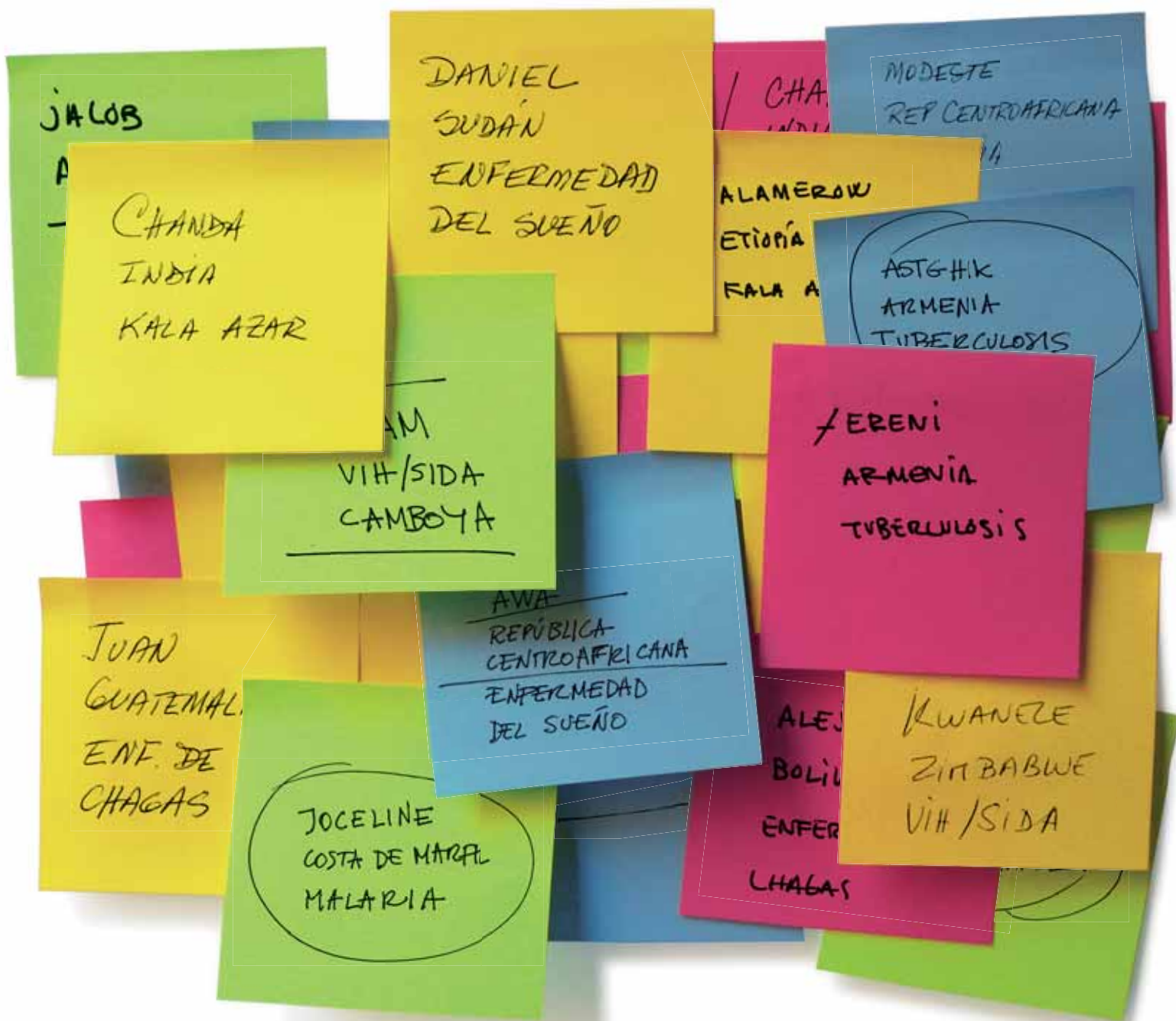




3 Reportaje

Enfermos olvidados

8 Desde el terreno Kenia, Níger, Perú, República Centroafricana, Somalia y sureste asiático 10 Primer plano Desplazados en Colombia 12 Noticias MSF

14 En otras palabras Serie 'Testigos del horror': Juan José Millás y MSF en Cachemira

Por **Aitor Zabalgogezkoa**, Director General MSF España

La peor enfermedad es el olvido

La sucesión de desastres naturales que azotaron el sureste asiático y Oceanía a finales del pasado septiembre –terremoto en Indonesia, *tsunami* en Samoa e inundaciones en Filipinas– ha vuelto a poner de manifiesto que en todas las crisis hay una parte de los afectados que acaba, por una razón u otra, cayendo en el olvido.

En la respuesta de emergencia a los desastres naturales, llevamos años comprobando que las poblaciones de las zonas periféricas siempre resultan marginadas. A veces es consecuencia de una mala planificación o de la falta de medios, otras, fruto de las prioridades políticas de los gobiernos, y en ocasiones, puede ser que incluso jueguen su papel ciertos prejuicios. Es lógico que la mayoría de los equipos de salvamento y rescate se concentren en las zonas donde existen más posibilidades de encontrar a personas vivas, pero los servicios de salud de emergencia deben estar disponibles en toda el área afectada y no sólo donde es más sencillo llegar. Carreteras y caminos quedan impracticables, así que hay que hacer un esfuerzo suplementario para llegar a las víctimas que se encuentran fuera de los focos de atención. Lo que, así formulado, parece lógico y evidente no siempre se cumple.

Éste es el caso en Sumatra tras el terremoto. Padang, ciudad con casi un millón de habitantes, ha sido el foco de atención de los medios y de las operaciones de ayuda. Las zonas rurales y urbanas aledañas han quedado en un segundo plano en la lista de prioridades. Así ha ocurrido con el distrito de Pariaman, destruido en un 80%, donde

los damnificados son numerosos y la ayuda escasa. La razón de ser de la medicina humanitaria es precisamente la de preservar la vida y aliviar el sufrimiento de esa gente que no aparece siquiera en las listas de espera. No aparecen porque no tienen cómo ir, y debemos hacer el esfuerzo de llegar hasta ellos y prestarles ayuda pertinente y eficaz.

Por desgracia, responder al olvido no depende sólo de las organizaciones humanitarias y de su capacidad de llegar hasta el último rincón (aparte del hecho de que no es una responsabilidad que se nos deba atribuir en solitario). A menudo nos enfrentamos a la paradójica situación de acudir a lugares en conflicto o remotos, de conseguir llegar, y sin embargo ser incapaces de atender las necesidades de los pacientes porque no tenemos los medios de diagnóstico o los tratamientos para las enfermedades que sufren.

Ésta es una preocupación que solemos compartir con la Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi por sus siglas en inglés), con la que MSF trabaja para conseguir esa otra forma de llegar y atender a las poblaciones olvidadas, y que nosotros expresamos a través de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales. En este caso son pacientes que han caído de la lista de prioridades por motivos tan simples como que las enfermedades que sufren no son un mercado que genere beneficios. No forman parte del sistema económico regular y reconocido, y por tanto no merece la pena invertir en soluciones para sus males. No es difícil imaginar cómo en un lugar donde

el salario anual no supera los 250 euros, caer enfermo de tripanosomiasis o tener VIH se convierte en una catástrofe no sólo para la persona afectada, sino para la comunidad.

Mientras que en el caso de un desastre natural, la crisis es la que puede devenir en enfermedad o riesgo para la vida, en el caso de los enfermos olvidados, son las propias enfermedades las que convierten en crisis la situación de generaciones y comunidades enteras. Las víctimas del Chagas o de la enfermedad del sueño no están en las agendas de investigación y desarrollo, y no es casual que los últimos avances en tratamiento o diagnóstico se limiten a iniciativas sin ánimo de lucro. La única esperanza de estos pacientes es que los esfuerzos en investigación se multipliquen para que puedan acceder a mejores diagnósticos y tratamientos. Si no, morirán de la peor enfermedad: el olvido.

Por el Servicio de Información

Los últimos de la fila se rebelan

MSF lanza una campaña en favor de millones de enfermos olvidados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el mandato de buscar un nuevo modelo de investigación y desarrollo (I+D) basado en necesidades y no en beneficios. Muchos intereses encontrados obstaculizan este objetivo. Entre ellos los de la industria farmacéutica, que durante años ha promovido un modelo de I+D que ha funcionado principalmente para los que podían costearse los medicamentos. La mayoría de los países en vías de desarrollo siguen lejos de los avances médicos. Y los pacientes de enfermedades olvidadas siguen luchando con muy pocas armas. MSF ha puesto en marcha una campaña con el objetivo de revertir este olvido.

Un modelo de I+D basado en beneficios significa en muchos casos que se decide quiénes pueden ser tratados y quiénes no, en virtud de su poder adquisitivo o el de sus gobiernos. Algo así como lo que cantaba El último de la fila, ¿recuerdan?: “Tanto tienes, tanto vales, no se puede remediar; si eres de los que no tienen, ¡a galeras a remar!”. Pues bien, tras la última Asamblea Mundial de la Salud y el compromiso explícito de dedicar más recursos gubernamentales a I+D para enfermedades olvidadas, el próximo año será crucial para revertir un modelo que no ha funcionado, según los expertos a los que la OMS encomendó estudiar el impacto del modelo de

innovación farmacéutica y patentes sobre el acceso a la salud.

El apoyo a la I+D para enfermedades olvidadas, al que también se ha comprometido el Gobierno español, no es sólo urgente, sino que es una de las mayores emergencias médicas que existen en la actualidad. Sorprende ver el enorme despliegue de medios y esfuerzos internacionales destinados a la gripe A y al mismo tiempo la escasa atención dedicada a millones de víctimas de enfermedades como la tuberculosis, el sida infantil o la malaria. Pero ahora quedan pocas dudas del porqué de esta situación: hay voluntades políticas y comerciales que condenan a galeras a quienes nunca podrán pagar las pastillas que les ayuden a seguir viviendo.

Millones de personas ya han pagado con sus vidas el tiempo perdido por un modelo de I+D que sólo atiende a beneficios comerciales. MSF lleva años denunciando esta situación, da apoyo a iniciativas que promueven nuevos y mejores medicamentos para enfermedades olvidadas y, a través de sus proyectos, intenta hacer llegar los mejores tratamientos y métodos diagnósticos disponibles. Con esta nueva campaña, MSF se rebela y da voz a sus pacientes para que, en materia de salud, los últimos de la fila dejen de ser siempre los mismos.

Si quieres saber más sobre la campaña:
www.yonolvido.org

Chanda contra el kala azar



© JUAN CARLOS TOMASI

Cuando a la abuela de Chanda le preguntas la edad de su nieta, tarda en responder y resuelve la cuenta con los dedos, diciendo “unos 10 años, más o menos”. La niña habla poco, pero cuando te mira, ves que la enfermedad ya no ensombrece sus ojos. Tenía kala azar (leishmaniasis visceral), que en hindi significa fiebre negra. Es letal si no se trata. Afecta a dos millones de personas en el mundo y mata a 60.000 cada año. La mayoría de casos se concentra en el norte de India, pero también se da en países como España, donde afecta a pacientes de sida. El kala azar se transmite por la picadura de un mosquito que porta el parásito *Leishmania donovani*. Es difícil diagnosticarlo porque se confunde con otras enfermedades tropicales y se estima que cerca de un 70% de los casos no se detecta. El tratamiento habitual es complicado de administrar y muy tóxico. Y aunque existen alternativas más efectivas, son mucho más caras.

Nos encontramos en el hospital de Hajipur, estado de Bihar, al norte de India, donde MSF ha tratado con éxito a más de 2.000 pacientes de kala azar en poco más de un año. Chanda y su abuela son de la casta de los musahar (cazadores de ratas), una de las más bajas de India. No hace mucho, se les negaba hasta el derecho a llevar zapatos. La abuela de Chanda ni siquiera creía que su nieta podría curarse de una de las peores enfermedades que existen. La niña ha recibido gratuitamente un nuevo tratamiento muy efectivo, pero es aún muy caro y lo produce un solo laboratorio. Se necesita más investigación y más tratamientos para que, como en el caso de Chanda, no sea el dinero el que decida quién debe tener acceso a la píldora que le salve la vida. Cuando Chanda vuelve a su comunidad, la reciben con un poco de comida y muchos silencios. Les parece haber visto un fantasma porque ya conocieron a muchos que se fueron con los mismos síntomas y nunca regresaron.

Sam contra el VIH



© JUAN CARLOS TOMASI

Si en las galeras están los últimos de la fila de la I+D y el acceso a medicamentos, los últimos de los últimos son los niños. Aunque el sida no se considera una enfermedad olvidada, sí lo son sus víctimas infantiles. La mitad de los niños que nacen con VIH mueren antes de cumplir los 2 años por no recibir el tratamiento a tiempo. Sólo el 38% de los niños que lo necesitan lo reciben y apenas hay formulaciones pediátricas de los medicamentos existentes.

Hay más de dos millones de niños con VIH en el mundo. El 90% de ellos, en África subsahariana. Una de las causas principales es la altísima tasa de transmisión de madres a hijos (durante el embarazo, el parto o la lactancia). Mientras que en los países desarrollados esta tasa es inferior al 2%, en África subsahariana llega hasta el 40%. Esta trágica diferencia hace que los programas de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos sean de urgente aplicación en los países en desarrollo.

“Voy a la escuela, pero no soy el primero de la clase porque juego mucho”, dice Sam sonriendo. Vive en la capital de Camboya. Su madre, Luek Dane, de 42 años, seropositiva al igual que él, le prepara cada día media pastilla y un jarabe que el niño toma al llegar a casa. Ella toma seis comprimidos diarios desde hace unos años. El padre de Sam murió sin saberse muy bien de qué. Más de 15 millones de niños han perdido a alguno de sus progenitores por la pandemia del sida.

Madre e hijo saben que tendrán que tomar el tratamiento de por vida. MSF se lo da gratis. Esto es posible porque la entrada en el mercado de medicamentos genéricos hizo que los precios de todos los antirretrovirales bajaran. Pero, poco a poco, Luek y Sam generarán resistencias y necesitarán fármacos de segunda línea que ahora son más caros. Todo el peso del futuro no cabe en la palma de la mano de un niño, ni tampoco puede depender de un modelo que pone los medicamentos fuera de su alcance.

Juan contra el Chagas



© JUAN CARLOS TOMASI

Juan Romero es uno de tantos niños que viven en zonas rurales de Guatemala. Ha hecho un largo camino hasta la ciudad de Olopa para hacerse la prueba del Chagas. Hace 100 años que el doctor brasileño Carlos Chagas descubrió y dio nombre a esta enfermedad parasitaria, transmitida por un insecto llamado vinchuca, muy común en las zonas rurales más pobres de Latinoamérica. Endémico y mortal, el Chagas causa 14.000 muertes anuales y afecta a entre 10 y 15 millones de personas. La mayoría no saben que están infectadas.

Sólo existen dos medicamentos para el Chagas. Desarrollados hace años, son muy tóxicos y provocan graves efectos secundarios que requieren supervisión médica e incluso pueden impedir el tratamiento. Juan ha dado positivo. Había empezado a tratarse, pero la lejanía de su comunidad con Olopa, donde están los médicos, le obligó a abandonar. Ahora es la segunda vez que lo intenta. Le administran uno de los dos medicamentos, cuya eficacia en niños es alta pero se considera menor en adultos (las tasas de curación rondan el 60-70%). Si la madre de Juan, por ejemplo, es positiva, tendrá que retar esa teoría tratando de vencer la enfermedad. Ni Juan ni su madre, ni tantos como ellos en Latinoamérica, son un estímulo para que la investigación farmacéutica busque nuevos métodos de diagnóstico y mejores tratamientos para el Chagas. Millones de enfermos condenados otra vez a las galeras del acceso a medicamentos.

MSF ha ayudado a introducir el diagnóstico y el tratamiento del Chagas en los protocolos de salud de los países donde ha llevado cabo proyectos, como Guatemala, Nicaragua y Bolivia. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud se ha comprometido a la erradicación de las enfermedades olvidadas en el continente. Un compromiso esperanzador y ambicioso que tiene que verse reflejado en la disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades en los centros de salud primaria.

Joceline contra la malaria



© JUAN CARLOS TOMASI

La malaria o paludismo es la mayor causa de muerte infantil en el mundo. Afecta a la mitad de la población mundial, con 247 millones de casos y casi 900.000 muertes al año. De ellas, el 91% se registra en África subsahariana y el 85% corresponde a menores de 5 años.

La joven Joceline Palo vive con pocas cosas, como la mayoría de la gente de Danané, al noroeste de Costa de Marfil: suelo, algo de techo y unos pocos utensilios de cocina. Cuando quedan restos de agua, el mosquito que trasmite la malaria deja sus huevos y lo convierte todo en su criadero. “Antes tenía una mosquitera, pero un día se quemó con el fuego de la cocina”. De lo poco que tenía, Joceline perdió su única arma contra la enfermedad. El mosquito Anófeles es portador del parásito que causa la malaria, cuyo tipo más peligroso es el *Plasmodium falciparum*. Durante años se han usado tratamientos con cloroquina y otros antipalúdicos, pero el parásito ha creado resistencias y han dejado de ser eficaces. En la última década se están utilizando nuevas combinaciones, mucho más efectivas, que contienen derivados de la artemisinina. Pero, pese a los avances en el desarrollo de nuevos medicamentos y otras investigaciones, la enfermedad sigue siendo imparable.

Joceline está tomando nuevos medicamentos contra la malaria desarrollados por investigaciones sin ánimo de lucro. Se siente mejor, pero como pasa todo el día trabajando bajo el sol en los campos de arroz y con los pies en el agua, la fatiga vuelve. “Creo que siempre llevo la malaria dentro del cuerpo”, dice. Hasta hoy, la enfermedad no la ha vencido. Aún está en edad de luchar, pero no muy lejos de donde se encuentra, un niño muere cada 42 segundos por la misma causa.

Daniel contra la enfermedad del sueño



Tiene 16 años y se llama Daniel Gordon. Es de Tambura, en el sur de Sudán. Cuando su familia huyó a la República Centroafricana por los conflictos que azotaban su región de origen, a Daniel le picó la mosca tsé-tsé. Al regresar, su familia le llevó a una clínica de MSF, donde se comprobó que estaba en la segunda fase de la enfermedad, con síntomas como ataxia motora y pérdida de coordinación de movimientos. La muerte es una posibilidad muy cercana.

La tripanosomiasis humana africana o enfermedad del sueño está presente en 36 países de África subsahariana. La transmite la mosca tsé-tsé y cada año mueren por su causa unas 50.000 personas. En la primera fase, la enfermedad es difícil de diagnosticar. En la segunda, el parásito (*Trypanosoma brucei*) inoculado por la mosca ataca el sistema nervioso central, produciendo, entre otros síntomas, las alteraciones del sueño que dan nombre a la enfermedad. Sin tratamiento, es mortal. Los tratamientos existentes son muy tóxicos o no están disponibles. Los más efectivos, como la efornitina, han sido donados a la OMS para su distribución en países endémicos, pero no es una solución a largo plazo. Las actuales investigaciones sobre combinaciones de éste y otros medicamentos han dado cierta esperanza.

Aunque la enfermedad del sueño se llegó a controlar en los años treinta, en la década de los setenta, y debido en gran parte a los conflictos armados, volvió a expandirse por África. Para combatirla, las armas son aún muy débiles: el diagnóstico es difícil y el tratamiento habitual es complicado y demasiado tóxico. Pero no se trata sólo de encontrar tratamientos mejores, sino de que estén adaptados a las condiciones de vida de Daniel y de cientos de miles de personas en África. Cuando deje el hospital, él y su familia volverán a esconderse en el monte por miedo a los grupos armados. Allí, otros enemigos que no se ven volverán a poner su sueño en riesgo.

Solos contra la tuberculosis



Más de 1,7 millones de personas mueren de tuberculosis (TB) cada año en el mundo. Es la primera causa de mortalidad en pacientes de sida, que la contraen como infección oportunista. En los años ochenta se creía prácticamente erradicada, pero ha experimentado un gran repunte hasta nuestros días. Se estima que crece a un ritmo de 9 millones de casos anuales y que 2.000 millones de personas, un tercio de la población mundial, están infectadas. Para diagnosticarla, aún se utiliza un método poco fiable (frotis de esputo al microscopio) que tiene más de 125 años. Los medicamentos disponibles fueron desarrollados hace más de cuatro décadas. En el mejor de los casos, los pacientes deben tomarlos durante seis meses, pero el tratamiento puede prolongarse hasta dos años. La forma de la enfermedad multirresistente a los medicamentos hace aún más difícil la lucha. Este tipo de TB va en aumento, con casi 490.000 nuevos casos y 120.000 muertes anuales.

“La doctora me preguntó qué pensaba hacer con mi hijo si seguía enferma. Me dijo que se quedaría solo y que mi deber como madre era curarme”. Astghik tiene 28 años y un hermoso niño de 5. Vive en Turquía desde hace cuatro años, pero empezó a toser y a sudar por las noches, fue al médico y le diagnosticaron TB multirresistente. Aunque es común en Europa del Este, el tratamiento es muy caro. La derivaron a Eriván, la capital de Armenia, donde un equipo de MSF la ha puesto en tratamiento. Dice que ahora se encuentra mejor, pero que teme volver a enfermar.

En Eriván conocemos a otros pacientes como Jacob, que nos recibe en su casa en un barrio obrero de la ciudad. Jacob está en su última fase de tratamiento. Pero la TB es la evidencia del fracaso del actual modelo de I+D. Es como si se hubieran olvidado, no de la enfermedad, sino de quienes la padecen. Jacob nos dice con palabras lo que ya se ve en sus ojos: “estoy solo”.

Firma invitada

Dr. Morten Rostrup

Extracto del artículo publicado en
Notes Internationals CIDOB 04, junio 2009



El Dr. Morten Rostrup trabaja en el Hospital Universitario de Oslo. Tiene una larga experiencia con MSF en misiones como

Ruanda y Congo (1996), hambruna en Sudán (1998), alto el fuego en Angola (1998) o guerra en Liberia (1999-2000). Fue

Presidente Internacional de MSF hasta 2004 y desde entonces sigue colaborando regularmente con la organización.

¿Quién va a morir?

El desafío global de la gripe A (H1N1) y otras enfermedades infecciosas

A finales de septiembre se habían confirmado unos 340.000 casos de gripe A (H1N1). A falta de pruebas de todas las personas con síntomas leves, no sabemos lo contagioso que puede ser este virus. De momento parece moderado: 4.100 muertes desde que empezó la epidemia en abril. Durante el mismo periodo, el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria, el Chagas, la enfermedad del sueño y el kala azar han acabado con la vida de un millón de personas. Estas enfermedades, que afectan principalmente a los pobres, merecen la misma atención política que la gripe A.

Por ahora, la H1N1 parece menos letal que otras formas de gripe estacional. Pero las diferencias de patrón, la posible evolución hacia una forma más agresiva y la esperada segunda oleada en otoño justifican mantenerse en guardia. La respuesta inicial fue rápida: los políticos le prestaron atención enseguida, se expusieron públicamente los posibles escenarios y se tranquilizó a la población con las medidas adoptadas.

En general, la respuesta conjunta de los gobiernos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) parece basada en las estrategias para combatir la gripe aviar. Desde 2005, la OMS ha planificado mucho a todos los niveles en lo referente a pandemias. El SARS (síndrome agudo respiratorio severo), también considerado una amenaza para la salud pública, atrajo bastante atención. Hay un claro contraste con la forma en que los mismos políticos han respondido a otras epidemias vigentes.

La pandemia del sida afecta mayoritariamente a países pobres y a grupos marginales occidentales. Aunque los primeros datos ya apuntaban su poder devastador, la respuesta global fue escasa. Hoy el balance es de 25 millones de muertos, 33 millones de infectados, graves consecuencias socioeconómicas... y sólo 4 millones de personas en tratamiento, de los 9,5 millones que lo

necesitan con urgencia. ¿Cómo hemos permitido que una epidemia tan letal perdure tantos años? Con dos millones de muertos el año pasado, ¿alguien duda que es una emergencia?

La lucha contra el sida se basa en un esfuerzo conjunto de financiadores gubernamentales como el Fondo Global y actores privados como las ONG. Dejar partes importantes en manos de iniciativas privadas nunca ha sido una opción ante la epidemia de gripe, cuyo control ha sido totalmente asumido por los gobiernos: la salud de sus votantes estaba en juego.

La tuberculosis (TB) es otro ejemplo de este escaso compromiso político y de cómo la proximidad marca la respuesta: con 9 millones de nuevos casos anuales, el año pasado 1,6 millones de pacientes murieron de una enfermedad tratable y sin apenas respuesta. En cambio, encuentra cepas de TB multirresistente en las fronteras de Europa Occidental, y ahí tienes ya algo más de atención.

La malaria, con casi un millón de muertos al año (la mayoría niños) y media población mundial en situación de riesgo, supone hasta el 40% del gasto en salud pública de los países más afectados. La terapia combinada con artemisinina todavía es efectiva, pero algunos estudios reportan cada vez mayores resistencias. Lo más preocupante es que no se prevé que pronto salgan nuevos medicamentos al mercado y, sin ellos, el mundo puede tener que volver a afrontar grandes epidemias en zonas tropicales como en el pasado.

La falta de medicamentos efectivos y asequibles es una característica común. El sector público eludió su responsabilidad, dejando la iniciativa en manos de la industria farmacéutica privada. Pero ésta depende del mercado y las enfermedades de los más pobres no dan beneficios: ellos nunca podrán comprar sus productos.

Éste es el caso de entre 10 y 15 millones de personas infectadas de Chagas en Latinoamérica, una enfer-

medad descubierta hace 100 años que sigue combatiéndose con fármacos de hace 40, con graves efectos secundarios. No existen formulaciones pediátricas, ni un tratamiento efectivo de la fase crónica de la enfermedad, ni tampoco nuevos métodos diagnósticos para una infección que mata a 14.000 personas al año.

Contra la enfermedad del sueño también se usa un medicamento viejo y muy tóxico. La producción de la mejor alternativa (aunque no ideal), la eflornitina, estuvo a punto de interrumpirse por no ser rentable. Pero entonces se descubrió que era un buen remedio para el vello facial femenino. De pronto había mercado: no bastaba con una población africana pobre y moribunda.

La leishmaniasis visceral o kala azar es otra enfermedad parasitaria letal. Cada año se registran 500.000 nuevos casos, y la última década ha visto crecer el número de infectados y de dificultades por la coinfección con el VIH. Una vez más, la respuesta global ha sido un gran silencio. Y, una vez más, faltan medicamentos más efectivos y asequibles.

Todas estas enfermedades infecciosas afectan a personas sin recursos en zonas tropicales, tal como ocurrirá con la gripe A. Los países ricos, que han almacenado millones de antivirales para tratarla y prevenirla, quizá tendrán que demostrar su compromiso real ante las epidemias en los países en desarrollo. ¿Hasta qué punto estarán dispuestos a regalar sus medicamentos a países en los que el riesgo de muerte será mucho mayor?

La nueva gripe demuestra que la comunidad internacional está preparada para combatir enfermedades infecciosas que amenazan la salud pública. No debemos culpar a la OMS o a los gobiernos de centrarse demasiado en esta pandemia. Lo que debemos hacer es exigirles que respondan de su silencio ante epidemias que hoy tienen consecuencias mucho más graves de las que seguramente tendrá jamás la gripe A.



© JUAN CARLOS TOMASI



© ANNIE YZEBE



© MSF

Kenia El proyecto más antiguo de sida

MSF está traspasando el proyecto de sida que ha llevado a cabo desde 2000 en el distrito keniano de Busia. Se trata pues de uno de los proyectos pioneros e históricos de VIH/sida de la organización.

La gratuidad del tratamiento ha sido una de las actividades básicas desde el principio. Hay que recordar que la disposición de antirretrovirales genéricos a gran escala no vino hasta varios años después de que se iniciara el proyecto, con lo que las dificultades eran mayores en un país que no podía afrontar el precio de los medicamentos. Otra de las actividades de MSF en Busia fue la atención domiciliaria, en la que se llevaba atención médica y psicológica a los pacientes para facilitarles el acceso a la misma. El programa de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos también ha sido clave en el éxito de este proyecto. El hecho de que nazcan menos niños con sida es la prueba de que la aplicación de este protocolo, incluyendo el tratamiento preventivo con antirretrovirales a las madres, produce un cambio total en las expectativas de vida de los recién nacidos.

Actualmente, el proyecto se está traspasando a la organización AMPATH, que se encargará de su seguimiento. A finales de este año, se culminará el proceso con diversas actividades en las que se mostrarán los resultados de casi 10 años de trabajo. MSF ha atendido y tratado en Busia a más de 12.000 pacientes.

Níger Asistencia a víctimas de las inundaciones en Agadez

El pasado 1 de septiembre, la ciudad de Agadez, en el norte de Níger, sufrió unas gravísimas inundaciones que dejaron a casi 30.000 personas sin techo tras la destrucción de sus casas. La mayoría de los damnificados fueron acogidos por familiares, pero cerca de 10.000 personas, entre ellas muchas mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, tuvieron que ser alojadas en escuelas, en situación de extrema vulnerabilidad. MSF, presente en Agadez con un proyecto estable de salud materno-infantil, pudo prestar asistencia médica inmediata a través de clínicas móviles que se desplazaron a los diferentes centros de acogida para desplazados. Los pacientes identificados fueron referidos a los tres centros de salud que MSF apoya regularmente en la ciudad. Además, se distribuyeron artículos de primera necesidad, como jabón y kits de higiene para unas 2.000 familias desplazadas, así como para las de acogida, al tiempo que se realizaron actividades de agua y saneamiento en algunas escuelas que albergaban a desplazados. MSF trabaja en Agadez dando apoyo a tres centros de salud y prestando atención médica gratuita a madres e hijos en consultas prenatales, ginecológicas y pediátricas, con cerca de 200 partos atendidos al mes.

Perú MSF asiste a los afectados por la ola de frío en el sur del país

A principios del mes de agosto, MSF puso en marcha una intervención de emergencia para responder a una ola de frío que había provocado un aumento de la morbi-mortalidad por infecciones respiratorias en el sur de Perú. La intervención se centró en Juliaca, la capital de la provincia de San Román, en el departamento de Puno, la zona más afectada por las bajas temperaturas.

En la ciudad existe un alto porcentaje de población flotante, sobre todo personas indígenas que viven en el campo y emigran a la ciudad para trabajar. “Se trata de una población muy pobre, económica y socialmente excluida, que vive en las zonas periféricas de Juliaca y que es muy vulnerable al frío”, explica Loreto Barceló, que coordinó las actividades de emergencia en Perú. A pesar de vivir relativamente cerca de los centros de salud, estas personas no acuden a ellos por varios motivos: se sienten discriminados por el personal sanitario, muchas veces no hablan el mismo idioma, tienen que pagar y no tienen dinero, o no pueden permitirse dejar de trabajar para llevar a sus hijos al médico.

Durante un mes, MSF atendió a más de 3.100 personas, más del 50% por infecciones respiratorias. El equipo también distribuyó material de abrigo, como mantas, ropa de invierno para niños y pañolones para cargar a los bebés a la espalda, entre los niños menores de 1 año y las mujeres embarazadas.





© JAUME CODINA



© MSF



© TONY MARCHANT

República Centroafricana

Emergencia nutricional en el sureste del país

Desde el pasado mes de agosto, varios equipos de MSF responden a una emergencia nutricional en el suroeste de la República Centroafricana. En gran parte de la región donde se localiza el problema (un área de unos 40.000 kilómetros cuadrados situada junto a la frontera con Camerún y Congo-Brazzaville), prácticamente dos tercios de la población activa dependían del trabajo en las minas de diamantes. Sin embargo, debido a la reducción de la actividad en el sector (la producción ha bajado hasta un 65% por la caída de la demanda y de los precios), miles de personas se han quedado sin la que era hasta ahora su única fuente de ingresos.

Además de lo que está ocurriendo en el sector diamantífero, hay otros factores igualmente importantes que han contribuido a agravar la emergencia: la falta de acceso a la salud, una alta incidencia de enfermedades como la malaria, el sida o la tuberculosis, y una dieta pobre en nutrientes, basada casi exclusivamente en productos derivados de la mandioca, han hecho que la situación sea ahora mismo crítica.

El programa de MSF cuenta con cuatro bases de operaciones en distintas poblaciones de la zona y actualmente ofrece atención médica a unos 2.500 niños con desnutrición aguda. Unos 150 de estos niños (los que requieren cuidados intensivos) están ingresados en centros de nutrición terapéutica, mientras que el resto sigue el tratamiento de manera ambulatoria con alimentos terapéuticos preparados.

Somalia

Entre lo posible y lo imposible

En el último año Somalia ha sufrido un recrudecimiento de los combates, especialmente en Mogadiscio, la capital. En los distritos del norte de la ciudad, la mayoría de las familias se han visto obligadas a huir de sus hogares. En julio pasado, los tres centros de salud y el hospital pediátrico que gestiona MSF en Mogadiscio Norte tuvieron que cerrar sus puertas a causa de los enfrentamientos. El personal de la organización, al igual que el resto de la población, tuvo que huir para salvar su vida y las de sus familias, algo que no había sucedido en los más de 17 años que MSF lleva trabajando en Mogadiscio. Una pequeña parte del equipo está siguiendo de cerca la situación en espera de poder volver para atender a las víctimas. Alrededor de 200.000 personas han tenido que huir durante los dos últimos meses en dirección a Afgoye y Jowhar. El número de heridos y víctimas mortales y ha aumentado drásticamente.

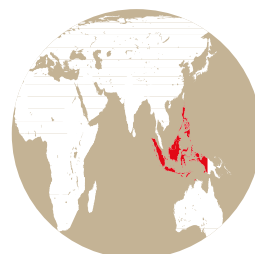
En medio de esta tragedia, el personal somalí de MSF es víctima del conflicto y a la vez arriesga su vida para seguir llevando atención sanitaria a la población. Tal es el caso de dos campañas de vacunación de sarampión realizadas durante el último mes, que dieron cobertura a cerca de 3.000 niños menores de 15 años en cuatro campos de desplazados de Jowhar, El Mahan y Warshiik, a unos 40 kilómetros al norte de la capital. En Jowhar, el personal local sigue atendiendo a la población que se desplaza desde Mogadiscio. Es una lucha por hacer posible lo imposible.

Sureste asiático

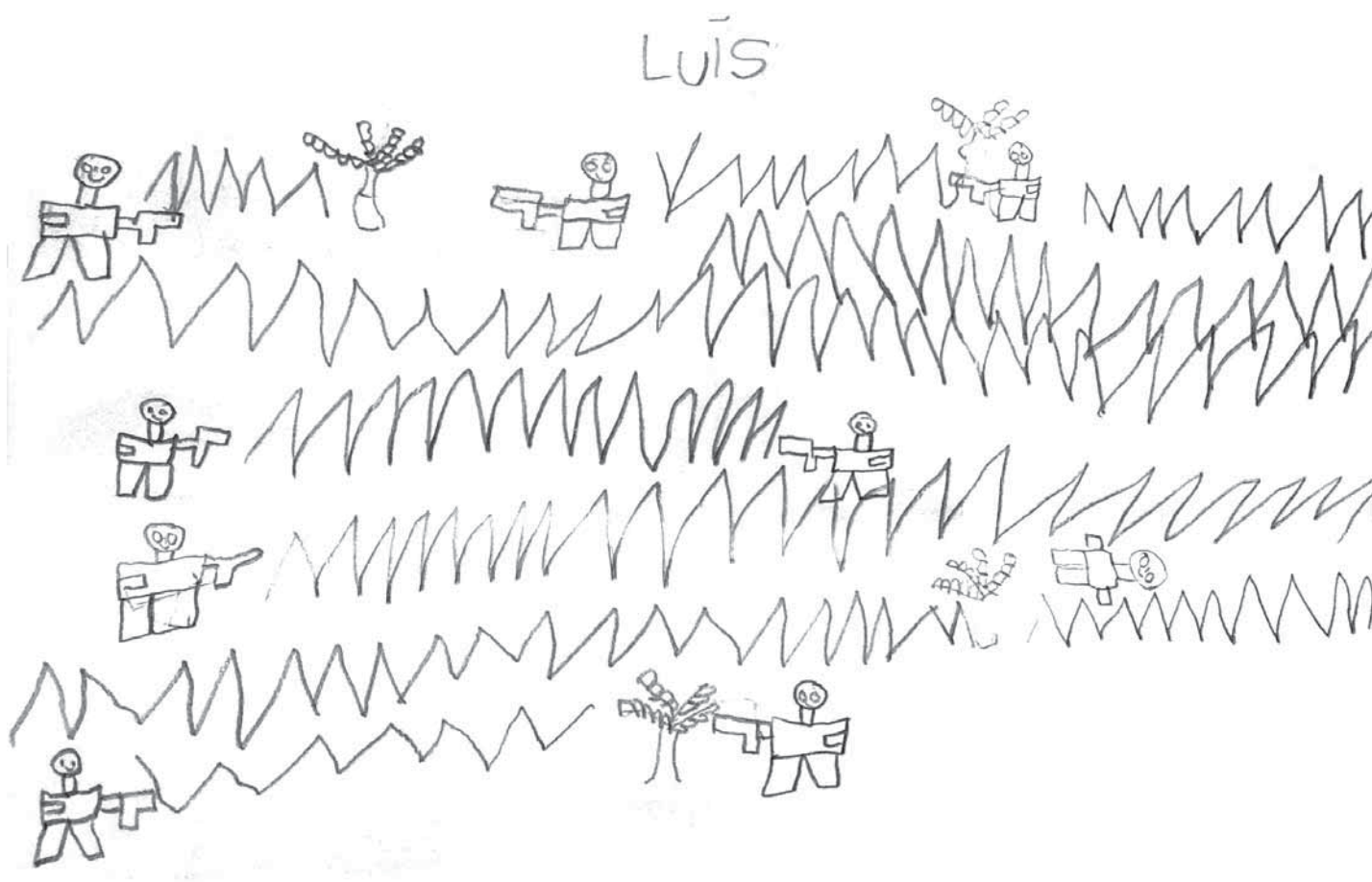
Emergencia por desastres naturales

En el espacio de unos días, entre finales de septiembre y principios de octubre, una serie de desastres naturales golpeó el sureste asiático, dejando un rastro de destrucción en varios países de la zona. En Indonesia, el 30 de septiembre se produjo un terremoto de magnitud 7,6 en la costa de la isla de Sumatra, provocando la muerte de más de 700 personas y al menos 3.000 desaparecidos, y dejando a miles de familias sin techo. En Filipinas, el paso de dos tifones –Ketsana y Parma– en el intervalo de 10 días se saldó con al menos 300 víctimas mortales y cientos de miles de desplazados. Y finalmente, una serie de *tsunamis* azotaron las islas de Samoa, causando al menos 150 muertos y cientos de desaparecidos.

Varios equipos de MSF se desplegaron de inmediato en las regiones afectadas por los desastres, mientras se mandaban cargamentos con material médico y de socorro. En Sumatra, ante la respuesta masiva de las autoridades locales y de la comunidad internacional, los equipos de MSF se centraron en las zonas más aisladas, donde la ayuda tardaba en llegar, ofreciendo atención médica y psicológica a las víctimas, y distribuyendo agua y artículos de primera necesidad. En Filipinas, los equipos se desplazaron en helicópteros y lanchas para acceder a las poblaciones aisladas por las inundaciones, proporcionando también atención médica y suministros esenciales a las víctimas. En Samoa, se ofreció principalmente atención psicológica.



Desplazados en Colombia: atrapados entre varios fuegos



El conflicto armado sigue activo en Colombia. En el departamento de Nariño, al suroeste del país, se han intensificado los enfrentamientos entre varios grupos armados que mantienen una cruenta disputa territorial por su importancia estratégica, la presencia de cultivos de coca e intereses económicos. Según cifras oficiales, entre enero y septiembre de 2009 se reportaron 17 episodios de desplazamiento masivo en el departamento, así como un importante aumento de homicidios y masacres. MSF trabaja desde abril en Nariño para asistir a las víctimas. Pero más allá de las cifras, las historias de los afectados y los dibujos infantiles muestran el drama humano que sufre cada una de las personas atrapadas en el conflicto.

“No pude reclamar su cuerpo”

“Lo peor es no saber dónde está. Desde que pasó, me duele todo el cuerpo, lloro de a ratos y estoy triste, muy triste, a veces también tengo mal humor... es muy duro lo que está pasando.

Tengo 23 años, siempre hemos vivido en el río, cultivando y trabajando la tierra sin meternos con nadie. Hace dos meses,

mi marido se fue a trabajar al monte como siempre, dicen que hubo un operativo y se lo llevaron en un helicóptero. Un mes después de andar preguntando por ahí, supe que lo habían matado. No pude reclamar su cuerpo porque me dijeron que era demasiado tarde, que llevaba tiempo en la morgue y que ya estaba enterrado

como NN [del latín, *nomen necio*; en español, nombre desconocido]. No puedo dejar de pensar en cómo habrá pasado. Y ahora creo que es peor porque no he podido ver ni enterrar su cuerpo, no puedo cerrar mi historia”.

“Ahora sé lo que es el miedo”

“Tengo 40 años y soy dueño de la tienda donde compra todo el mundo en la vereda [zona rural]. Nuestra vida era tranquila acá, nunca habíamos tenido ni ataques ni nada, vivimos de lo que pescamos y los niños pueden jugar tranquilos. Nunca pasaba nada. Hace unos días, llegaron hombres con uniforme buscando un delincuente que creían estaba en la vereda. Entraron a las casas pateando puertas y haciendo salir a todo el mundo. Todos estaban muy asustados, no entendían qué

pasaba. A mí me agarraron fuerte y me llevaron al monte. Creían que yo colaboraba con él: me amenazaron para que hablara, me apuntaron con armas y después con una motosierra, no puedo recordar cuánto tiempo me tuvieron, pero no podía hacerles entender que no sabía nada. Cuando me soltaron, me fui a otra vereda por miedo. Casi todos nos fuimos, pero ¿qué hacer lejos de nuestra tierra? Algunos de la vereda volvieron, pero yo no podía, tenía miedo. Cuando vi que venía

MSF para la brigada de salud [clínica móvil], volví y pude hablar. Ahora me doy cuenta que mi vida ha cambiado para siempre, no tengo paz, estoy agresivo y todo el tiempo me vienen recuerdos de ese momento. Hay unos jóvenes en la vereda que ponen hielo seco en botellas y las hacen explotar. Cuando eso pasa, me tiro al suelo sin quererlo. Ahora sé lo que es el miedo”.

“Acá no hay futuro”

“Somos indígenas y para nosotros es muy importante la tierra. Hace unos cinco meses mataron a algunos de nosotros, anduvimos por todos lados pidiendo ayuda, pero parece que todos nos han olvidado. Ahora han vuelto a por nosotros y han matado a jóvenes y a niños, incluso a un bebé de meses.

Un día cualquiera me llegó una carta donde me amenazaban de muerte: si no me iba de mi tierra, me mataban a mí o a mi familia. Me dio miedo y decidimos

irnos de allí, caminamos más de dos horas hasta llegar acá. Aun así no me siento segura. Me da miedo salir o que mi familia salga, no duermo bien por los ruidos de la noche, presiento que vienen a por mí. Me he vuelto desconfiada, de mal genio, aún se escuchan tiros cerca del albergue.

Estamos desesperados. Ya no sé que más pueda pasar. Yo quiero volver, mis hijos, mi esposo y yo somos de allá. Acá no hay futuro, me siento incómoda, me duele la cabeza y no paro de

llorar. Nosotros no tenemos la culpa de todo lo que pasó. Acá me toca dormir con mucha gente que ni conozco, en el día no hago más que estar con mis hijos en este lugar, me aburro porque estoy acostumbrada a mi tierra y a los oficios que hacía en mi casa”.

“Todo el tiempo sabemos que pueden volver”

“Yo estaba, como siempre, trabajando. Ya había desayunado con mi marido y nos fuimos a mirar el cultivo de cacao y de palma, ya que trabajamos y vivimos de eso. Ese día mi viejo estaba desbastando el monte, cuando de repente escuchamos ruidos: unos señores todos vestidos con trajes negros nos preguntaron si habíamos visto algo. Entonces se lo llevaron y a mí me dio esa corazonada tan

dura. De repente escuché ¡tas, tas!, unos tiros, y fue cuando mataron a mi marido. Desde ahí no sé qué hacer con mi vida.

Todos los de la vereda nos fuimos para la cabecera municipal [pueblo o ciudad] por miedo, pero las condiciones en las que estábamos eran peores que el miedo. Venía mucha gente para “evaluar” y se iban, nunca supimos muy bien a qué venían. No había baños suficientes, todos

dormíamos juntos cada día, era peor. Al final nos regresamos a la vereda. Las noches eran interminables. Un día, después de llegar, mataron a otro señor en la carretera; ya son ocho, contando una mujer embarazada. Lo peor son los niños que presenciaron todo. Ahora todo el tiempo sabemos que pueden volver a venir”.



Casi 9 millones de personas atendidas en 2008

La *Memoria Internacional MSF 2008* recoge el trabajo realizado por MSF en 65 países de África, Asia, Latinoamérica y Europa. Junto a la respuesta a catástrofes como el ciclón de Myanmar, de nuevo fue prioritaria la asistencia médica en conflictos como Somalia, República Democrática del Congo, Darfur, Pakistán o los Territorios palestinos. MSF también siguió demostrando que es posible luchar contra pandemias como el sida y contra enfermedades más olvidadas como el kala azar, el Chagas o la enfermedad del sueño.

Unos 200.000 niños con desnutrición aguda tratados, 68.000 enfermos de cólera, 1,25 millones de pacientes de malaria y 227.000 de VIH/sida, 700.000 personas vacunadas contra la meningitis, casi 150.000 casos atendidos en sesiones de salud mental, 100.000 partos asistidos... en total, 8,8 millones de consultas médicas. Y todo ello gracias al apoyo de 3,7 millones de donantes en todo el mundo, de los cuales 446.000 corresponden a España.

La memoria ya está disponible en inglés en: www.msf.es.

Jornadas sobre desnutrición en CaixaForum

Los días 6 y 8 de octubre respectivamente, se celebraron en los centros CaixaForum de Palma de Mallorca y de Barcelona sendas mesas redondas sobre desnutrición infantil, organizadas por MSF en colaboración con el programa de cooperación internacional de la Fundación "la Caixa".

Partiendo de la reflexión "Cada minuto mueren 9 niños por desnutrición", participaron en el acto expertos de UNICEF, Acción Contra el Hambre y MSF, tres organizaciones especializadas que se enfrentan día a día a la desnutrición infantil sobre el terreno, y que han desarrolla-

do en 2009 una campaña para lograr una reforma de la ayuda alimentaria internacional.

En la mesa redonda se abordó, entre otras cuestiones, la necesidad de que las agencias internacionales responsables de la ayuda alimentaria y los países donantes que la financian tengan en cuenta las necesidades nutricionales específicas de la primera infancia, e incluyan en estos paquetes de ayuda los alimentos terapéuticos que permiten tratar eficazmente la desnutrición aguda en niños de 6 meses a 2 años de edad.

Sólo en 2008, MSF atendió a más de 210.000 niños con desnutrición aguda severa en sus programas nutricionales.



comprar en la web camiseta-solidaria.com: una divertida camiseta infantil con ilustraciones de los elementos imprescindibles para el trabajo de MSF (un médico, un paciente, un coche, un estetoscopio...) y para los mayores, un modelo en el que se dibuja un mapamundi sobre una venda y que simboliza el carácter internacional de nuestra organización.

Comprando estas prendas, darás apoyo a los proyectos estables y a las intervenciones de emergencia de MSF en todo el mundo.

Puedes ver los modelos, tallas y diseños en www.msf.es/participa/tienda

Nueva colección MSF otoño-invierno

Con la llegada del otoño llegan también los nuevos modelos de Médicos Sin Fronteras. La que será nuestra última colección en colaboración con Venca tiene el lema "Médicos Sin Fronteras = Acción Humanitaria" y está compuesta por camisetas, polares, bolsos, pañuelos y muchas cosas más.

Además disponemos de dos nuevos modelos que puedes



Médicos Sin Fronteras, beneficiaria de la Cuenta Triodos

La Cuenta Triodos es un producto bancario de ahorro responsable, fruto de un acuerdo suscrito entre Triodos Bank y varias ONG, entre ellas Médicos Sin Fronteras, que podrán beneficiarse de los intereses que genere la cuenta, si el cliente así lo desea. Abrir una cuenta en Triodos Bank es una decisión socialmente responsable, porque su dinero sólo financia empresas y organizaciones que trabajan por el medio ambiente, la cultura y la justicia social.

Los clientes tendrán una interesante rentabilidad desde el primer euro y, si lo desean, podrán donar parte o la totalidad de sus intereses a Médicos Sin Fronteras. Abrir una Cuenta Triodos es muy sencillo y no supone un cambio de banco; no tiene comisión de mantenimiento y la disponibilidad del dinero está garantizada en todo momento.

De persona a persona

Detrás de cada socio y cada colaborador de MSF hay una historia personal, una motivación, una voluntad de ser útil a los demás. Cada uno lo hace desde su sentir y desde sus posibilidades. Todas las aportaciones son valiosas en sí mismas, porque la suma de cada esfuerzo individual nos permite aliviar el sufrimiento de otros muchos.

Hoy queremos hacer llegar nuestro más sincero agradecimiento a Don Francisco Vicente Gutiérrez de Luna, una ayuda inestimable para llevar adelante nuestros proyectos en el terreno. Su contribución, junto con la de más de 450.000 socios y colaboradores de toda España, es un reflejo del apoyo de la sociedad civil que nos anima a seguir luchando por una acción humanitaria independiente e imparcial, de persona a persona, para quienes más lo necesitan.

Chagas: seguimos rompiendo el silencio

Con motivo de la conmemoración de los 100 años del descubrimiento de la enfermedad de Chagas por el médico brasileño que le dio nombre, el Centro de Investigación en Salud de Barcelona (CRESIB), el Hospital Clínic de Barcelona y Médicos Sin Fronteras (MSF), realizamos un acto conjunto de sensibilización el domingo 4 de octubre en el parque de la Ciudadela de Barcelona.

Bajo el lema, "Contra el Chagas, rompamos el silencio", el acto iba dirigido a la población general e inmigrante en particular, con el objetivo principal de sensibilizar, educar e informar sobre esta enfermedad. Se desarrollaron actividades para los más pequeños y se dio asesoramiento a los adultos. También se leyó un manifiesto, seguido de un minuto de silencio que se rompió con una batucada a cargo del grupo Bricadeira.



Primeras Jornadas Nacionales de Voluntarios

Los pasados 23, 24 y 25 de octubre celebramos el primer encuentro nacional de voluntarios de MSF en Cerro Muriano, Córdoba. Asistieron más de 100 personas, mayoritariamente voluntarios. A diferencia de otros años, hemos querido organizar un encuentro único de todos los voluntarios que trabajan desde las seis oficinas delegadas y la sede de MSF, dando apoyo a acciones muy diversas del trabajo de nuestra organización. Desde su compromiso y su proximidad, contribuyen al esfuerzo colectivo de hacer posible nuestra misión social. A todos, muchas gracias.

Campaña contra la desnutrición infantil: un éxito de participación y de resultados

El pasado mes de septiembre llegó a su fin la campaña contra la desnutrición infantil que iniciamos en junio de 2008

Un éxito de participación

Más de 50.000 personas nos habéis ayudado a luchar contra la desnutrición infantil participando en el cibermarathon (15.000), firmando el manifiesto (27.000), solicitando el pack de activista (5.000) o haciendo llegar tratamientos a nuestros proyectos nutricionales (13.600). Con la exposición sobre la desnutrición infantil, hemos recorrido nueve ciudades españolas y hemos recibido más de 6.000 visitas. Además, más de 2.000 niños y niñas han unido sus voces a través del juego *Y comieron felices* y, gracias a sus mensajes, han contribuido a hacer más visible el problema de la desnutrición infantil. Un pequeño gesto de gran valor para contribuir, entre todos, a solucionarlo.

Un éxito de resultados

Gracias a la campaña lanzada por MSF en distintos países, la organización ha triplicado el número de niños tratados con alimentos terapéuticos preparados (RUTF por sus siglas en inglés). Concretamente, MSF ha atendido a 200.000 niños menores de 5 años con desnutrición en sus proyectos.

Juntos, hemos conseguido que Gobiernos y organismos internacionales adoptasen acuerdos destinados a luchar con mayor eficacia contra la desnutrición infantil.

La declaración final de la Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria para Todos, celebrada en Madrid en enero de 2009, reconoció por vez primera la necesidad de "respetar, asegurar, satisfacer y promover el derecho a disponer de alimentos adecuados

de forma regular y permanente, especialmente a niños menores de cinco años".

El nuevo Plan Director de la Cooperación Española para 2009-2012 recoge las aportaciones de MSF encaminadas a que el Gobierno español lidere nuevas estrategias contra la desnutrición infantil.

En la cumbre del G-8 ampliado celebrada recientemente en L'Aquila, los líderes mundiales acordaron destinar 20.000 millones de dólares a los países más pobres. El Gobierno español se comprometió a aumentar de 1.000 a 1.500 millones de euros los fondos destinados a garantizar la seguridad alimentaria y detalló que los 500 millones adicionales se destinarán a programas contra la desnutrición infantil.

Todavía queda mucho por hacer

Seguiremos insistiendo para que la Declaración de Madrid, el Plan Director de la Cooperación Española y los compromisos de L'Aquila se lleven a la práctica.

Continuaremos haciendo llegar a las escuelas y hogares el juego contra la desnutrición infantil para que los niños de más de 10 años sigan sumando sus voces en www.msf.es/juega para que, mientras aprenden, nos ayuden a hacer más visible la solución del problema de la desnutrición.

Y, por descontado, continuaremos tratando a tantos niños desnutridos como nos sea posible.

Juntos, hemos salvado muchas vidas.

Gracias por lo que has hecho hasta ahora. Gracias por lo que harás en adelante.



Regalo solidario MSF para empresas

Este año, una vez más, proponemos a las empresas un regalo de Navidad para sus clientes, empleados y colaboradores muy especial.

Proponemos regalar, en lugar del tradicional regalo de empresa, una donación a Médicos Sin Fronteras. Cada regalo solidario supondrá una donación directa de 10€ al proyecto de Bihar, en India, para el tratamiento de pacientes de kala azar.

Una tarjeta y un calendario. Sus clientes, empleados y colaboradores recibirán una tarjeta de Navidad con un calendario como regalo simbólico. La tarjeta estará personalizada con el logotipo y un mensaje de su empresa.

Felicite la Navidad con una donación a Médicos Sin Fronteras. Una forma original de transmitir los valores de su empresa y ayudar a quienes más lo necesitan.



Para más información, entre en www.msf.es/regalosolidario

Si prefiere contactar de forma directa con nosotros, llame a Núria Miranda al 93 304 61 00 o escribanos a regalosolidario@msf.org

Entrevista a Juan José Millás

Por **Javier Sancho**, periodista, coordinador del proyecto MSF-escritores

Demasiada esperanza puesta en un grano de arena



El último reportaje de la serie ‘Testigos del horror’, publicado por *El País Semanal* en colaboración con Médicos Sin Fronteras, fue escrito por Juan José Millás, célebre novelista y articulista que se unió a los autores que han colaborado en este proyecto para retratar con palabras e imágenes las secuelas de los conflictos donde la violencia se prolonga lejos de las cámaras. En esta entrevista, Millás relata su experiencia en este nuevo viaje al olvido.

Primera vez en Cachemira.

¿Tu impresión fue muy distinta a lo que esperabas encontrar?

Cachemira era para mí un territorio mítico del que no tenía mucha información. Lo que más me chocó fue el contraste de estar en una de las regiones más bellas que yo haya visto, pero se trataba de una belleza hollada por una presencia militar permanente y la pobreza consustancial al resto de la India.

¿Comprobaste *in situ* las secuelas de esa violencia olvidada?

Esa violencia se ve a cada paso. Es imposible recorrer 50 metros sin que el cañón de un fusil te amenace. Es así. No es exagerado. Incluso en las zonas rurales más despobladas es fácil ver a un campesino trabajando en un arrozal con un policía detrás de un árbol apuntándole. La presencia militar en India es tan fuerte que es imposible no sentir esa amenaza.

En tu opinión, ¿hay alguna actividad armada que justifique la presencia militar india?

No, en absoluto. No hay un conflicto armado que justifique esa presencia. Las razones son estratégicas o de otra índole. Pero, desde luego, lo que no se tiene en cuenta es el factor humano. En la Cachemira india la población se siente como si viviera en un país ocupado militarmente por otro.

Y además se trata de un territorio de mayoría musulmana. ¿Cómo fue tu relación con la gente a la que entrevistaste?

Se trata de un mundo difícil de relacionar con los tópicos que aplicamos a otros lugares musulmanes, porque Cachemira no es nada radical. Si has viajado a Marruecos, recuerdas muchas cosas en las costumbres, las vestimentas o en los cantos llamando a la oración que se escuchan a cada rato. Pero es una sociedad donde la religión es un valor más cultural. Es verdad que viajando hacia el norte, ves más burkas, por ejemplo, pero en Srinagar, la capital, y sus alrededores, la religión no se vive de una manera radical.

Cuando vuelves a Madrid, ¿qué es lo que más te queda en la primera memoria?, ¿imágenes, sonidos, palabras, gestos?

Antes de repasar las primeras notas, lo que quedan son imágenes que además te crean un cierto malestar. Ves a esa gente que tiene una confianza enorme en las personas que vienen de afuera y desean contar su historia, en realidad, porque la esperanza ya la han perdido adentro, en los tribunales indios que no les han respondido. Ahora la tienen puesta en los tribunales de otros países y en los medios de comunicación extranjeros. Esa fe que depositan en ti y esa incertidumbre que sientes por el pequeño grano de arena que aportarás genera el malestar. Hay una gran disparidad entre la esperanza que ellos depositan en ti y lo poco que tú puedes hacer.

¿Y rostros?

Muchos. Recuerdo el rostro de una mujer con la que nos encontramos en el hospital de Srinagar. Nos estaba pidiendo algo. Se trataba de una psicótica. Es un rostro difícil de olvidar. Se combinaba en ella la angustia y la locura de estar allí enclaustrada. También recuerdo el rostro de una médica de MSF a la que pudimos visitar en una clínica de la montaña. Era el rostro de una doctora perdida en un lugar perdido del mundo, haciendo una labor que nadie reconocerá, pero que es muy importante.

¿Hay alguna explicación para el olvido internacional que sufre Cachemira?

Bueno, la información, hoy en día, tiene el carácter de una mercancía de consumo. Informamos igual que si vendiéramos productos, de manera que la información se mueve en función de factores como los hábitos de consumo. Un abogado de la zona nos explicó que Cachemira ocupó un lugar en la prensa internacional en los años noventa, pero seguramente la guerra del Golfo empezó a desplazar el interés hacia otras zonas. La sociología explicaría esto mejor desde los hábitos de consumo.

¿Qué imagen tenías de MSF antes de este viaje y qué imagen tienes ahora?

Yo no conocía MSF más que a través de la revista, porque soy socio y me llega la información con puntualidad. Es la organización que más me ha gustado desde siempre, porque no hace las cosas por alguna razón de orden trascendente. Una buena parte de las ONG están contaminadas por algún sesgo religioso. MSF es una organización absolutamente civil, en el sentido estricto de la palabra, de modo que la idea que tenía de ella es la misma que he observado. Personas muy entregadas y cualificadas allí donde hemos ido. No ha habido grandes diferencias entre lo que esperaba encontrar y lo que encontré.

¿Qué es lo que esperas siempre de un reportaje antes de escribirlo?

Que salga bien [sonríe]. Y eso no es nada fácil. Siempre que vuelves a casa, llevas un cuaderno lleno de notas. Algunas cosas te gustan más o menos, y siempre tienes la misma sensación de desconcierto al principio. Pero, precisamente, la palabra relato viene de relación: un relato tiene que ser un buen cuento en el mejor sentido de la palabra, y es un misterio cómo los materiales se ordenan de manera que consiga encontrar una historia que interese en un mundo que tiene un exceso de oferta informativa y narrativa. Por eso siempre espero hacerlo lo mejor posible.

CHANDA ESTÁ ENFERMA DE KALA AZAR PERO MORIRÁ DE OLVIDO



© JUAN CARLOS TOMASI

8.000 personas mueren cada día por no tener acceso a tratamientos que existen. Son enfermos de malaria, Chagas, kala azar, enfermedad del sueño, sida pediátrico y tuberculosis. Son enfermos olvidados.

Pero su peor enfermedad es nuestro olvido.

Ayúdanos a salvar vidas
www.yonolvido.org

