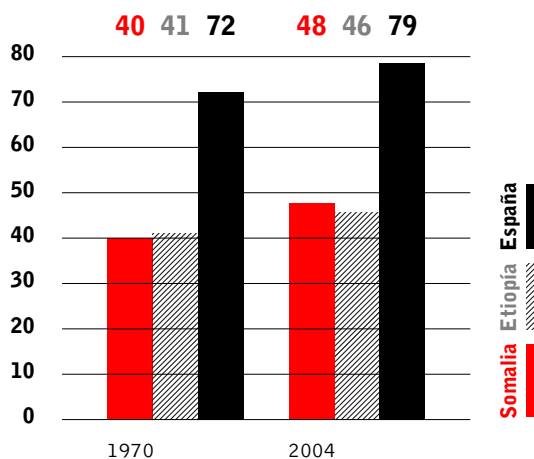
Estos indicadores sitúan a Somalia muy lejos de otros países en su mismo continente. Se estima que 225.000 niños menores de cinco años mueren cada año y, lo que es aún más preocupante, el nivel de nacimientos es todavía muy elevado: las mujeres tienen como media 7,3 hijos, una cifra que no ha cambiado desde 1970.

La diarrea, las enfermedades derivadas de la deshidratación, las infecciones respiratorias y el paludismo son las principales causas de muerte entre los recién nacidos y los niños de más corta edad, siendo todas ellas responsables de más de la mitad de las muertes infantiles. El cólera es endémico en Somalia, con brotes de diciembre a junio. Las principales causas subyacentes de las infecciones diarreicas son la falta de acceso a agua potable y segura, así como la pobre alimentación e higiene doméstica. Por otra parte, el tétanos neonatal y otros problemas relacionados con el parto contribuyen de forma significativa al incremento de la tasa de mortalidad en recién nacidos, mientras que el sarampión y sus complicaciones provocan un aumento generalizado de la carga de enfermedad, causando la muerte de muchos niños cuando se producen epidemias. La vulnerabilidad al sarampión se agrava con la deficiente situación nutricional y su transmisión es rápida en condiciones de hacinamiento, como ocurre en las congestionadas zonas urbanas y peri-urbanas y en los campos de desplazados. La cobertura vacunal existente no basta para prevenir los brotes que se suceden periódicamente en el país.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es también una de las más elevadas del mundo. Las mujeres en Somalia, incluso más que los hombres, son víctimas de la falta de acceso a la salud. La esperanza de vida en las mujeres es de 48 años, una situación que en 30 años no ha experimentado prácticamente mejora alguna si se compara con otros países de la región. El postulado lógico: "con el paso del tiempo, mejor, más años y más saludables viven las personas", en Somalia no se cumple.

La primera explicación a la elevada tasa de mortalidad detectada la encontramos en el número de hijos: 7,3 por mujer, una tasa de natalidad que no ha variado desde 1970. Las condiciones durante el embarazo y el parto son lamentables: hemorragias, partos prolonga-



Esperanza de vida, Unicef, 2004⁴

dos, obstrucciones, infecciones y eclampsia (toxemia que puede producirse en los últimos meses del embarazo) se encuentran entre las principales causas de muerte durante el parto. La anemia y la mutilación genital femenina tienen un impacto directo en estas afecciones e incluso contribuyen a agravarlas.

Una atención pre y postnatal deficiente, junto con un casi nulo sistema de referencia para urgencias obstétricas en caso de complicaciones durante el parto, vienen a incrementar todavía más estos elevados índices de morbilidad y mortalidad. Sólo un 2% de mujeres embarazadas da a luz en una estructura sanitaria⁵ y apenas otro 2% recibe asistencia por parte de una persona cualificada⁶.

El 68% de las mujeres nunca ha acudido a una consulta médica para el control prenatal⁷ durante su embarazo. La mayoría sólo van al hospital o a un centro de salud (cuando lo hay) si se sienten enfermas, a pesar de que durante el embarazo son más vulnerables a la malaria, la anemia o el cólera, cuyas consecuencias para ellas y sus bebés se multiplican. La atención postnatal es también muy escasa y muchas mujeres presentan anemia posparto, episiotomías infectadas, infecciones respiratorias e infecciones de transmisión sexual.

Nutrición

Según el Programa Mundial de Alimentos (PAM), para una población total de 8,8 millones de habitantes, cerca de 6,2 millones (un 70%) están desnutridos. Entre los niños menores de cinco años, un 27% padece desnutrición moderada o severa. Esta situación se debe principalmente al clima (árido y cálido prácticamente todo el año) y a la casi total ausencia de lluvias en los últimos cuatro años.

Como se trata de un país básicamente dedicado a la trashumancia, la supervivencia de las familias en la Somalia rural depende mayoritariamente de la venta de ganado y leche. Pero los pozos se han ido secando en los últimos tres años y ello ha causado estragos entre las cabezas de ganado. En consecuencia, la producción de leche ha caído en picado, justo cuando los precios del arroz –el alimento más habitual– se han disparado. En años anteriores, un saco de 50 kilos de arroz costaba una cabra, este año el precio se ha duplicado y hasta triplicado.

El impacto de la sequía en el ganado ha tenido unas consecuencias tan desastrosas que incluso con una buena estación de lluvias –la estación de Gu–, la producción de leche continuará siendo baja y muchas familias no tendrán animales para vender. El PAM ha solicitado más fondos para incrementar la asistencia a esta población en los próximos meses.

La sequía continúa afectando a las comunidades más vulnerables. Los habitantes de las regiones afectadas en el noreste y el noroeste

4. Unicef, estadísticas, www.unicef.org/infobycountry/somalia, 2004

5. OMS, www.who.org.int/reproductive-health/publications

6. Op.cit

7. Unicef, estadísticas, www.unicef.org/infobycountry/somalia, 2003

del país, que han perdido casi todo su ganado debido a esta situación de sequía, ahora necesitan ayuda de forma apremiante. Estas condiciones han obligado a las comunidades a trasladarse con su ganado en busca de pastos y de agua, provocando nuevos desplazamientos.

El número total de personas que necesitan asistencia es de más de 600.000, especialmente grupos vulnerables como mujeres embarazadas y lactantes, niños y ancianos

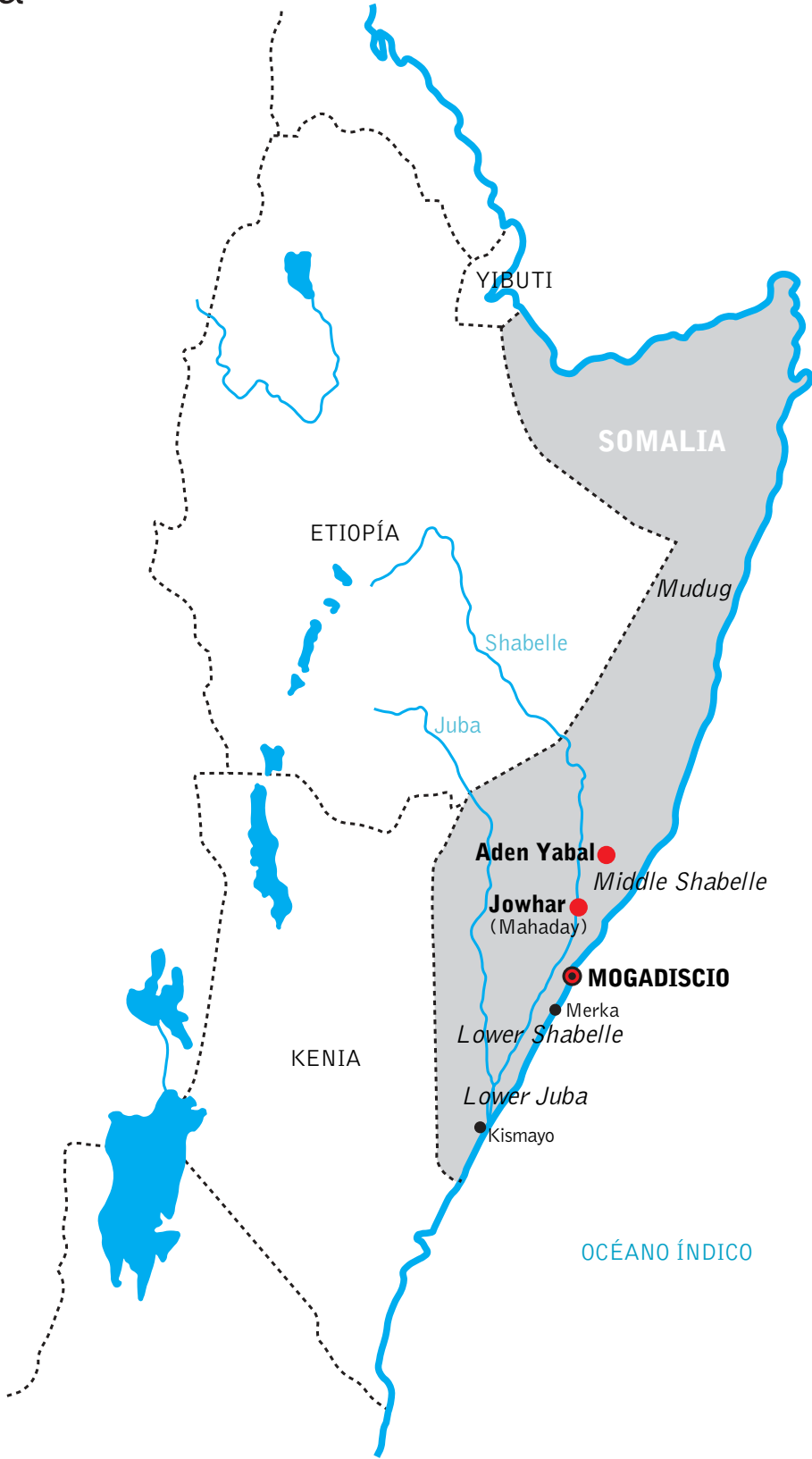
Sistema de salud

La ausencia de Estado durante más de 14 años ha reducido la inversión en estructuras públicas a cero. Un 78% de la población carece de acceso a los servicios de salud y la cifra es incluso más alarmante a medida que nos adentramos en zonas rurales: sólo un 18% de la población tiene acceso a estructuras de salud locales. En 1997 había 0,2 unidades de atención primaria de salud por cada 10.000 personas y 4,2 camas de hospital.

La falta de personal de salud cualificado es otro de los grandes problemas: un gran número de ellos huyeron del país durante la fuga de cerebros de los años noventa y nadie les sustituyó. Hoy, la OMS calcula que en Somalia hay 0,4 médicos por cada 10.000 personas, 0,02 dentistas y 0,01 farmacéuticos. Las agencias de ayuda tratan de llenar el vacío en zonas donde los servicios y estructuras de salud se han deteriorado y luchan para proporcionar atención médica en zonas remotas, pero su acceso a los pacientes resulta tan difícil como el acceso de sus paciente a ellas. El escaso despliegue de ONG por el territorio traduce las largas distancias que los pacientes tienen que recorrer en obstáculos a la salud. Para la gran mayoría de somalíes en zonas rurales, desplazarse durante días para llegar a un puesto de salud es una ineludible realidad.

Por otra parte, en los últimos años, Somalia ha experimentado un crecimiento del sector privado de salud y hay mucho por lo que aplaudir este avance. Algunos trabajadores sanitarios han regresado a Somalia después de ejercer en el extranjero y el mayor número de estructuras y servicios tiene un impacto positivo en la cobertura sanitaria. Sin embargo, la atención privada de salud, lamentablemente, carece de fondos y de eficacia. La venta de fármacos sin receta médica o de medicamentos caducados y la escasa presencia de personal sanitario pueden provocar errores de diagnóstico y la aparición de resistencias a los medicamentos (a los antipalúdicos, a los antibióticos o a los que se utilizan habitualmente para tratar la tuberculosis). Los miembros de la sociedad más vulnerables, que se cuentan entre las minorías y los más pobres, han explicado a MSF que la atención privada de salud en Somalia se caracteriza por el elevado coste de sus servicios, lo que les excluye definitivamente de los mismos.

MSF-E en Somalia



En rojo proyectos MSF-E

MSF España (MSF-E) trabaja en Somalia de forma permanente desde 1992, gracias al trabajo en equipo de personal expatriado y local contratado por la organización a fin de garantizar la calidad y la continuidad de la asistencia. Los programas de MSF-E se llevan a cabo en dos contextos diferentes:

Mogadiscio (Lower Shabelle)

La capital somalí es el lugar donde los efectos del conflicto son más evidentes. Se estima que en Mogadiscio hay cerca de 400.000 desplazados internos; el acceso a las estructuras de salud es prácticamente imposible debido al peligro de circular por las calles en las que se producen combates; y todo tipo de infraestructuras (agua y saneamiento, estructuras de salud, escuelas) han desaparecido. En Mogadiscio, MSF-E desarrolla dos tipos de acciones:

- **Atención primaria de salud:** atención médica básica y gratuita a través de un centro de consultas externas y salud materno-infantil. Por el momento es la única estructura de salud existente en el norte de la ciudad. En 2004, más de 110.000 personas acudieron a dicho centro, la mayoría procedentes de Yaqshid, una de las zonas más pobladas de la capital. En lo que a número de consultas se refiere, ésta es la cifra más elevada para una sola estructura sanitaria en el marco de los proyectos de MSF-E en todo el mundo.
- **Cólera:** la organización responde a los brotes epidémicos que se dan una vez al año.

MSF-E consiguió gestionar durante dos años (1993-1995) clínicas móviles dentro de la ciudad a fin de acceder a las personas que se veían privadas de atención médica, entre éstas, los más vulnerables: los desplazados. Sin embargo, hubo que poner fin al programa debido al clima de violencia reinante y a que la seguridad de nuestros expatriados no estaba garantizada.

Jowhar, Mahaday y Aden Yabal (Middle Shabelle)

En Jowhar, la población padece los efectos indirectos del conflicto y sus consecuencias no son tan importantes como en Mogadiscio. En Aden Yabal la situación es la de un país desértico africano, donde prevalecen la ley y conducta tradicionales, con choques esporádicos entre clanes.

Los programas de MSF-E en la región de Middle Shabelle ofrecen atención básica de salud y medicamentos gratuitos a la población a través de una red de centros de asistencia primaria.

- En **Jowhar** y **Mahaday**, la organización da asistencia a la mayoría de sus habitantes. Hasta noviembre de 2004, 107.359 personas fueron atendidas, es decir, un 87,3% de la población total.
- En **Aden Yabal**, MSF-E asiste a aproximadamente el 60% de la comunidad. La organización también realiza campañas de vacunación a través de equipos móviles y fijos, y responde a los brotes epidémicos de cólera que periódicamente se producen en la región.

Salud infantil

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI), a través de vacunaciones rutinarias y de los Días Nacionales de la Vacuna contra la Polio, pretende proteger progresivamente al mayor número de niños posible contra enfermedades que pueden prevenirse mediante este procedimiento. Los esfuerzos para erradicar la polio continuarán ampliándose a fin de asegurar la erradicación del virus en Somalia.

A través de estructuras de salud materno-infantil y de equipos móviles, MSF-E proporciona vacunas esenciales a los niños de la zona. El principal objetivo es vacunar al 70% de los niños menores de un año contra el sarampión, la polio y la difteria/tétanos (DTP). En lo que respecta a la tuberculosis (TB), se han obtenido buenos resultados, aunque esta vacuna resulta poco útil para prevenir la enfermedad. Existen muchas razones que explican la baja cobertura vacunal: en primer lugar, la población se encuentra muy diseminada, lo que dificulta el acceso y, en segundo lugar, la población es nómada, lo que dificulta la coordinación para realizar campañas de vacunación.

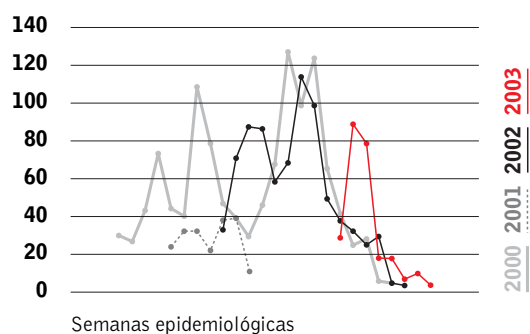
Salud materna

Los centros de consultas externas y salud materno-infantil de MSF-E aseguran el seguimiento de las mujeres durante el embarazo. Patologías como infecciones urinarias, anemia e infecciones respiratorias son más frecuentes que el paludismo (datos de Jowhar y Mahaday).

En general, como no hay estructuras públicas ni gratuitas en la región, las mujeres tienen pocas posibilidades de recibir atención médica durante el embarazo. Por este motivo, MSF-E anima a las comunidades a intervenir a través de las parteras tradicionales (TBA por sus siglas en inglés), que visitan a las mujeres a domicilio y les asisten durante el parto. Estas parteras nos ayudan a identificar los partos de riesgo, refiriéndolos a la estructura de salud para que sean asistidos por comadronas y médicos profesionales.

MSF-E también realiza el seguimiento posparto. Las mujeres que acaban de dar a luz y sus bebés reciben asistencia en el centro de salud materno-infantil, donde comprobamos si padecen alguna infección debida al parto, les suministramos medicamentos en caso necesario y les asesoramos en temas de lactancia materna.

La mayoría de mujeres que reciben atención postnatal están enfermas (66% en Aden Yabal y Mogadiscio, y 33% en Jowhar). Las patologías más recurrentes son anemia e episiotomías infectadas, como resultado directo del parto y la falta de higiene.



Broses de cólera en Mogadiscio Norte
CTC KAAERAN 1994-95 CTC FORLANINI 1996-02

Respuesta a epidemias

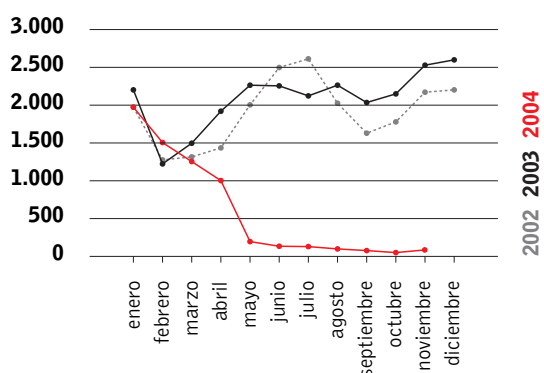
Cólera

El cólera no constituía un gran problema en Somalia antes de que empezase la guerra en 1991. Brotes sin demasiada importancia se reportaron en 1970 y en 1985, pero sólo después de intensos años de guerra civil, violencia y la destrucción de todas las infraestructuras, el cólera emergió con fuerza convirtiéndose en un problema importante. Desde entonces, cada año se reportan brotes epidémicos de cólera en el país, debido, entre otros, a los siguientes factores:

- Las fuentes de agua y las líneas de suministro están dañadas, limitando el acceso de las personas a agua potable limpia. Se calcula que sólo un 35% de los pozos son operativos debido a la falta de mantenimiento, construcciones deficientes y destrucción causada por el conflicto. Una vez que el agua se extrae, la falta de higiene durante su almacenamiento y el escaso tratamiento de potabilización incrementan el riesgo de enfermedades transmisibles por esta vía.
- La huida de los combates por parte de la población ha causado desplazamientos y la creación de campos y suburbios en las afueras de muchas ciudades, donde se concentra un elevado número de personas en pésimas condiciones de salud e higiene.

En la capital, Mogadiscio, el conflicto ha destruido gran parte del sistema de distribución de agua, incluyendo el de muchas casas particulares, y las pocas cañerías que quedaban en condiciones han sido saqueadas. Los habitantes de esta ciudad no tienen más remedio que comprar agua que se extrae de pozos, por regla general, una opción demasiado cara para las decenas de miles de desplazados que viven en refugios inmundos en los confines de la ciudad y en lo que queda de edificios ruinosos.

El número de pacientes afectados suele oscilar de varios cientos a varios miles cada año. En 2004, sólo 92 pacientes confirmados fueron atendidos en el centro de tratamiento de cólera de MSF-E, que tuvo que ser cerrado por problemas de seguridad.



Casos de malaria 2002 / 03 / 04
Malaria, cifras de MSF-E, Jowhar

Malaria

La malaria es una de las más graves y frecuentes enfermedades tropicales. Se trata de una infección protozoaria transmitida a los humanos por mosquitos. Cada año, la malaria causa por lo menos un millón de muertes e infecta de 300 a 500 millones de personas más, la mayoría en los países más pobres del mundo. Los grupos de alto riesgo incluyen a niños, mujeres embarazadas, viajeros, refugiados, desplazados y mano de obra que entra en zonas endémicas.

Desde que MSF-E empezó a trabajar en Somalia, la malaria ha estado siempre entre las cinco enfermedades que más muertes causan a nivel de consultas externas. El año pasado, la organización hizo presión para que se introdujera un tratamiento efectivo, basado en una combinación con artemisinina (TCA), en sustitución de la cloroquina, debido a los altos niveles de resistencia reportados con este último

tratamiento. La TCA fue introducida en marzo de 2004 junto a las pruebas de diagnóstico rápido para confirmar el diagnóstico de la malaria. Esta nueva estrategia provocó un claro descenso del número de casos de malaria detectados en nuestras zonas de intervención, haciéndonos cuestionar la eficacia de diagnosticar basándonos solamente en signos clínicos. Asimismo, el hecho de tener un tratamiento contra la malaria efectivo tendrá una incidencia a medio y largo plazo en la disminución de complicaciones provocadas por la enfermedad y reducirá su transmisión.

Conclusión

Tal como queda reflejado en este documento, las necesidades humanitarias en Somalia son infinitas: estructuras de salud primaria, hospitales de referencia, maternidades, distribuciones de alimentos, acceso a agua potable, campañas de vacunación... Será necesario formar a nuevo personal médico, puesto que la mayoría de profesionales sanitarios dejaron el país, así como crear estructuras formativas para el nuevo personal. El reto para las autoridades somalíes actualmente es enorme: hay que crearlo todo desde cero, teniendo en cuenta las necesidades de la población y los más de 14 años de conflicto.

El mensaje actual según el cual Somalia ya está en una fase de “reconstrucción” debe ser interpretado con cautela, al tiempo que la acción internacional debe basarse en las apremiantes necesidades reales de la población. En cuanto a MSF, nuestra presencia durante 13 años ha dado sus frutos y los indicadores de salud son mucho mejores que en las regiones abandonadas. Si existe la voluntad de trabajar, el dinero para invertir y una buena relación con la población somalí, la situación puede mejorar. Por este motivo, concluimos este informe lanzando dos mensajes a la comunidad internacional:

- Hay un espacio de trabajo en Somalia, a pesar de la volatilidad y la inestabilidad del contexto. MSF-E trabaja en el país desde hace 13 años y ha puesto en marcha servicios de salud que ofrecen a miles de personas la posibilidad de encontrar una respuesta médica a su sufrimiento. El argumento según el cual Somalia es demasiado inestable para trabajar es válido, como lo demuestran los recientes incidentes en Aden Yabal y Mogadiscio. Sin embargo, con toda humildad, nuestra experiencia demuestra que es posible llevar a cabo programas de ayuda en este país: requiere una buena comprensión del contexto y sus cambios, y una buena dosis de flexibilidad para adaptar las actividades a los mismos. Cada nuevo acontecimiento político local o nacional pone en peligro nuestra presencia, sin embargo, el acceso diario de la población a la salud queda garantizado por el personal local de nuestros equipos, cuya eficacia, formación y compromiso son fundamentales para la continuidad de los programas de MSF en Somalia.
- La comunidad internacional, y sobre todo la Organización de Naciones Unidas, tienen el deber de garantizar un acceso mínimo de los civiles a los servicios básicos (salud, nutrición, educación) como objetivo prioritario. Desde aquí exhortamos a los miembros de la comunidad internacional a cumplir con su obligación, y a adoptar una postura activa a favor del restablecimiento de dichas condiciones mínimas y absolutamente imprescindibles para la población somalí.