

MSF

Médicos Sin Fronteras

**Las 10 crisis humanitarias
más desatendidas de 2009**



Médicos Sin Fronteras es una organización médico-humanitaria internacional que aporta su ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano, de conflictos armados, enfermedades olvidadas y epidemias, o exclusión de la atención sanitaria. Este informe recoge la lista de las crisis humanitarias más desatendidas por la comunidad internacional en 2009.

MSF cuenta con 25.000 trabajadores en el terreno, entre expatriados y personal contratado localmente. Cuenta con más de 350 proyectos de acción médica y humanitaria repartidos en más de 60 países, y con unos 4 millones de socios y colaboradores en todo el mundo, de los cuales casi 488.000 en España.

El orden en el que aparecen las crisis en este informe no constituye una valoración de su nivel de gravedad.

PAKISTÁN Violencia y olvido

En 2009, Pakistán se vio de nuevo convulsionado por la violencia extrema. El conflicto entre el Ejército paquistaní y los grupos de oposición armada en la provincia de la Frontera Noroeste (NWFP) y en las Áreas Tribales de Administración Federal (FATA) generó el desplazamiento de más de dos millones de personas, mientras que numerosos atentados en las principales ciudades mataron a cientos e hirieron a miles. En la provincia de Baluchistán, el ya largo conflicto continuó fuera del foco mediático. En todo el país, la población sufre por la carencia generalizada de asistencia sanitaria, y de hecho Pakistán presenta una de las tasas más elevadas de mortalidad materno-infantil de la región.



Un pequeño paciente de cólera se recupera en el centro médico de MSF en Mardan (NWFP).

© Jobi Bieber

Las difíciles condiciones de vida en las regiones más remotas de Pakistán empeoraron a causa de la violencia, que ha ido escalando en los últimos dos años. La inseguridad y las restricciones de movimiento limitaron la llegada de la atención médica a las personas con más necesidades. MSF no pudo prestar apoyo médico durante los enfrentamientos en Kurram, Swat y Waziristán Sur.

En el Valle de Swat (NWFP), más de un millón de personas huyeron en mayo de una ofensiva militar, y muchos otros quedaron atrapados en medio del fuego cruzado, o con movimientos restringidos por los toques de queda, que les impedían el acceso a comida, agua y atención médica. En abril, la intensificación de la violencia ya había obligado a MSF a suspender sus actividades de emergencia en la zona. Hasta entonces, había sido la única organización internacional con un equipo permanente apoyando al hospital de la

ciudad de Mingora, y proporcionando servicios de ambulancia en la región. Unos meses antes, en febrero, dos trabajadores sanitarios de MSF –Riaz Ahmad y Nasar Alí– fueron asesinados a tiros cuando se dirigían, en una ambulancia identificada, a recoger civiles que habían resultado heridos en enfrentamientos en la población de Charbagh.

Mientras los civiles continuaban escapando de Swat y Buner hacia otras zonas de NWFP, la mayoría fueron acogidos por familias de la zona. Prestar asistencia se convirtió en un desafío debido a las dificultades para acceder a áreas inseguras e identificar a aquellos que buscaban refugio en las principales ciudades, acogidos en escuelas, centros comunitarios y casas particulares. Algunos desplazados fueron acogidos en más de dos docenas de campos improvisados por el Gobierno paquistaní, a los que se sumaron los organizados por MSF para miles de personas en Mardan y Lower Dir. Muchos de los desplazados llegaban en condiciones de agotamiento extremo y algunos incluso padeciendo cólera.

Hasta que comenzó el retorno a finales del verano, miles de personas fueron atendidas por MSF en hospitales, centros de salud y campos de desplazados en los distritos de Mardan, Malakand, Peshawar y Lower Dir. Pero apenas pudo aliviarse el colapso de los hospitales locales. Muchos pacientes en Lower Dir sufrían graves heridas de guerra, entre ellos, niños alcanzados por balas y explosivos. Para finales de octubre, el Ejército reabrió otro frente en Bajaur Agency, y los combates provocaron un nuevo

MSF

desplazamiento de la mayoría de la población hacia Lower Dir.

A mediados de octubre, el Ejército paquistaní atacó a los militantes atrincherados en Waziristán Sur, un gran distrito montañoso de las FATA, fronterizo con Afganistán. Hasta 300.000 personas huyeron hacia el distrito vecino de Dera Ismael Khan. Aunque se daban importantes necesidades en los principales hospitales del distrito, para finales de 2009 las autoridades aún no habían autorizado la presencia de personal internacional. Los enfrentamientos en Kurram Agency (FATA) han llevado a un colapso casi total del sistema de salud. Desde diciembre, la aguda intensificación de los enfrentamientos provocó una nueva ola de miles de desplazados. El toque de queda sólo permite a la población llegar al hospital en Sadda durante un par de horas al día, y ni siquiera este centro estuvo a salvo de las bombas: por segunda vez en seis meses, el 9 de diciembre recibió el impacto de un misil.

El conflicto y el sufrimiento también continuaron en Baluchistán, donde la población local lleva años marginada de la atención sanitaria. La capacidad del sistema de salud es, en el mejor de los casos, mínima, así que las tasas de mortalidad materno-infantil son muy elevadas. Hasta finales de noviembre de 2009, MSF trató a más de 3.500 niños en su programa de nutrición terapéutica.

En una región donde las potencias occidentales involucradas en las operaciones de contrainsurgencia son también grandes donantes de fondos, la prestación de asistencia humanitaria lleva tiempo vinculada a objetivos políticos. Como en todas las zonas en conflicto, MSF –como organización médica internacional, privada e independiente de objetivos políticos, religiosos y económicos– ha marcado una clara distancia con estas políticas. De hecho, MSF no acepta fondos gubernamentales para su trabajo en Pakistán, y financia sus operaciones en este país sólo con aportaciones de origen privado.

SIDA

La financiación internacional se estanca

En 2005, los países del Grupo de los Ocho (G8) reunidos en Gleneagles (Escocia) se comprometieron a respaldar financieramente la cobertura universal de tratamiento para enfermos de VIH/sida en 2010, lo que animó a muchos gobiernos africanos a lanzar ambiciosos programas de tratamiento, consiguiendo todo ello que los antirretrovirales (ARV) llegaran a más de cuatro millones de personas en los países en desarrollo. Pero ahora esos mismos líderes mundiales están retirando sus promesas, dejando a los gobiernos africanos y a millones de personas con VIH/sida en una peligrosa situación de abandono.

Y sin embargo, la emergencia del sida está lejos de terminarse. Se estima que 9,5 millones de personas que tienen el virus necesitan tratamiento urgente y ni la mitad lo están recibiendo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el VIH/sida es la principal causa de muerte entre mujeres en edad fértil, y



Susan Amato, de 20 años de edad, con su bebé de 7 meses, Brenda Atih-Bedo, desplazadas en el norte de Uganda. Susana es VIH-positiva y su hija debe someterse a diagnóstico. © Brendan Bannon

es responsable de más del 40% de las muertes de niños menores de 5 años en los seis países con mayor prevalencia del VIH. El 80% de todas las muertes en Botswana y dos tercios de todas las que se dan en Lesoto, Suazilandia y Zimbabue se deben al sida.

Y sin embargo, la finan-

MSF

ciación se ralentiza. El Plan Presidencial de Emergencia contra el Sida de Estados Unidos (PEPFAR), que ha proporcionado fondos para el tratamiento de dos millones de personas desde su creación en 2003 (y que prometió tratar a un total de cuatro millones para 2013), está limitando sus aportaciones para los dos próximos años. MSF y otras organizaciones que trabajan en el terreno ya están comenzando a notar preocupantes consecuencias de esta reducción del apoyo de los donantes internacionales: en algunos países africanos desproporcionadamente afectados por la pandemia, quienes buscan tratamiento están siendo rechazados en las clínicas. Y pacientes que ya lo estaban recibiendo se están viendo forzados a abandonarlo porque ya no pueden pagarlo, incrementando así la posibilidad de que enfermen y desarrollen resistencias a los medicamentos. Tan sólo en Ciudad del Cabo (Suráfrica), 3.000 pacientes murieron cuando la falta de fondos forzó moratorias en sus terapias.

Este revés financiero se produce en un momento en el que urge un incremento de fondos para ampliar el acceso a tratamiento, y proporcionar al tiempo las mejores terapias existentes (las mismas que están ampliamente disponibles en los países ricos), entre ellas, formulaciones pediátricas mejor adaptadas.

En Khayelitsha (Suráfrica), uno de los programas más longevos de tratamiento del sida en el sector público del continente, que nace de la colaboración entre MSF y el

Ministerio de Salud, el 16% de los pacientes sufrieron el fracaso de su terapia de primera línea a los cinco años de comenzarla, y fueron transferidos a la segunda línea; a los dos años, el 25% sufrieron un segundo fracaso terapéutico. No teniendo ya la posibilidad de acceder a un régimen de tercera línea en Suráfrica —como es el caso también en otros países en desarrollo—, estos pacientes se encuentran ahora en riesgo de morir.

Además, las nuevas directrices de la OMS para la prevención y el tratamiento de la enfermedad reconocen, entre otras recomendaciones, los beneficios de proceder al tratamiento temprano con ARV. Pero, dadas las escasas señales de que la comunidad internacional vaya a convertir estas directrices en una realidad, hay pocas esperanzas de que el sida, que se ha convertido en una enfermedad crónica en los países en desarrollo, deje de ser a corto plazo el equivalente a una sentencia de muerte para los enfermos de los países más pobres.

MSF llama a los Gobiernos a cumplir con su compromiso de proporcionar tratamiento a todos aquellos que lo necesiten y a financiar con decisión la lucha contra el sida, incluyendo mecanismos como el Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, u otros nuevos e innovadores, como el impuesto sobre las transacciones de divisas, que podrían ser utilizados para proteger la salud pública global.

MSF ofrece tratamiento ARV a 140.000 pacientes con VIH/sida en 30 países.

SRI LANKA

Miles de heridos en la ofensiva final

Mientras el enfrentamiento entre el Ejército de Sri Lanka y los Tigres de Liberación de la Tierra Tamil (LTTE) se agravaba a principios de año en el noreste del país, decenas de miles de civiles permanecieron atrapados durante meses en una estrecha franja de selva y playa, sin ayuda y con una atención médica muy limitada. Pocos meses antes de la fase final de una guerra civil que venía afectando al país desde hacía décadas, las agencias de asistencia humanitaria, incluida MSF, se vieron forzadas por el Gobierno a abandonar las áreas más afectadas por los combates. Solamente el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) pudo seguir brindando cierta asistencia médica

MSF

básica, evacuando a algunos de los heridos a los hospitales del Ministerio de Salud. Un equipo quirúrgico de MSF trabajó desde febrero de 2009 en uno de estos centros en la vecina Vavuniya.

En abril, miles de personas lograron escapar de la zona de guerra, muchas de ellas con graves heridas de bala o por mina o metralla. El 21 y 22 de abril, en apenas 36 horas, más de 400 pacientes fueron atendidos por heridas que ponían en riesgo sus vidas en el hospital de Vavuniya. En total, desde febrero hasta finales de junio, casi 4.000 heridos de guerra fueron intervenidos quirúrgicamente en este centro. Los otros hospitales de referencia en la ciudad tuvieron que lidiar con muchos más pacientes, superando en al menos el doble o el triple la capacidad de sus instalaciones.

En mayo, tras la ofensiva final del Ejército, MSF abrió un nuevo hospital de emergencia con instalaciones quirúrgicas, frente a los campos de refugiados de Menick Farm, y reforzó las unidades de cirugía y post-operatorio del Ministerio de Salud en el hospital general de Vavuniya y en Pampaimadhu. El equipo también atendió a 60 pacientes con lesiones de médula espinal que necesitaban rehabilitación.

Cerca de 280.000 desplazados fueron concentrados en los campos abiertos por el Gobierno en Vavuniya en diciembre de 2008, siendo Menick Farm el más grande de ellos. La atención sanitaria en estos recintos, asegurada por el Ministerio de Salud, fue mejorando progresivamente. Los pacientes que necesitaban ser ingresados fueron referidos a hospitales fuera de los campos,

incluidas estructuras de MSF. Traumatismos y heridas fueron la principal causa de hospitalización entre los 3.000 pacientes admitidos por MSF en Menick Farm desde junio hasta noviembre; más de 200 pacientes necesitaron cirugía.



Intervención quirúrgica en el hospital de campaña de MSF cerca de Menick Farm. ©MSF

La liberación de los desplazados de los campos comenzó lentamente a partir de agosto, de forma que familias enteras comenzaron a regresar gradualmente a sus casas. Sin embargo, muchos otros siguen acogidos por la población local de Vavuniya y decenas de miles más en los campos. MSF trabaja junto al Ministerio de Salud para apoyar a la población, proporcionando rehabilitación física, cirugía reconstructiva y atención psicológica, tanto en Vavuniya como en otras áreas de reasentamiento.

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO Violencia implacable contra los civiles

Durante 2009, la población civil del este de Congo siguió sufriendo el violento acoso de diferentes grupos armados. Cientos de personas fueron asesinadas, miles de mujeres, niños e incluso hombres fueron víctimas de violaciones, y cientos de miles más tuvieron que huir de sus casas. La guerra de guerrillas reemplazó a los enfrentamientos convencionales en la provincia de Kivu Norte y los combatientes sembraron el terror, saqueando y quemando casas, en represalia a lo que se percibía como el apoyo de la población local a las facciones contrarias.



Desplazadas congoleñas en el campo de Kitchanga, Kivu Norte. © Martin Beaulieu

En 2008, los enfrentamientos se daban principalmente entre el Ejército congoleño (FARDC) y el grupo rebelde Congreso Nacional para la Defensa del Pueblo (CNDP). En 2009, sin embargo, el conflicto cambió con la ofensiva lanzada por los Ejércitos congoleño y ruandés en Kivu Norte y Kivu Sur contra los rebeldes ruandeses de las Fuerzas Democráticas para la Liberación de Ruanda (FDLR). Los militares congoleños recibieron apoyo logístico de la Misión de la ONU en RDC (MONUC).

La ayuda humanitaria tampoco fue respetada. En octubre, en apoyo del Ministerio de Salud congoleño, MSF había organizado una vacunación de sarampión para miles de niños en siete emplazamientos de la región de Masisi, en territorio controlado por el FDLR. En plena vacunación, el Ejército congoleño atacó los siete emplazamientos, en los que se habían congregado miles de personas, forzando su huida sin que más tarde se les pudiera localizar. Esta ofensiva tuvo lugar a pesar de las garantías de seguridad que todas las partes involucradas habían dado. MSF se vio forzada a evacuar a sus equipos a la capital regional, Goma, y denunció inmediatamente estos ataques, en los que la campaña de vacunación fue utilizada como cebo. La campaña de vacunación de MSF sí pudo continuar en otras áreas y llegó a un total de 165.000 niños.

A pesar de la creciente inseguridad en el este de RDC, MSF siguió proporcionando asistencia médica a cientos de miles de personas en la que fue una de sus principales ope-

raciones de 2009, desarrollando programas hospitalarios, clínicas móviles, campañas de vacunación, atención a víctimas de violencia sexual y distribución de artículos de primera necesidad. MSF es la única organización humanitaria internacional con programas de cirugía en Kivu Norte, con una media de 14 intervenciones al día en el hospital de Rutshuru. Desde noviembre de 2008 hasta octubre de 2009, MSF efectuó casi 530.000 consultas médicas, atendió a más de 10.000 niños con desnutrición, trató a 4.900 pacientes de cólera, y prestó cuidados médicos a 5.330 víctimas de agresiones sexuales, señal de la extrema vulnerabilidad de la población y de las enormes necesidades médicas que quedan sin cubrir.

También las poblaciones de las provincias septentrionales de Haut-Uélé y Bas-Uélé se vieron atrapadas en un dramático ciclo de violencia ligado a los ataques del grupo ugandés Ejército de Resistencia del Señor (LRA), y a la contraofensiva lanzada por los Ejércitos congoleño y ugandés. Los civiles sufrieron también el creciente bandolerismo en la región. A lo largo de todo el año, la violencia provocó la huida de cientos de miles de personas hacia las ciudades, mientras los campos y pueblos más alejados quedaban abandonados. Por ejemplo, en la ciudad de Doruma, la población se ha triplicado. Las poblaciones de Gangala y Banda hospedan cada una a más de 20.000 desplazados que no reciben ningún tipo de asistencia.

Sólo unas pocas organizaciones prestan atención médica, quirúrgica, nutricional y psicológica a la población desplazada en estas regiones. MSF hizo un llamamiento a la comunidad humanitaria para pedir una mayor presencia en las áreas rurales más afectadas por esta violencia extrema. De hecho, el recrudecimiento de esta última obligó a MSF a suspender su programa de tratamiento de la enfermedad del sueño.

A su vez, Ituri, región del noreste que había permanecido calma durante los últimos años, fue escenario en 2009 de crecientes tensiones entre el Ejército y el Frente para la Resistencia Patriótica de Ituri (FRPI), que

MSF

causaron el desplazamiento de 50.000 personas. MSF es la única organización humanitaria presente en el área para dar asistencia.

En otras regiones, el sistema de salud está gravemente debilitado, dejando a muchos

congoleses expuestos a la enfermedad. A lo largo de 2009, los equipos de MSF han seguido prestando atención médica gratuita y respondiendo a brotes de Ébola, cólera y sarampión, y vacunado contra el sarampión a más de 500.000 niños.

DESNUTRICIÓN INFANTIL **Persiste la ayuda alimentaria inadecuada**

Entre 3,5 y 5 millones de niños mueren cada año por causas relacionadas con la desnutrición, una condición médica que sin embargo es tratable. La comprensión de la desnutrición infantil ha mejorado enormemente en los últimos años y existe ya un consenso internacional acerca de la eficacia de los llamados alimentos terapéuticos preparados (RUTF por sus siglas en inglés), ricos en nutrientes de origen animal y vegetal, para tratar las formas más severas de desnutrición en niños menores de 5 años. Y sin embargo, 55 millones de niños en todo el mundo siguen padeciendo desnutrición y unos 19 millones se encuentran en riesgo de morir.

La falta de financiación adecuada para programas nutricionales efectivos es una de las razones de que persista la emergencia. Coincidiendo con la Cumbre Mundial de la Alimentación celebrada en Roma el pasado noviembre, MSF publicó un informe para analizar el destino de los fondos vinculados a programas de ayuda alimentaria, según el cual la contribución a proyectos contra la desnutrición infantil de los principales países donantes sigue siendo inadecuada. Más concretamente, los fondos internacionales destinados a la desnutrición infantil rondaron los 350 millones de dólares anuales (240 millones de euros al cambio actual), frente a los 11.800 millones (8.100 millones de euros) que el Banco Mundial estima necesarios para intervenir de forma eficaz en los 36 países con alta carga de desnutrición.

De hecho, mientras que la asistencia internacional dice destinarse oficialmente a “ayuda alimentaria al desarrollo y seguridad alimentaria” o a “ayuda alimentaria de emergencia”, un análisis detallado de estos fondos revela que menos del 2% se invierte en alimentos adecuados para la desnutrición infantil. La redistribución de parte de los fondos internacionales supondría un gran paso adelante en la lucha contra esta emergencia y sus consecuencias en millones de niños.



Un pequeño paciente con desnutrición toma alimento terapéutico preparado (Etiopía). © Eymeric Laurent-Gascoin / MSF

Por el momento, la alimentación terapéutica sigue llegando sólo al 9% de los niños con desnutrición que los necesitan con urgencia, porque el sistema internacional de ayuda alimentaria sigue priorizando mezclas de harinas enriquecidas, que no contienen nutrientes de origen animal y que por tanto no sirven para tratar la desnutrición infantil.

En 2008, MSF trató a más de 300.000 niños con desnutrición en 22 países, esencialmente con alimentos terapéuticos, que debido a sus características permiten el establecimiento de programas ambulatorios, y por tanto multiplican la cifra de niños atendidos. Entre 2005 y 2007, MSF ha destinado a estos programas cerca de 40 millones de dólares anuales (27,5 millones de euros), excediendo la contribución de algunos de los Gobiernos donantes.

SUDÁN Emergencia médica en el Sur y en Darfur

Las emergencias médicas y humanitarias persistieron durante 2009 en varias regiones de Sudán. Además de la crisis que persiste en Darfur, la situación para la población del sur de Sudán se deteriora debido al aumento de la violencia, los brotes de enfermedad y el escaso o nulo acceso a la asistencia médica.



Una madre y su hija, ambas ingresadas en el centro médico de MSF en el campo de desplazados de Shangil Tobaya (Darfur). © Óscar Sánchez-Rey

Casi cinco años después de que el Acuerdo Integral de Paz terminase con varias décadas de brutal guerra civil, las necesidades médicas en todo el sur de Sudán siguen en niveles de emergencia, y las crecientes tensiones están derivando en una precaria seguridad. A lo largo del año, los violentos enfrentamientos intercomunitarios en los estados de Jonglei, Alto Nilo, Warrap y Lagos se saldaron con cientos de muertos y miles de desplazados. Los ataques esporádicos del grupo rebelde ugandés Ejército de Resistencia del Señor (LRA) contra poblaciones cercanas a la frontera congoleña (e incluso en el interior del país vecino) provocaron la huida de miles de sudaneses que, junto con los refugiados congoleños, cruzaron la frontera para refugiarse en Ecuatoria Occidental. Este recrudecimiento de la violencia tiene como telón de fondo las devastadoras consecuencias de la guerra civil que terminó en 2005. Hoy en día, casi tres cuartos de la población del sur de Sudán carece de acceso a los servicios de salud más básicos. Durante todo el año, MSF trató a miles de personas por desnutrición, malaria y tuberculosis, y

proporcionó una amplia gama de servicios de atención obstétrico-ginecológica en varias zonas del país. Los brotes de meningitis, sarampión, cólera y malaria también son habituales. Asimismo, MSF tuvo que responder a brotes de cólera en los estados de Bahr-el-Ghazal Norte, Jonglei, Warrap y en la capital, Juba, y a un brote de kala azar en Jonglei y Alto Nilo.

Por su parte, la población en Darfur también se enfrenta a una situación extremadamente precaria. En 2009 continuaron la violencia esporádica y los enfrentamientos a causa de los recursos. Millones de personas siguen desplazadas y requieren asistencia externa, y el trabajo humanitario se hizo aún más complicado tras la expulsión por parte de las autoridades sudanesas de trece agencias internacionales (incluidas dos secciones de MSF) y otras tres sudanesas, en respuesta a la orden de arresto emitida por la Corte Penal Internacional contra el presidente Omar al Bashir por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad¹.

Los trabajadores humanitarios que continúan en el terreno luchan por prestar una asistencia médica significativa, aunque la inseguridad generalizada y los secuestros reducen sus posibilidades de evaluar nuevas necesidades, particularmente en las áreas rurales, a las que muchas veces la asistencia no llega. Responder a las necesidades en curso de cerca de dos millones de personas en campos de desplazados es también un enorme desafío. MSF sigue comprometida con la asistencia médica imparcial.

1. Al crearse la CPI, MSF adoptó una política interna de abstención de cualquier tipo de colaboración, basada en el reconocimiento de que las actividades humanitarias deben ser ajenas a cualquier riesgo de presión política y judicial.

ENFERMOS OLVIDADOS

Carencias en la I+D y el acceso a tratamiento

Unas 8.000 personas mueren cada día de malaria, sida infantil, tuberculosis, kala azar, enfermedad del sueño o Chagas, seis de las enfermedades olvidadas que amenazan a millones de personas en el mundo, y para las que la comunidad médica cuenta con herramientas de diagnóstico y tratamiento demasiado antiguas o ineficaces, o con muchos efectos secundarios. A veces ni siquiera existen. A todo ello se suma el hecho de que los pacientes a menudo viven en áreas remotas o inseguras, con poco o ningún acceso a la atención de salud.

La financiación de la investigación y desarrollo (I+D) de nuevos fármacos y diagnósticos está muy lejos de ser la idónea y, a menos que se produzca un incremento de los fondos destinados tanto a I+D como a los programas de control nacional y de prevención, éstas seguirán siendo enfermedades ignoradas, y quienes las sufren, enfermos olvidados.

Por ejemplo, cada año se registran 500.000 nuevos casos de kala azar, una forma de leishmaniasis cuya incidencia además está aumentando debido a su asociación al VIH/sida como enfermedad oportunista. La anfotericina B liposomal (conocida con el nombre comercial de AmBisome®) es el tratamiento más efectivo, pero su elevado coste y sus requerimientos logísticos han restringido su uso generalizado. En el estado indio de Bihar, MSF paga unos 12,5 euros por dosis, con un tratamiento completo que asciende a entre 140 y 200 euros por paciente, demasiado para una implantación masiva por parte de los sistemas de salud, y desde luego demasiado para ser comprada por los pacientes. Por esta razón, el tratamiento más habitual es el estibogluconato de sodio (SSG), desarrollado en los años treinta, bastante tóxico, que requiere un curso de tratamiento prolongado y que genera resistencias hasta en el 65% de los pacientes.

Otra de estas enfermedades olvidadas es la tripanosomiasis humana africana (THA o enfermedad del sueño), también mortal. Las poblaciones más expuestas son las de zonas endémicas que además son escenario de conflicto y en las que los servicios de salud



Negash Alabachew, paciente de kala azar. Campesino, tuvo que dejar a sus tres hijos en casa.
© Juan Carlos Tomasi

son mínimos. En 2009, MSF y la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi por sus siglas en inglés) probaron con éxito en la República Democrática del Congo y la República del Congo una nueva terapia combinada de nifurtimox y eflornitina, llamada NECT, de fácil administración, con un curso de tratamiento más corto y que es mucho más segura que el tratamiento estándar actual con melarsoprol, que contiene arsénico y mata hasta al 10 % de los pacientes. La NECT ha sido incluida en la lista de medicamentos esenciales para la THA de la OMS. En 2009, se conmemoró el centenario del descubrimiento de la enfermedad de Chagas, endémica en muchos países latinoamericanos, con entre 10 y 15 millones de casos estimados y unas 14.000 muertes anuales. Luchar contra el Chagas no es fácil, ya que la mayoría de personas infectadas no presenta ningún síntoma durante años; además, sólo existen dos medicamentos que, si bien son eficaces en recién nacidos y lactantes, en niños mayores, adolescentes y adultos no lo

MSF

son tanto, y pueden tener múltiples efectos secundarios. El Chagas es, además, una enfermedad asociada a la pobreza. Todo ello supone que la lucha contra esta enfermedad cojea desde hace décadas.

En términos humanos, el coste de desatender éstas y otras enfermedades es enorme, pero sus víctimas, en su inmensa mayoría habitantes de los países pobres, no constituyen

un mercado rentable: se estima que el 90% del gasto mundial en I+D se concentra en los problemas de salud que afectan a menos del 10% de la población del planeta, el 10% más rico. MSF considera urgente el desarrollo de nuevos incentivos y mecanismos de financiación para asegurar que la I+D sea impulsada por las necesidades de salud y no por los intereses de mercado.

AFGANISTÁN

Poblaciones excluidas de la asistencia humanitaria

Mientras la guerra en Afganistán continuaba su escalada en 2009, la población civil soportó el recrudecimiento de la violencia en todo el país. La constante inseguridad ha rematado a un sistema de salud que ya se encontraba muy dañado, dejando en funcionamiento apenas unos pocos hospitales y clínicas en las capitales de provincia. En consecuencia, quienes necesitan atención médica deben arriesgarse a un viaje de cientos de kilómetros por zona de guerra para llegar a unas estructuras sanitarias que, de todas formas, cuentan con servicios muy reducidos.



Pacientes esperando consulta en el Hospital Ahmed Shah Baba de Kabul. © Pascale Zintzen /MSF

Hoy en día, la esperanza de un Afganistán en situación de post-conflicto se ha desvanecido. La necesidad de asistencia médica de emergencia sigue siendo aguda, y no deja de crecer debido al retorno de los desplazados. En el

este de Kabul, en el área del hospital de Ahmed Shah Baba (donde trabaja MSF), la población casi se ha cuadruplicado con la llegada de retornados desde Pakistán y de desplazados que huyen de la guerra en el este del país. Y sin embargo, a pesar de las necesidades acumuladas y de la escasa cobertura de salud, esta zona ha permanecido ignorada hasta ahora, ya que no es una prioridad en las políticas asistenciales vinculadas a las operaciones contra la insurgencia. En Lashkargah, capital de la provincia de Helmand, sólo funciona un hospital público (que ha empezado a recibir también el respaldo de MSF) y en todo caso, debido a que su personal trabaja mayoritariamente también en el sector privado y a que los medicamentos son muy caros, pocas personas tenían la costumbre de acudir a él para recibir atención médica.

Desafortunadamente, a medida que las necesidades aumentan, se hace cada vez más difícil para las organizaciones humanitarias independientes, imparciales y neutrales vencer a las partes enfrentadas de que su único objetivo es proporcionar asistencia. La que alguna vez fue clara distinción entre fuerzas armadas, por una parte, actividades

MSF

de reconstrucción y desarrollo, por otra, y por último, ayuda humanitaria, se ha vuelto confusa hasta el punto de que la atención médica se ha convertido en parte del campo de batalla: las fuerzas de la coalición internacional han fagocitado la asistencia, ocupando hospitales y arrojando a pacientes en sus camas, mientras que los grupos armados de oposición han tomado como blanco a los trabajadores sanitarios y a las estructuras de salud, precisamente debido a la presencia de las mismas fuerzas internacionales.

MSF regresó a Afganistán en 2009, cinco años después de haber dejado el país tras el asesinato de cinco de sus trabajadores. Para ser aceptada por todas las partes involucradas en un conflicto como éste, MSF, como organización médico-humanitaria privada, debe demostrar y comunicar claramente que es completamente imparcial, neutral e independiente. En este caso concreto, MSF no acepta para sus intervenciones fondos procedentes de ningún Gobierno.

SOMALIA Violencia y falta de acceso

Un año más, la población somalí fue víctima de la violencia indiscriminada, a la que se sumó una grave sequía en parte del país. En consecuencia, las necesidades médicas de los somalíes aumentan exponencialmente, mientras el sistema de salud público sigue prácticamente colapsado. La ayuda humanitaria sufre también un acoso permanente: los secuestros y asesinatos de trabajadores somalíes e internacionales frustran constantemente los esfuerzos para prestar asistencia.

En Mogadiscio, los enfrentamientos arreciaron entre el Gobierno Federal de Transición (apoyado por la Unión Africana y Naciones Unidas) y los grupos de oposición. Sigue resultando imposible precisar las cifras al cien por cien, pero se estima que entre 20.000 y 25.000 personas han muerto desde 2007, y que sólo en 2009 más de 1,5 millones de personas se desplazaron tras el recrudecimiento de los combates en la capital y en otras zonas del sur y el centro de Somalia, como Guri El y Dhusa Mareb.

Valgan como muestra de los elevados niveles de violencia los más de 2.400 heridos de guerra atendidos por el equipo quirúrgico de MSF en el hospital de Daynile (en la periferia de Mogadiscio) en 2009. En febrero, con la intensificación de los enfrentamientos, se llegaron a realizar hasta 120

ingresos de pacientes en sólo un día, entre ellos, medio centenar de mujeres y niños heridos.

La violencia no se limitó a la capital: MSF trató a más de 320 víctimas de la violencia en la ciudad de Galcayo (norte) a lo largo del año. Tras algunos picos violentos y varios ataques, este centro se vio completamente inundado de civiles heridos.

De hecho, el impacto de tan altos niveles de violencia e inseguridad supera con mucho las capacidades de las pocas organizaciones humanitarias que trabajan en Somalia. La falta de acceso a la asistencia médica es generalizada en todo el país. Y en el caso de los proyectos de MSF, la posibilidad de

prestar asistencia se vio aún más restringida: cinco centros de salud en Huddur cerraron tras el secuestro de dos de sus trabajadores y,



Desplazados hacen cola para obtener agua potable en Afgooye, en las afueras de Mogadiscio, tras huir de los combates en la capital. © MSF

MSF

por primera vez en 17 años, las actividades del hospital pediátrico y de tres clínicas del norte de Mogadiscio tuvieron que suspender su actividad, cuando el personal local se vio forzado a huir de los combates con el resto de población de la zona.

En este sentido, un importante desafío es la ausencia de personal médico cualificado: muchos trabajadores sanitarios se encuentran entre los desplazados, y no hay facultades de Medicina funcionando. En diciembre de 2008, la graduación de 20 médicos de la Universidad de Benadir (Mogadiscio), la primera promoción en dos décadas, aportó algo de esperanza, aunque ésta fue corta, ya que apenas un año después, la siguiente ceremonia fue blanco de un atentado con bomba que mató a 23 personas, licenciados en su mayoría, e hirió a medio centenar más.

La falta de asistencia médica gratuita en el país exacerba los problemas de salud que la población sufre como resultado de la pobreza crónica y de la grave sequía de 2009. A pesar de que hay pocos datos fiables, los indicadores de salud de Somalia se encuentran entre los peores del mundo en términos de inmunización, mortalidad materna, desnutrición y acceso a servicios básicos de salud. Según la OMS, una de cada 10 mujeres se encuentra en riesgo de morir durante el embarazo o el parto, y uno de cada cinco niños menores de 5 años sufre desnutrición

aguda.

Estas estadísticas se confirman en los centros nutricionales y en los hospitales gestionados por MSF, a los que los pacientes llegan a veces tras recorrer cientos de kilómetros. Entre abril y julio, tras un brote de sarampión en la población de Guri El y en áreas vecinas (en la región central de Galgaduud), MSF trató a más de 400 pacientes por complicaciones relacionadas con la enfermedad, pero no pudo realizar una vacunación masiva debido a la elevada inseguridad. En Hawa Abdi, donde se concentran miles de desplazados de Mogadiscio, sí pudieron ser vacunados 30.000 niños.

En Galcayo y las áreas circundantes, la sequía y la muerte del ganado precipitaron una emergencia nutricional. Hasta 1.300 niños con desnutrición aguda fueron atendidos por MSF a principios de diciembre, representando casi la mitad de todos los casos tratados en el programa en 2008.

A consecuencia de todo ello, los somalíes siguen huyendo por decenas de miles hacia los vecinos Yibuti, Kenia y Yemen, llegando incluso a Malta e Italia. Pero el principal foco de refugiados es Dadaab, en el norte de Kenia, donde unos 270.000 somalíes se concentran en varios campos, en los que escasean la asistencia más básica, la alimentación, el agua y los servicios sanitarios.

YEMEN

Civiles atrapados en la guerra

Cinco guerras previas sin resolver en la región de Saada, en el norte de Yemen, llevaron a un sexto enfrentamiento en 2009, el más intenso hasta el momento. La intensificación del conflicto tuvo unas consecuencias humanitarias sin precedentes. Civiles y objetivos no militares, como hospitales, se vieron gravemente afectados por los combates. Cientos de miles de personas se vieron forzadas al desplazamiento y la asistencia humanitaria prácticamente tuvo que detenerse. Llegó incluso a declararse una emergencia nutricional entre los niños que se habían visto obligados a abandonar sus hogares. Y por primera vez, un país vecino, Arabia Saudí, se vio involucrado en el conflicto, complicando aún más la difícil situación de los civiles.

MSF

En Saada, seguidores del movimiento Al-Houti se han enfrentado desde 2004 en sucesivas guerras contra el Estado yemení, en protesta por lo que consideran una política de marginalización social, económica, política y religiosa de la región. Saada cuenta con una población aproximada de 700.000 personas. Aunque esta “sexta guerra” comenzó en agosto de 2009, durante la primavera ya se habían producido luchas esporádicas que se habían saldado con docenas de civiles heridos. Los equipos de MSF en el hospital de la ciudad de Razez atendieron a hombres, mujeres y niños; otros muchos ni siquiera conseguían llegar debido a los enfrentamientos. De hecho, ni siquiera el hospital (que redujo los servicios diarios de emergencia, cirugía y nutrición) se salvó de las balas perdidas.

Pero fue en agosto cuando la violencia escaló abruptamente. Los enfrentamientos arreciaron en 13 de los 15 distritos de Saada, afectando a casi toda la población. En noviembre, después de que un guardia fronterizo saudí fuese asesinado, las fuerzas de Riad intervinieron en el conflicto.

La violencia afectó directamente a las estructuras de salud. MSF, por ejemplo, tuvo que suspender sus actividades en el hospital de la ciudad de Al Talh, en el que en agosto y septiembre se habían realizado casi 200 intervenciones quirúrgicas, 135 de ellas relacionadas con heridas de guerra. A mediados de octubre, el hospital de Razez tuvo que cerrar a pesar de ser la última estructura de salud que seguía funcionando fuera de Saada capital. En consecuencia, la gran mayoría de la población quedó con un acceso muy reducido a la atención médica. Miles de personas eran atendidas mensualmente en ambos hospitales.

También como resultado de la violencia, miles de civiles huyeron hacia el norte de Saada y decenas de miles más se refugiaron en las regiones vecinas de Hajjah, Amran y Al Jawf, que cuentan con escasos servicios de salud. Si bien 35.000 personas fueron registradas oficialmente como desplazados internos en estas provincias y 45.000 más en



Ventana alcanzada por una bala en el Hospital de Al Talh. © Arnaud Drouart/MSF

la propia Saada, el número total y los lugares exactos en los que se encontraban eran difíciles de establecer, ya que la violencia restringía los movimientos de las agencias humanitarias. Por ejemplo, muchos habían sido acogidos por familias locales.

Miles de desplazados necesitaban asistencia urgente. En noviembre, una evaluación de MSF reveló una tasa del 8% de desnutrición aguda severa en niños menores de 5 años en el campo de desplazados de Al Mazraq (Hajjah), lo que llevó a iniciar una intervención nutricional. En Mandabah, en el distrito de Baqim, fronterizo con Arabia Saudí, MSF tuvo que intervenir en agosto para proporcionar atención sanitaria y acceso a agua potable a miles de personas.

Mientras tanto, las consecuencias de otra crisis humanitaria continuaban alcanzando las costas del sur de Yemen. Desde comienzos de 2009, más de 50.000 refugiados somalíes y migrantes etíopes (un 50% más que en 2008) cruzaron el golfo de Adén, en busca de seguridad y una vida mejor en Yemen, en pateras controladas por mafias de tráfico de personas. Las embarcaciones, con capacidad para 30 o 40 personas, suelen cargar con más de 100. Muchos mueren asfixiados mientras que otros se ahogan tras ser arrojados al agua: el año se saldó con más de 250 muertos y cerca de 150 desaparecidos. En 2009, los equipos de MSF prestaron asistencia humanitaria a más de 5.600 refugiados en las playas de Yemen.

MSF