



**Mayo 2006**

La revista que te informa  
de las acciones  
que tú haces posibles

Médicos Sin Fronteras  
Metges Sense Fronteres  
Médicos Sen Fronteiras  
Mugarik Gabeko Medikiak

# **MSF67** Epidemias de cólera en Zambia, Sudán y Angola



**◀ Portada**

**La enfermera Anderson atiende a una mujer que está recibiendo tratamiento urgente en el Centro de Tratamiento del Cólera MSF en Lusaka, Zambia.**

© JUAN CARLOS TOMASI

**4**

### **Epidemias de cólera en Zambia, Sudán y Angola**

De nuevo, el cólera

- **Firma invitada**

Jean-Clement Cabrol, adjunto del director de operaciones

- **Cómo responde MSF a una epidemia de cólera**

**10**

### **En primera persona**

“Mi vida con VIH-sida”

**14**

### **Desde el terreno**

Níger, Pakistán, Tanzania, Somalia, RDC, Guinea Bissau

**Edita**

Médicos Sin Fronteras  
Nou de la Rambla, 26  
08001 Barcelona  
T 933 046 100  
F 933 046 102

**Página web**

www.msf.es

**Consejo de redacción**

Mar Padilla, Jordi Passola,  
Anna Pineda, Carmen Vicente

**Coordinación**

Carmen Vicente

**Edición**

Mar Padilla

**Colaboraciones**

Maido Arenas, Rafa Carrascosa,  
Carmen Escalante, Silvia Fernández,  
Cecilia Furió, Ana Grau, Aloís Hug,  
Juan Antonio Moya, Mar Padilla,  
Jordi Passola, Javier Sancho,  
Juan Carlos Tomasi, Carlos Ugarte

**Corrección**

Javier Moncayo

**Producción**

Carmen Vicente

**Diseño y maquetación**

Estudio Diego Feijóo

**Fotomecánica**

Grafitex

**Impresión**

Litografía Rosés

**Depósito legal**

B-25942/89

**Delegaciones MSF España**

Barcelona, 933 046 100  
Bilbao, 944 231 194  
Gijón, 985 319 293  
Madrid, 915 411 375  
Málaga, 952 604 131  
Valencia, 963 916 133

**16**

### **La mirada**

Etiopía: la maldición del kala azar

**22**

### **La denuncia**

Limitaciones al ejercicio del derecho de los inmigrantes indocumentados a la asistencia sanitaria

**24**

### **Noticias MSF**

**26**

### **MSF por dentro**

Proyecto de salud materno-infantil en un contexto de posguerra

**28**

### **En otras palabra**

Entrevista a Leire Pajín, secretaria de Estado de Cooperación Internacional

**30**

### **En movimiento**

Las empresas  
Los voluntarios  
La sociedad

**35**

### **Tú opinas**

Cartas



# Contrastes humanitarios

Hace un año nuestra revista, al igual que la mayoría de los medios de comunicación entonces, daba cuenta de una de las crisis que probablemente haya generado una mayor movilización en la última década: la ocasionada por el *tsunami*. Después, la falta de alimentos en Níger parecía confirmar los peores presagios de un año horrible, en el que la ayuda humanitaria de urgencia se convirtió en el principal instrumento para evitar el sufrimiento de millones de personas. Un año más tarde, las luces de la información han continuado la senda de una memoria selectiva. Pero lo cierto es que aun cuando el arranque de 2006 haya pasado casi en silencio, la situación de necesidad extrema afecta ahora a un número incluso superior de personas.

Durante el primer trimestre las intervenciones de emergencia como la del cólera y en menor medida la de la meningitis nos han puesto a prueba. Lo sorprendente no ha sido la urgencia. Lo más significativo es que su aparición se ha dado en numerosos países al mismo tiempo: a Zambia le han sucedido la República Democrática del Congo, el sur de Sudán, Zimbabue y Angola. En este último país el cólera ha llegado a la capital, Luanda, con unas consecuencias que pueden ser devastadoras, ya que es una ciudad de proporciones enormes con muy precarias condiciones de saneamiento y salud. En esta carencia es donde el cólera encuentra su mejor aliado.

En caso de epidemia, las intervenciones en cólera, si están bien preparadas y llegan a tiempo, marcan la diferencia entre la vida y la muerte. Es una de las áreas de intervención en donde la medicina humanitaria ha logrado salvar más vidas *in extremis*. La efectividad de la respuesta y la capacidad de hacerle frente contrasta con el olvido informativo. Por eso hay recordar la importancia de la independencia a la hora de poder decidir los ámbitos de actuación de una organización como la nuestra.

Retornemos al *tsunami*. Nuestros equipos confirmaron la inmensidad de la tragedia, pero también –como en la mayoría de las catástrofes naturales– dieron fe de que a pesar del número enorme de muertos, había pocos

heridos y, en contra de los mensajes alarmistas, no existía una amenaza enorme de epidemia. En España, como en las demás secciones de MSF, se recaudaron más fondos que nunca. Estaba claro que, desde un punto de vista de la acción directa con las víctimas de esa catástrofe, ya habíamos recibido mucho dinero, por lo que anunciamos la interrupción de la recaudación de fondos. La reacción inmediata fue de sorpresa, pero después se ha entendido mejor nuestra decisión. Hemos logrado explicar que la ayuda humanitaria no puede estar más marcada por agendas condicionadas por intereses políticos o mediáticos que por la necesidad de las personas.

Ahí está precisamente el contraste entre el inicio de estos dos años. Con el *tsunami* las voces más alarmistas hablaban de la posibilidad de epidemias causadas por la presencia de cadáveres, pero si bien es cierto que las epidemias –como las de ahora en África– producen cadáveres, no ocurre lo mismo en sentido contrario, por paradójico que pueda resultar. Por esta razón el riesgo de epidemia después del *tsunami* era mínimo. Ahora, en cambio, una intervención urgente en África sí es capaz de establecer la diferencia.

Un año después del *tsunami* sigue haciendo falta una respuesta adecuada. Hay muchas asignaturas pendientes, en áreas como infraestructuras, comunicaciones, servicios, indemnizaciones o propiedad, una tarea de la que son responsables las administraciones locales y a la que las organizaciones como MSF no podemos aportar ni un conocimiento ni una capacidad de acción mayores de los que existen localmente. La ayuda humanitaria tiene que fijar sus límites y saber cuándo es imprescindible. Ése es el caso de las intervenciones en cólera y meningitis que estamos llevando a cabo. Tener la capacidad de hacerlo a pesar del silencio que cubre a todas estas víctimas sólo es posible desde la independencia que nos proporcionáis los socios con vuestra confianza.

## Epidemias de cólera en Zambia, Sudán y Angola

Por **Aloïs Hug** y **Cecilia Furió**,  
servicio de información

# De nuevo, el cólera

El cólera ha vuelto a golpear África. Miles de personas se han visto afectadas por epidemias en Zambia, Angola y Sudán, incluso en regiones en las que ni siquiera es endémico o que no habían sufrido brotes en diez años. Como siempre, MSF lanzó sus operativos de emergencia: se trata de una enfermedad de propagación fulminante y que puede provocar la muerte en pocos días, por lo que la rapidez de la intervención resulta crucial.



Centro de Tratamiento del Cólera MSF en Luanda, Angola

Como siempre, la enfermedad afecta ante todo a los más humildes, los que viven en las zonas más pobres y en las condiciones más precarias. Padecen, además, una fuerte estigmatización en el seno de sus comunidades. Se ven rechazados y muchas veces las autoridades se resisten a admitir la presencia de una epidemia. En el último año, MSF ha tenido que hacer frente a una ola sin precedentes de epidemias de cólera. Fueron una decena, todas ellas en capitales de África. Una tras otra, Monrovia (Liberia), Conakry (Guinea Conakry), Bissau (Guinea Bissau), Nuakchot (Mauritania) y más recientemente Lusaka (Zambia), Juba (sur de Sudán) y Luanda (Angola) se han visto afectadas por brotes de mayor o menor gravedad.

El cólera se transmite principalmente a través de alimentos o aguas infectados. Las grandes epidemias brotan generalmente en la temporada de lluvias y cuando el sistema de suministro de agua de una localidad está contaminado. Las áreas superpobladas, con malas condiciones de saneamiento e higiene, son especialmente vulnerables a una enfermedad contagiosa como el cólera.

Las epidemias suelen tener un efecto devastador en los barrios humildes de las capitales de los países en desarrollo. Estas grandes ciudades acumulan todos los factores de riesgo: superpoblación, sistemas de agua y saneamiento deficientes o inexistentes y falta de higiene. Tal fue el caso, por ejemplo, de las recientes epidemias de Lusaka, en Zambia, o Luanda, en Angola.

En Lusaka, una ciudad de 1,5 millones de habitantes donde las epidemias son tristemente recurrentes (en 2004, MSF ya hizo frente a un brote de similar importancia en la misma época del año), los primeros casos se registraron el pasado diciembre en Kanyama, un barrio popular que alberga el principal mercado de la ciudad. La enfermedad se extendió luego a otros dos barrios humildes de la capital, Chawama y George, hasta alcanzar las proporciones de epidemia. En apenas dos meses ya se habían registrado más de 4.000 casos.

En Luanda, una capital de cuatro millones de habitantes donde no se habían registrado brotes de cólera en los últimos diez años, la epidemia empezó a mediados de febrero en Boa Vista, uno de los barrios más pobres y más superpoblados, cercano al puerto, con pozos contaminados, un número limitado de letrinas y sin acceso a agua potable. Con las primeras lluvias, la epidemia se extendió luego a otros barrios de la capital y a otras provincias, como Cuanza Norte. A principios de mayo ya se habían registrado más de 27.800 casos en todo el país y 1.100 fallecidos, y la epidemia seguía creciendo a un ritmo sostenido, con más de 700 nuevos casos por día.

Juba, la nueva capital de la región autónoma del sur de Sudán, es una ciudad más pequeña —alrededor de 200.000

habitantes—, pero tras 20 años de una guerra recién terminada, carece de toda infraestructura. Estas carencias se han visto además agravadas por el retorno de miles de refugiados en el último año. Un factor especialmente agravante para el contagio de la enfermedad es el hecho de que la única fuente de agua disponible para los habitantes de la ciudad son las aguas sucias del Nilo. Los primeros casos sospechosos se detectaron a finales de enero en la ciudad de Yei, desde donde se propagó con rapidez; apenas dos semanas después ya se contabilizaban 1.860 casos y 45 fallecimientos. Oficialmente, la cifra de afectados ha superado los 5.500.

### La enfermedad de los más pobres

Como siempre, la enfermedad afecta ante todo a los más humildes, los que viven en las zonas más pobres y en las condiciones más precarias. Padecen, además, una fuerte estigmatización en el seno de la comunidad. Se ven rechazados y muchas veces las autoridades se resisten a admitir la presencia de una epidemia de cólera. “En general, la gente no quiere hablar de ello. Es una enfermedad sucia”, explica Christina Anderson, una enfermera de MSF que ha participado en la intervención de emergencia en Lusaka.

El cólera es una infección intestinal aguda de origen bacteriológico. Produce fuertes diarreas y vómitos, que pueden llevar en pocos días a un estado de deshidratación severo e incluso a la muerte si el paciente no recibe un tratamiento rápido. Pero si se atienden a tiempo, la mayoría de los enfermos se pueden tratar con un simple suero oral sin necesidad de una hospitalización. De hecho, en estas intervenciones de emergencia la inmensa mayoría de los pacientes se recuperan. En caso de deshidratación severa, en cambio, el paciente requiere una perfusión y, eventualmente, la prescripción de antibióticos.

En una comunidad que carece de los instrumentos necesarios para hacer frente a la enfermedad, una epidemia de cólera puede alcanzar una tasa de mortalidad de hasta el 50%, generalmente por falta de un centro donde tratar a los enfermos o porque reciben el tratamiento demasiado tarde. Sin embargo, con una respuesta adecuada se puede reducir esta tasa de mortalidad a uno o dos por ciento. En palabras de David Noguera, coordinador general de la emergencia en Zambia, “hay que tomar decisiones de forma muy rápida, porque en el caso del cólera el tratamiento debe ser inmediato”.

Pero para frenar una epidemia no basta con tratar a los enfermos. Es también imprescindible actuar en el ámbito de la comunidad, asegurando un buen tratamiento de los excrementos, un sistema adecuado de suministro de agua potable y el respeto de una estricta higiene en el manejo de los alimentos. La comida debe cocinarse bien y ser consumida antes de enfriarse; hay que evitar que esté en



## Epidemias de cólera

contacto con alimentos crudos, agua o hielo, y con las moscas; se debe evitar comer frutas y verduras crudas salvo si están bien peladas. También es importante lavarse bien las manos después de ir al servicio, especialmente antes de comer y beber.

### La rapidez es crucial

Las intervenciones de MSF en caso de epidemias de cólera suelen reproducir el mismo esquema. Los objetivos son dos: reducir la mortalidad entre las personas infectadas y frenar el contagio de la enfermedad. La intervención incluye cuatro grandes áreas de trabajo: el tratamiento y aislamiento de los enfermos; las labores de agua y saneamiento; las actividades de sensibilización en la comunidad; y la vigilancia epidemiológica. Todo ello supone el envío urgente de toneladas de material médico y logístico. En Luanda, por ejemplo, han sido necesarios más de 30.000 litros de suero intravenoso. “En una emergencia, el buen hacer en las dos primeras semanas de trabajo es básico, porque marca la evolución posterior de la intervención”, asegura Noguera, quien ya se ha enfrentado a otras epidemias de cólera en Somalia y la República Democrática del Congo.

Para tratar a los enfermos los equipos suelen instalar uno o varios Centros de Tratamiento de Cólera (CTC), situados en las zonas más afectadas. Allí se atienden los casos más severos, los que requieren un seguimiento intenso; por ejemplo, con la puesta de una perfusión. Estos centros suelen tener capacidad de hasta 100 pacientes, aunque en fase de emergencia, en ocasiones se pueden establecer centros más grandes. Tal fue el caso en Lusaka, donde ante la llegada masiva de nuevos pacientes a finales de enero y la falta de otro centro disponible, el CTC de George llegó a tener más de 200 pacientes. Finalmente, se abrió otro centro en el barrio de Chawama, lo que permitió aliviar la presión en el anterior.

En Luanda se instalaron tres CTC en las primeras semanas de la intervención, en los barrios de Boa Vista, Cazenga y Kilamba Kaxi, pero se vieron rápidamente desbordados. Desde febrero más de 16.000 personas han sido atendidas; en algún momento, se llegaron a acoger hasta 500 pacientes en apenas 48 horas. En Boa Vista, varios pacientes tuvieron que compartir cama. A principios de abril otro gran CTC con una capacidad de 200 camas fue instalado en el barrio de Sambizanga, una zona con entre 400.000 y 500.000 habitantes.

“El CTC de Sambizanga abrió después de una semana de trabajos y de evaluación de las condiciones de la zona por parte de un equipo móvil. Tenemos una capacidad inicial de 70 camas y una cifra proyectada de unas 200, y esta capacidad se va a completar rápidamente”, explica Mónica Camacho, Coordinadora General de MSF en Angola.

En estos centros, el equipo de MSF se encarga generalmente de implementar los protocolos médicos adecuados y de supervisar el tratamiento de los pacientes. Vela, además, por la correcta aplicación de las medidas de higiene y de saneamiento y asegura el suministro de material médico y logístico. Las medidas de higiene son fundamentales. “Tenemos que ser muy cuidadosos, lavarnos permanentemente con agua clorinada. También es muy importante que el personal local esté bien formado para que siga estrictamente las medidas de seguridad”, afirma Christina Anderson.

Los CTC se complementan muchas veces con Unidades de Tratamiento de Cólera y puntos de rehidratación oral, unas instalaciones más pequeñas donde se tratan los casos menos severos. También es importante disponer de un buen sistema de ambulancias que permita referir rápidamente los casos graves hacia los CTC. Éste es precisamente uno de los retos de estas intervenciones, la movilidad. Y no sólo por la falta de medios de transporte o por el intenso tráfico que puede encontrarse en ciudades como Luanda, sino por la seguridad en horas nocturnas. Mucha gente no llega a tiempo a los centros. “Por la noche, según las zonas, los pacientes deben esperar a que se haga de día para poder acercarse a los CTC y recibir tratamiento”, apunta Mónica Camacho.

### Prevenir nuevos brotes

La otra vertiente de la intervención consiste en cortar el contagio. Los equipos de MSF se aseguran de que los entierros se hagan de forma segura a la vez que se desinfectan las casas de los enfermos. “Lo que hacemos es visitar la casa de cada paciente para desinfectarla”, explica Christina Anderson. “Por otro lado, cada paciente al que damos el alta recibe clorina para desinfectar el agua, suero oral y jabón, con la consigna de lavarse las manos antes y después de cada comida”, añade. Los equipos de MSF también actúan para asegurar el suministro de agua clorinada en las zonas más afectadas.

Otro factor decisivo es la información. Es necesario que la población conozca las vías de transmisión de la enfermedad y la forma de prevenirla, y por esta razón las intervenciones de MSF suelen incluir actividades de sensibilización. Se recurre en general a los medios locales para hacer pasar mensajes a la población sobre las medidas de higiene o la forma de realizar entierros seguros, o se organizan pequeños espectáculos didácticos en las comunidades. En Luanda, por ejemplo, ésta ha sido una de las primeras preocupaciones, aunque los equipos son conscientes de que a menudo los resultados llegan sólo a largo plazo. Según Mónica Camacho, “cuando las condiciones de pobreza son tan críticas, estos mensajes son difíciles de transmitir”.

# Cómo ha evolucionado la respuesta de MSF al cólera



Un repaso de la historia de MSF permite apreciar la evolución de su respuesta operacional al cólera. La experiencia de MSF en esta enfermedad se inició en los campos de refugiados, donde en un primer momento su

respuesta fue puramente médica: un único tratamiento para todos los casos de cólera, fueran simples o graves, consistente en la rehidratación parenteral de los pacientes y el suministro de antibióticos. A medida que se iba ganando experiencia, la respuesta se dividió en estructuras diferenciadas para casos graves y casos simples y puntos de rehidratación oral distribuidos en los campamentos. La terapia con antibióticos se circunscribió a unos pocos casos.

Paralelamente, MSF intentó responder a las causas del cólera y limitar la propagación de las epidemias en estos campamentos. Empezó a trabajar en el suministro de agua de calidad y la mejora de la higiene en los campos. Incorporó también tareas de información, la búsqueda activa de pacientes y la epidemiología.

Más tarde MSF tuvo que intervenir en espacios abiertos y la respuesta volvió a mejorar. Destacan el establecimiento de los lazaretos (unidades de atención de ciertos casos graves que necesitan rehidratación parenteral) y la importancia dada a la epidemiología en el seguimiento, con el fin de prever la evolución geográfica de la epidemia y aportar respuestas preventivas (información, preposicionamiento de materiales, etcétera).

El análisis del contexto y de la enfermedad influye en las decisiones operacionales: debe tenerse en cuenta si el cólera es endémico o no, y la evolución de las últimas epidemias en una zona concreta. Por ejemplo, los desplazamientos de poblaciones desde una zona “virgen” hacia otra endémica pueden hacer necesaria la vacunación de los desplazados. El aislamiento de ciertas regiones debido a un conflicto y la ausencia de intercambios con otras zonas durante años pueden, en caso de epidemia de cólera, conlle-

var el riesgo de desarrollo de una epidemia a gran escala que afecte a todo un país (es lo que ha ocurrido recientemente en Angola). En un contexto como éste, una intervención de MSF requiere tiempo y financiación para una preparación adecuada de los materiales y los recursos humanos.

Además, MSF debe coordinarse con los demás actores implicados en la respuesta (autoridades sanitarias, Organización Mundial de la Salud u otras ONG). La presencia de muchos actores puede dar como resultado enfoques operacionales, respuestas y prioridades diferentes, incluso posturas de negación de la epidemia, casi siempre por razones políticas locales o nacionales. Es aquí donde la comprensión del contexto cobra toda su importancia.

La siguiente etapa podría ser la utilización de vacunas, no sólo en el marco de un campo de refugiados, sino de forma más amplia, como medida preventiva. Se aplicarían antes de la aparición de casos en una zona o en los primeros momentos de una epidemia, siempre teniendo en cuenta las especificidades de las vacunas, así como sus limitaciones (la necesidad de realizar dos rondas de administración) y las dudas sobre su eficacia real en poblaciones con inmunodeficiencias.

Aun cuando las respuestas estén correctamente codificadas, cada epidemia es diferente y por tanto la respuesta nunca será la misma en cuanto a los aspectos técnicos, las prioridades o las opciones elegidas. El cólera demuestra la importancia de la evolución de la respuesta operacional en relación con el conocimiento de la enfermedad, la población y el contexto.

## Epidemias de cólera

Cómo responde MSF a una epidemia de cólera.

Lusaka, Zambia, enero 2006

Fotografías y texto de **Juan Carlos Tomasi**, periodista

**Para hacer frente a una epidemia lo prioritario es tratar a las personas afectadas y detener el ciclo infeccioso. Si no se trata, el cólera acaba con la vida de sus víctimas en pocos días e incluso horas. Éstos son los pasos a seguir ►**



### A. Instalación del Centro de Tratamiento del Cólera (CTC)

Una vez declarada la epidemia, se construye o instala un CTC teniendo en cuenta dos criterios: las posibilidades de ampliación, en el caso de que la epidemia se agrave, y la accesibilidad para la población y las ambulancias.



#### 1 Lusaka, Zambia

**5.898**

Casos registrados de cólera

**4.633**

Casos tratados por MSF

#### 2 Juba, Sur Sudán

**5.568**

Casos registrados de cólera

**2.342**

Casos tratados por MSF

#### 3 Luanda, Angola

**27.800**

Casos registrados de cólera\*

**16.000**

Casos tratados por MSF\*\*

\* Datos facilitados por el Ministerio de Salud de Angola.

\*\* MSF empezó su intervención de emergencia el 13 de febrero, cuando se oficializó la epidemia. Los datos corresponden a la capital, Luanda, con fecha de 5 de mayo. Actualmente la organización está ampliando sus actividades a otras zonas del país, pero aún no hay datos.



**D. Tratamiento** Cuando llega el paciente al Centro de Tratamiento del Cólera, se procede a su rehidratación oral con Ringer y otras soluciones salinas. Se ha llegado a suministrar soluciones salinas de rehidratación oral a un 95% de los pacientes. Al recibir el alta médica, al paciente le habrán sido suministrados una media de entre 8 y 10 litros de Ringer (suero endovenoso con distintas sales) y 10 bolsas de 1 litro de suero oral.



**G. Suministro de agua potable** MSF no sólo trata a los pacientes. Un especialista en agua y saneamiento de la organización trabaja para intentar frenar la propagación de la epidemia. También se asegura a la población el suministro de agua potable, en cantidad y calidad, con la instalación de depósitos de agua en los barrios con mayor número de casos. En Lusaka se instalaron nueve depósitos de 10.000 litros.





### **B. Instalación de las Unidades de Tratamiento del Cólera (UTC)**

Las UTC están situadas en los barrios donde han surgido brotes epidémicos. Las personas con síntomas de la enfermedad son atendidas en primer lugar en estos centros. Allí se realiza la primera criba para, según los casos, transferirlas al Centro de Tratamiento del Cólera, mandarlas a casa o mantenerlas un tiempo prudencial en observación.



**C. Traslado de pacientes** Tras realizar la historia clínica del paciente y aplicar criterios médicos si se requiere, se transfiere al paciente al Centro de Tratamiento del Cólera en una ambulancia acondicionada para su transporte.



**E. Suministro de agua clorada en el CTC** Las previsiones para un Centro de Tratamiento del Cólera con 250 camas son de 60 litros de agua por paciente y día. Debe haber agua suficiente para beber, lavarse y desinfectarse. Al mismo tiempo hay que tener en cuenta el agua necesaria para las soluciones de cloro. En los CTC se utilizan tres tipos de soluciones de cloro concentradas para labores de desinfección.



**F. Desinfección del CTC** En el Centro de Tratamiento del Cólera el agua utilizada no se tira directamente al suelo, ni a la red de alcantarillado si la hubiera, ya que la epidemia se propagaría rápidamente al contaminar la tierra y el agua de los regadíos. También el suelo, las instalaciones, la ropa de los pacientes y las sábanas se han de desinfectar con cloro.



**H. Desinfección de las casas** Otra función importante del especialista en agua y saneamiento es la de crear y gestionar los equipos de personas que realizan la desinfección de las casas de los pacientes registrados en nuestros centros. También se encargan de explicar a los familiares cómo evitar nuevos contagios.



**I. Información** Es necesario que la población conozca las vías de transmisión de la enfermedad y la forma de prevenirla, y por esta razón las intervenciones de MSF suelen incluir actividades de sensibilización. MSF recurre, en general, a medios locales para pasar mensajes sobre las medidas de higiene o la forma de realizar entierros seguros. También se organizan espectáculos didácticos en las comunidades.

# “Mi vida con VIH/sida”

Ser seropositivo ya no es una sentencia de muerte. La mayoría de los pacientes que reciben tratamiento con antirretrovirales (ARV) puede vivir con relativa buena salud y llevar una vida plena y feliz. Médicos Sin Fronteras facilitó cámaras a varios pacientes que viven con el VIH/sida en Kibera, un enorme barrio de Nairobi, y les pidió que documentaran sus vidas con fotografías y palabras. Éstas son sus historias.\*



**Catherine Atieno** Soy seropositiva. Tengo cuatro hijos. Mi hija pequeña, Joanne, también tiene el virus.



Ésta soy yo con mi marido y mis dos hijos mayores, antes de saber que era seropositiva en 2001. Yo no me encontraba mal, pero mi tercera hija, Joanne, estaba enferma desde que nació. No sabía qué le pasaba. Mis primeros dos hijos estaban bien y yo me preguntaba: “¿Qué clase de hija he tenido?”.

Un día la llevé al hospital. Fue el peor día de mi vida. Una asesora me pidió que me sentase y me dijo que a Joanne le habían hecho la prueba del VIH y había dado positivo. Fue un verdadero golpe para mí. ¿Dónde había cogido mi hija la enfermedad? ¿Era por mi culpa o de mi marido?

Cuando regresé a casa se lo dije a mi marido. No me creyó. Intenté convencerle para que él también se hiciera la prueba, pero se negó.

\* Más historias disponibles en [www.msf.es](http://www.msf.es)





Decidí ir a MSF para que me hiciesen de nuevo los análisis. El resultado fue positivo. Les pregunté: “¿Por qué? ¿He llegado al final de mi vida?”

Me dijeron: “Catherine, no vas a morir. Continúa haciendo planes. Dentro de unos meses volveremos a hacerte los análisis y, si lo necesitas, te daremos antirretrovirales. Podrás vivir una vida normal!”.

Ahora Joanne tiene cinco años y medio, y es una niña preciosa. Antes estaba enferma y la gente veía que era seropositiva sólo con mirarla. Cuando tenía dos años, pesaba sólo seis kilos y no podía andar.

Le dieron medicamentos para tratar las infecciones oportunistas y alimentos para bebés, así que empezó a ganar peso. Al cabo de seis meses podía andar y hablar, y las enfermedades que padecía desaparecieron.

Le doy antirretrovirales cada día. Tengo que partir las píldoras por la mitad para que pueda tomar la dosis correcta. Es bastante difícil y me da miedo darle menos de lo que necesita, porque al partir las pastillas algunos trocitos pueden perderse.

Cuando me hicieron el recuento de linfocitos CD4 en 2003, estaba a 136. En la clínica me dijeron que como el nivel era bastante bajo, me recetarían ARV.

Mi marido seguía sin creer que yo era seropositiva. Cuando le dije que deberíamos utilizar preservativos durante el acto sexual, se negó y dijo: “Si es así, te dejaré tranquila”. Y se fue.



Así fue durante algún tiempo y me quedé sola con los niños. Éstos son dos de mis hijos. Mi hija mayor me cuidó cuando estaba enferma. Es una buena chica.

Una noche alguien llamó a la puerta; era mi marido. No sabía que sería él. En África

se supone que debes respetar a tu marido.

Para entonces, había ganado peso y estaba guapa. En realidad, es una historia triste. Mi marido se abalanzó sobre mí esa noche. Mi mala suerte quiso que me quedase embarazada.



Ésta soy yo con Florence. Es la enfermera que me ayudó cuando estaba embarazada. ¡Por eso la quiero tanto!

Cuando la prueba del embarazo dio positivo, lloré. Quería abortar. Pero Florence me convenció para que no lo hiciese. Me dijo que me ayudaría.

Cuando estaba casi en mi séptimo mes de gestación, mis asesores me hablaron de la Nevirapina. Es un medicamento para ayudar a que el bebé no contraiga el VIH de la madre. Debes tomarlo cuando empiezan los dolores del parto.

A partir de entonces, iba a todas partes con la Nevirapina en mi bolso porque no sabía cuándo iba a dar a luz.



Al final tuve suerte. Tenía miedo de morir durante el embarazo o que el bebé fuera prematuro, pero el bebé fue normal y yo estaba bien. ¡Por eso decidí llamarle Lucky Grace!

Tengo que darle antibióticos cada día hasta que cumpla los 18 meses. Entonces podrán hacerle los análisis del VIH. No se los pueden hacer antes, porque todavía tiene mis anticuerpos y podría dar positivo sin serlo.

No le di el pecho. Le di leche artificial durante los primeros seis meses. Esto también reduce las posibilidades de que yo pueda transmitirle el VIH. La leche artificial es muy cara, pero mi jefe decidió dármela porque mi sueldo no bastaba para alimentarme a mí y a mi familia, pagar el alquiler y además comprar la leche.

Ahora tiene un año y dos meses y está bien. Es normal. No contrae enfermedades como le ocurría a Joanne, ya anda y puede decir “mamá”.



Ahora estoy fuerte y trabajo de limpiadora en una clínica. Parte de mi trabajo consiste en llevar muestras de sangre para las pruebas del VIH de la clínica al laboratorio. También soy yo quien se encarga de recoger los resultados al día siguiente.

Es un trabajo importante: son los resultados de las pruebas del VIH de muchas personas.



Ésta es mi familia. Se negaron a ponerse la ropa buena para la foto.

Me dijeron: “¡Mamá, déjanos salir en al foto así, tal como vamos!”.

Mi hija mayor tiene 12 años y el niño ocho. Aquí está el bebé con su jarabe.

Cada día tengo que acordarme de mis ARV, de los de Joanne y del jarabe del bebé. Por suerte, mi sobrina me ayuda.

Cuando me vieron llegar con una cámara, mis hijos estaban fuera de sí de alegría. ¡Vinieron corriendo y me pidieron que les hiciese fotos!





**Charles Sako** He vivido en Kibera desde hace más de 10 años. Cuando supe que era VIH-positivo, estaba estudiando para ser maestro de primaria en la región de Mount Kenya.



Vivo en Kibera desde hace más de 10 años. Cuando supe que era seropositivo, estaba estudiando para ser maestro de primaria. Tenía grandes planes, quería salir de Kenia y viajar a otros países.

Mi madre me mantenía. En lugar de comprar tierra y construir una casa, se gastó el dinero en mis estudios. Depositó todas sus esperanzas en mí, y yo todas las mías en mi formación.

No pude acabar el curso porque continuamente estaba enfermo y tenían que ingresarme en el hospital. Tenía diarrea aguda y no paraba de vomitar. Cuando el médico en el hospital me dijo que me quería hacer los análisis del VIH, me negué. Aunque sabía que seguramente era seropositivo, tenía miedo de que se descubriese y me expulsaran de la escuela. Finalmente, un día vino el médico y me dijo: “Quiero un hemograma completo”. No me explicó que significaba que iban a hacer la prueba del VIH.

Di positivo.



Fue muy duro. El hospital dio a conocer los resultados a mi escuela y el jefe de estudios me dijo: “Aquí enseñamos a gente activa, no enseñaremos a gente que no participe”.

Tuve que dejar la escuela.

Estaba muy enfadado y me maldecía a mí mismo: “¿Por qué yo? ¿Por qué no otro?”.

Mi madre no dejaba de llorar y cuando se lo dije a mi hermano, se deprimió. Yo era el mayor y se suponía que debía tirar de los demás. Mi hermano pequeño no pudo continuar su escolarización porque no había dinero. Todos dependían de mí. Pensaban que todo había terminado.



Me sentía muy triste e impotente. No veía ningún futuro. Sabía que las personas con VIH eran tratadas como parias.

Me preguntaba a mí mismo: “¿Ahora qué? ¿Dónde podré conseguir la medicación? ¿Me casaré y tendré hijos?”. No podía dormir.

Caminé por las vías del tren pensando si no sería mejor que me atropellase uno. Sería una forma más fácil de morir.



Me fui a vivir a casa de un amigo pero no le dije que era seropositivo.

No teníamos luz, sólo una pequeña vela. Había un grifo fuera, pero a veces ni siquiera podíamos pagar los dos chelines para comprar un bidón de agua y no me podía ni lavar. Sólo podíamos comprar verdura, ni carne ni pescado.

Solíamos compartir una cama, donde yo dormía cuando él se iba a trabajar.

Una vez me dijo: “Charles, ¿tu cuerpo desprende escamas? ¿Qué enfermedad tienes?”. Pensé que ésa era la forma que tenía de decirme “estoy harto de ti, vete y búscate tu propia casa”.



Conocí a un asesor, Tom, en una clínica gestionada por MSF. Hablamos y hablamos de mis problemas.

Me hicieron el recuento de linfocitos CD4 para ver si debía empezar a tomar antirretrovirales (ARV). Mi nivel de CD4 era de 20. Estaba acabado.

Generalmente hay que empezar a tomar ARV cuando estás por debajo de los 200 linfocitos. Yo estaba muy por debajo.

Me considero una persona muy afortunada. Los medicamentos han cambiado mi vida. ¡Caía en picado y ahora estoy remontando!



Empezar a tomar ARV fue muy difícil. Aunque no me ocasionó efectos secundarios importantes, perdí el apetito.

Después de cuatro meses empecé a notar un cambio. Me sentía más fuerte y ya podía estar de pie durante horas.

Encontré un empleo como trabajador social en una escuela para niños huérfanos debido al VIH. Me bastaba para pagar el alquiler de una pequeña casa en Kibera.

Nunca me olvido de tomar la medicación; la adherencia es muy importante. Siempre me pongo el despertador para acordarme de tomar mis medicamentos.

Sé que todo saldrá bien mientras haya tratamiento disponible. Rezo para no desarrollar resistencias a la combinación que estoy tomando ahora.



Me hice esta foto fuera de la casa de mi amigo en Kibera.

Hay desagües y basura por todas partes; estábamos intentando limpiarlo. Hice la foto para demostrar que estoy fuerte y puedo trabajar.



Conocí a otras personas que vivían con el VIH/sida. Formamos grupos de apoyo y hablamos mucho.

La gente ya sabe que el VIH no significa una sentencia de muerte.

Me enamoré de una chica que también es seropositiva y decidimos irnos a vivir juntos. Cuando nos conocimos nos dijimos: “Dios los cría y ellos se juntan”.

Queremos comprar un terreno y construir una casa. Ser seropositivos no significa que no podamos tener relaciones. Somos seres humanos normales.



Ahora trabajo como recepcionista en una clínica de VIH. Me gusta porque trato con personas que son seropositivas como yo.

En los dos últimos años las cosas han cambiado mucho para mí. He engordado y estoy muy ocupado en el trabajo. Sé que conseguiré todo lo que quiera y mi familia obtendrá la recompensa de mi trabajo. Todos se rieron de mi madre cuando se supo que yo era seropositivo, pero ahora puedo ayudarla.

Todo se lo debo a los medicamentos. No sé qué habría pasado si MSF no me hubiera dado gratuitamente el tratamiento. Muchas personas habrían muerto, yo entre ellas.

El tratamiento debería ser gratuito para todos. Los países africanos no han elegido ser pobres. ¡El VIH es un problema global y hasta África está en el globo!



# MSF desde el terreno

Por el servicio de información

## 1 Níger

### Nuevo proyecto de desnutrición

MSF España ha abierto un nuevo proyecto en Níger para tratar la desnutrición infantil en la región de Tahoua. De momento ya están en funcionamiento un CRENI (centro de nutrición terapéutica intensiva) en el distrito de Madaoua y dos centros de tratamiento ambulatorio. En la primera semana de abril se registraron 120 admisiones, 50 de niños con desnutrición severa y el resto con desnutrición moderada. El número de casos sigue aumentando a pesar de que el *hunger gap*, el periodo de escasez de alimentos durante el cual la población subsiste con las escasas reservas de las que dispone, no empieza hasta junio.

Durante el año 2005 MSF trató a más de 62.000 niños con desnutrición severa en Níger.

La crisis nutricional en este país no es sólo fruto de la fatalidad –el año pasado, la sequía y la plaga de langostas arruinó parte de las cosechas–, o de la falta de alimentos en los mercados. El verdadero problema es que la mayor parte de la población no tiene dinero suficiente para comprarlos. Además, la población con menos recursos tampoco puede acceder a los servicios sanitarios porque son de pago.



© JUAN CARLOS TOMASI

## 2 Pakistán

### Seis meses después del terremoto

El 8 de octubre de 2005, un terremoto de 7,6 puntos en la escala de Richter sacudió el norte de Pakistán e India. Según datos oficiales, el seísmo causó 76.000 muertos y 80.000 heridos y 3 millones de personas se quedaron sin hogar.

MSF empezó a trabajar el día después. En el momento más álgido de la intervención, 150 trabajadores internacionales y 450 nacionales estaban en 18 emplazamientos en Pakistán –entre ellos algunos campos de desplazados– y 3 en India. La asistencia consistió sobre todo en atención sanitaria básica, cirugía, vacunaciones, fisioterapia, salud mental y distribución de material. La llegada del invierno y la orografía de la región obligaron a hacer grandes esfuerzos para que el material de abrigo y de construcción llegara a los damnificados.

Aunque en algunas zonas las condiciones eran muy duras, el invierno fue más suave de lo esperado y no hubo emergencias médicas. En marzo, ya se había distribuido gran parte de la ayuda y tratado a los heridos. Con la llegada de la primavera, el gobierno está organizando el regreso de los desplazados a sus aldeas.

Actualmente MSF sigue trabajando en Pakistán con un equipo de 310 personas.



© PAOLO PELLEGRIN

## 3 Tanzania

### Miles de refugiados, obligados a volver a Burundi

A principios de marzo MSF decidió intervenir en uno de los tres centros de acogida temporal del distrito de Kibondo, en la región tanzana de Kigoma, fronteriza con Burundi. En la zona había también tres campos de refugiados. La inseguridad alimenticia y la violencia son las causas por las que miles de burundeses han cruzado la frontera, algunos incluso después de atravesar su país de punta a punta. Sin embargo, a principios de abril las autoridades tanzanas obligaron a volver a unas cuatro mil personas a Burundi. Se tuvo que cerrar los centros de acogida temporal. ACNUR se encargó de asistir a los desplazados con entregas de comida y ayuda humanitaria en territorio burundés. MSF expresó su preocupación por que estos refugiados, muchos de ellos mujeres y niños, tuvieran que afrontar a su vuelta los dos peligros de los que habían huido: la desnutrición y la violencia.



© MSF





#### 4 Somalia

### Campaña de vacunación contra el sarampión

A mediados de marzo, MSF puso en marcha una campaña de vacunación masiva contra el sarampión en los distritos de Mahaday y Jowhar, en la región Middle Shabelle, al oeste de Somalia, con el objetivo de vacunar a toda la población entre los seis meses y los 15 años. En el distrito de Mahaday y en la ciudad de Jowhar la vacunación ya se ha completado. Un total de 12.000 niños han sido vacunados, lo que supone un 98 y un 99% de cobertura respectivamente. El sábado 15 de abril se empezó a trabajar en el distrito de Jowhar, donde la población diana es de 20.000 niños. Está previsto que la vacunación finalice la última semana de abril.

Cada año el sarampión acaba con la vida de 450.000 personas en todo el mundo (1.200 al día como media), en su mayoría niños. El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas que existen, por lo que casi todos los niños no vacunados contraen la enfermedad. Los síntomas –flujo nasal, tos, infección ocular y erupción cutánea– aparecen entre 10 y 14 días después de la exposición al virus. Hay diferentes niveles de gravedad y las muertes por sarampión se deben generalmente a complicaciones como la neumonía, diarreas (deshidratación) e infecciones respiratorias.



© STEFANI PLEGER

#### 5 RDC

### Campaña de vacunación masiva contra el sarampión

Durante 12 días consecutivos, más de 500 personas han trabajado en coordinación con MSF para completar la campaña de vacunación masiva contra el sarampión en Mbuji Mayi, en la provincia oriental de Kasai, República Democrática del Congo. En total, se ha vacunado a más de 359.000 niños –más del 97% de toda la población infantil prevista–, de edades comprendidas entre los 6 meses y los 5 años.

Mbuji Mayi es una ciudad de más de dos millones de habitantes, en torno a la que hay 10 zonas de salud. Se instalaron más de cien puntos de vacunación en todas las zonas, en los que uno o dos equipos vacunaron a miles de niños.

El equipo de MSF que colaboró con el personal sanitario local durante la campaña lo formaron 10 expatriados y algunos logistas del equipo de emergencia de MSF en RDC. Una vez acabada esta campaña de vacunación, se prevé seguir proporcionando tratamiento gratuito de sarampión en cuatro centros de salud y otros tantos hospitales hasta finales de abril.



© JULIE KERLEROUX

#### 6 Guinea Bissau

### Evaluación de la situación de los desplazados en el norte del país

Los enfrentamientos entre los rebeldes del Movimiento de Fuerzas Democráticas de Casamance (MFDC, en sus siglas en inglés), grupo independentista de la provincia senegalesa de Casamance, y el ejército de Guinea Bissau han causado importantes desplazamientos de población en el norte del país.

Ciudades y aldeas enteras de esta región fronteriza están desiertas y se calcula que aproximadamente 5.500 personas han huido. De estos desplazados, aproximadamente 3.000 se encuentran en las ciudades próximas de Ingoré y Cacheu y en un campo improvisado cerca de Bourkadie. Las otras 2.500 han buscado refugio cruzando la frontera, en Senegal. La mayoría se alojan en casas de familiares en la ciudad de Ziguinchor.

MSF está realizando una misión exploratoria en la zona para comprobar la situación de los desplazados y evaluar si es necesaria una intervención de emergencia en la región.



© PEDRO CABELEIRA

# Etiopía: la maldición del kala azar

**E**n toda Etiopía MSF combate los efectos devastadores de enfermedades como la malaria, el kala azar, la tuberculosis (TB) o el VIH/sida.

En el noroeste del país, en Addis Zemen, MSF tiene un proyecto de atención y tratamiento de la leishmaniasis visceral o kala azar. Transmitido por la picadura de la mosca de la arena, que inyecta un parásito en la sangre, el kala azar ataca el sistema inmunológico causando fiebre, debilidad generalizada, aumento del tamaño del bazo y anemia. Sin tratamiento, esta enfermedad es casi siempre mortal. Muchas infecciones y muertes

nunca se conocerán, ya que las personas que sufren el kala azar suelen vivir en lugares remotos, donde apenas hay centros sanitarios.

MSF ha tratado a más de 60.000 pacientes con kala azar en África desde 1998. Pero nuestros esfuerzos se ven obstaculizados porque los medicamentos que habitualmente se usan como terapia de primera línea son antiguos, tóxicos, caros y poco prácticos para su utilización en países pobres. Las pruebas de diagnóstico rápido apenas comienzan a introducirse, y se hace necesario garantizar un precio asequible.



01



02

**01** Una grave epidemia de kala azar, una enfermedad poco conocida y mortal, azotó la región de Amhara, al noroeste de Etiopía, en el verano de 2005.

**02** Gracias a la insistencia de un equipo de MSF, presente en la región, se pudo diagnosticar esta enfermedad, hasta entonces desconocida en el centro del país.





03



04

**03** Al llegar, muchos pacientes sufren de desnutrición aguda. Por ello, además de la medicación contra el kala azar –una inyección diaria durante un mes–, muchos reciben tratamiento nutricional.

**04** En el pequeño municipio rural de Bura, de unos 6.000 habitantes, murieron más de 150 personas y se contabilizaron numerosos enfermos. Al principio de la epidemia, a los enfermos más graves se les envió a un hospital de MSF, que tiene un centro de tratamiento en el norte del país.



05



06

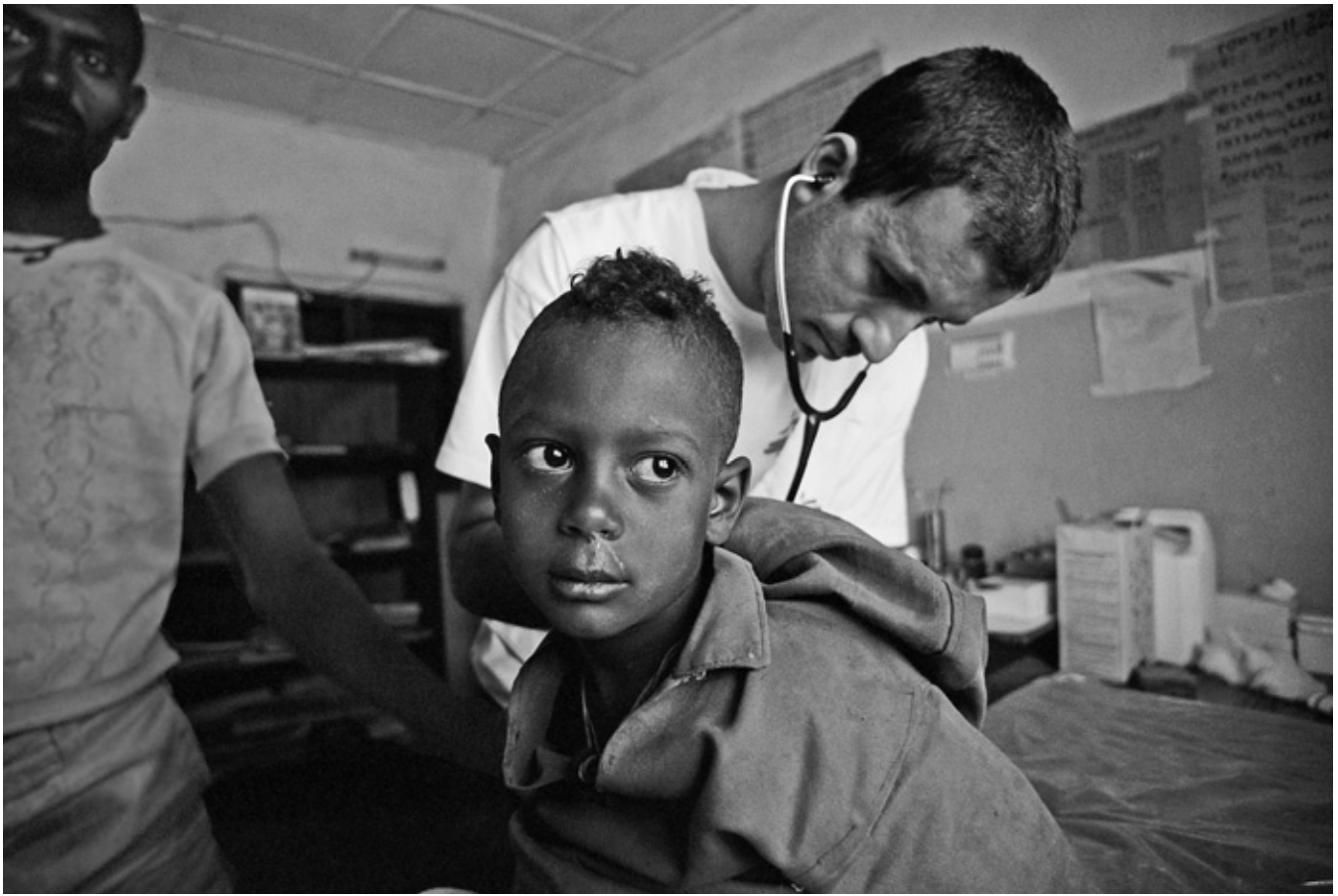
**05** El pequeño hospital de Addis Zemen ha sido acondicionado para atender a los numerosos enfermos. Hoy, cerca de 100 pacientes reciben tratamiento en el

centro y otros tantos en el resto del municipio.

**06** Las primeras muertes sospechosas se produjeron el pasado otoño y poco a poco fueron en aumento. Las autoridades sanitarias locales pensaron que se trataba de

una epidemia de malaria y prescribieron a los pacientes el tratamiento correspondiente.





07



08

**07** Al comprobar que la medicación no hacía efecto, el equipo de MSF inició una investigación. Aunque la región no era conocida como una zona endémica de kala

azar, pensaron que ésta podía ser la causa de tantas muertes. Finalmente, a principios de mayo, las pruebas de laboratorio confirmaron sus sospechas.

**08** En Addis Zemen también se tratan otras patologías asociadas al kala azar, como la neumonía o la anemia.





09



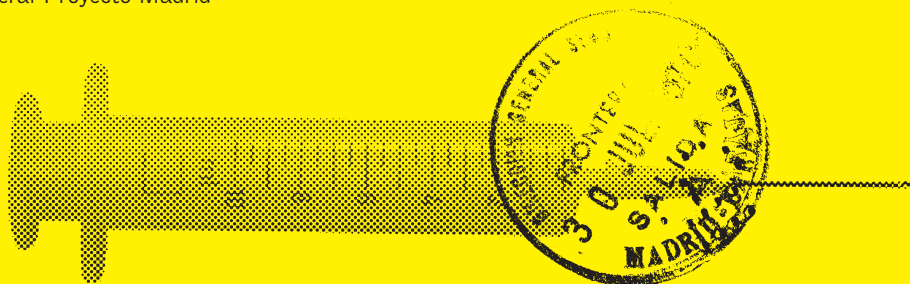
10

**09** En cuanto mejora el estado de los pacientes, se les da el alta y un equipo médico se encarga de visitarles a diario para inyectarles el tratamiento

hasta que finalice el periodo prescrito de un mes.

**10** Se ha descubierto que en algunas zonas de África el kala azar se transmite a través de la mosca de la arena durante una época concreta del año. En las zonas endémicas

la mosca está presente de septiembre a marzo.



# Limitaciones al ejercicio del derecho de los inmigrantes indocumentados a la asistencia sanitaria

La población inmigrante indocumentada de origen africano sobrevive en pésimas condiciones dentro de nuestras fronteras. Un 38% de los indocumentados atendidos por MSF durante el año de duración del Proyecto Madrid presentaban problemas de salud y no recibían tratamiento médico adecuado al no cumplir los requisitos exigidos para obtener la tarjeta sanitaria.

**E**l drama de la inmigración subsahariana se produce también dentro de nuestras fronteras. Lejos de los focos con que los medios de comunicación cubren su traumática llegada, acaban después viviendo entre nosotros, sufriendo las consecuencias de unas políticas restrictivas que les condenan a la marginalidad y el abandono.

Desde julio de 2002, el Ministerio del Interior traslada a la península a los inmigrantes originarios de diversos países, especialmente del África Subsahariana (ISS), que consiguen cruzar nuestra frontera sur. Ceuta, Melilla y el archipiélago de las Canarias son espacios limitados y, ante la saturación de sus centros de retención de inmigrantes, éstos son trasladados a la península para distribuirlos entre

las diferentes comunidades autónomas. Nuestras leyes establecen que los inmigrantes detenidos en nuestras fronteras, tras pasar 40 días en un centro de internamiento sin que pueda procederse a su expulsión, deben de ser puestos en libertad. Desde 2002 más de 20.000 personas han corrido esa suerte. Dado que tan sólo 3 de cada 10 ISS llegados a España en esas circunstancias pueden ser repatriados, la pregunta es: ¿qué ocurre con el resto?

La realidad demuestra que la dificultad para identificar su nacionalidad, unida a la falta de convenios de readmisión entre el Gobierno español y sus respectivos países de origen, hacen que en la práctica reciban un tratamiento de castigo. Esto se manifiesta en la tramitación de una orden de expulsión de imposible cumplimiento, que impide la

entrada en territorio nacional por periodos de cinco años a personas que ya están aquí. Esta absurda situación impide a los ISS afectados regularizar su situación, trabajar y vivir de forma autónoma. Sin documentación y sin recursos no pueden empadronarse, requisito imprescindible para acceder a la tarjeta sanitaria (TSI). Sus precarias condiciones de vida repercuten en su salud, y la carencia de TSI les impide recibir el tratamiento adecuado cuando caen enfermos.

Desde 2000 MSF ha venido desarrollando proyectos de asistencia médico-humanitaria a la población inmigrante en Tarifa, Ceuta y Fuerteventura. Consciente de que los problemas continuaban para aquellos que no veían sus expectativas frustradas contra una valla o sumergidas sin remedio en el mar, MSF puso en marcha un proyecto en Madrid para subrayar la magnitud de un problema que exige una respuesta inmediata de las autoridades responsables.

### Una situación kafkiana

Las cifras recogidas por MSF en el informe final del proyecto Madrid<sup>1</sup>(noviembre de 2004–diciembre de 2005), muestran que un 65% de la población atendida (inmigrantes indocumentados procedentes del continente africano) carecía de tarjeta sanitaria. Esto se debía fundamentalmente a la falta de autorización para empadronarse, por ausencia de alojamiento y/o ausencia de documento de identidad. Es fácil presumir que un inmigrante indocumentado, sobre el que además pesa una orden de expulsión que le impide trabajar legalmente, carezca de recursos para poder acreditar el uso y disfrute de una vivienda y cumplir los requisitos que le permitan recibir una asistencia médica adecuada cuando esté enfermo. En esta kafkiana situación se encontraban un 38% de los inmigrantes enfermos atendidos por el proyecto. Es obligado mencionar que si bien la ley de Extranjería prevé en su artículo 12 el acceso de los inmigrantes indocumentados a tratamiento, vía urgencias, hasta su alta médica, en la práctica la asistencia se mantiene hasta el alta hospitalaria, desde donde son remitidos a su médico de cabecera para continuar con el tratamiento. Por ello, aquellos que no disponen de tarjeta sanitaria presentan enormes dificultades para completar el tratamiento, al no tener acceso a la atención primaria, la especializada o los medicamentos precisos. Esta situación provoca abandonos de tratamientos médicos, especialmente preocupantes en casos de enfermedades crónicas o graves. Las precarias condiciones de vida en las se ven obligados a vivir los inmigrantes (sin trabajo, sin alojamiento, mal alimentados), determinan su grado de vulnerabilidad social y sanitaria.

Mientras el debate político en Europa se centra en buscar la manera más eficaz de rechazarlos, ellos ya están viviendo entre nosotros. En sus largos viajes han sido robados, humillados y golpeados; han sufrido hambre, sed y

enfermedades. Miles se siguen quedando por el camino. A esa realidad no es ajena una política de visados restrictiva y miope impuesta desde las Cancillerías europeas, que fuerza a la clandestinidad. Y ello a pesar de la demanda permanente de mano de obra en diversos sectores de nuestra economía. Quien a pesar de todo osa traspasar los muros con los que nos hemos rodeado, queda sistemáticamente condenado a la marginalidad, no vaya a correr la voz de que les tratamos con humanidad y vengan otros a intentar compartir una pequeña parte de nuestro bienestar.

Recientemente se publicó la noticia de que para este verano entrarán en funcionamiento los 10 kilómetros de la sirga tridimensional que se está construyendo en el perímetro fronterizo de Melilla. Recordemos que en sus inmediaciones el pasado otoño murieron al menos ocho inmigrantes subsaharianos y hubo cientos de heridos, víctimas de disparos, apaleamientos, pelletazos de goma y un largo etcétera de horrores. Violencia en estado puro. Este nuevo artilugio para fortificarnos aún más si cabe está financiado por la Unión Europea con un coste de 20 millones de euros. El responsable de la empresa concesionaria de las obras para su instalación declaró a la prensa local: “Se han hecho pruebas con escaladores profesionales que han tenido que ir salvando las dificultades que entrañan trepar una primera verja –inclinada hacia Marruecos en un 10 por ciento–, la caída en la sirga desde una altura de seis metros, el deslumbramiento de los focos y el picor en los ojos del agua con pimienta, proyectada por chorros a alta presión”. Suponemos que con los escaladores se ahorraron la pimienta, no se les vaya a acabar para cuando este verano lleguen los de verdad. Quizá algún día, esperemos no muy lejano, sintamos vergüenza por cómo se está gestionando este tema y digamos basta.

Tal vez si fuéramos capaces de ver más allá del “fenómeno” que la inmigración representa, cargado de cifras y estadísticas, nos encontraríamos cara a cara con seres humanos. Si por un momento nos metiéramos en su piel, podríamos imaginar la angustia de sus padres, esposas o hermanos, esperando sus noticias. Todos los indocumentados que hemos atendido en nuestro proyecto mienten a sus familias diciéndoles que todo va bien, que no se preocupen, a pesar de que aquí las estén pasando canutas. Aunque es de sobras conocido, conviene recordar que de los 50 países más pobres del mundo, 35 están en África. Allí se juntan la guerra, el hambre, las enfermedades y todo tipo de calamidades, los auténticos culpables de los movimientos de una mínima parte de su población hacia nuestras fronteras. Por eso llama la atención ese doble discurso político, que por un lado justifica la inmigración y por otro la reprime sin piedad, aun a costa de llevarse por delante los principios más elementales. Y lo hace ante nuestra indiferencia o nuestro silencio cómplice.





## Asamblea General 2006

Este año se celebra la vigésima edición de la Asamblea General de MSF-E. Es un año especial ya que tenemos importantes decisiones que tomar en ella. Desde hace más de un año estamos inmersos en un proceso internacional de reflexión, cuyo objetivo es reevaluar el marco operativo de la organización a la luz de los desafíos externos y los cambios internos que han afectado profundamente a nuestra organización. Será en esta asamblea donde debatamos el documento resultante, el cual nos deberá guiar a partir de ahora, aunque el proceso es algo vivo que no termina aquí.

Queremos aprovechar el aniversario de nuestra sección para reflexionar sobre los retos, logros y carencias de estos dos decenios. Otro tema es el VIH/sida. El objetivo es analizar nuestras intervenciones, así como el dilema de la finalización de proyectos. El compromiso de MSF acaba y ya hemos demostrado que se pueden ejecutar proyectos de sida en África con buenos resultados, pero ahora, ¿quién toma el testigo? ¿Hasta cuándo puede o debe MSF continuar?

Éstas y otras muchas cuestiones van a ser compartidas durante estos dos días en la Asamblea General que se celebrará en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona los días 3 y 4 de junio de 2006. Como siempre, estáis invitados.

## Alerta 2006!: menos conflictos, pero las mismas crisis humanitarias

La Escola de Cultura de Pau de la Universidad Autónoma de Barcelona ha presentado el informe *Alerta 2006!* El documento repasa la evolución de la escena internacional en 2005 a partir de indicadores sobre conflictos, contextos de tensión, crisis humanitarias, procesos de paz, derechos humanos o desarme. El anuario, editado con la colaboración de MSF, apunta avances importantes, como la reducción de la cifra de conflictos, aunque esta realidad no parece estar acompañada de un mayor compromiso de la comunidad internacional con la construcción de la paz o con la respuesta a emergencias.

Así, a pesar de que las negociaciones han acabado con guerras tan devastadoras como la del sur de Sudán o la de Aceh, y de que haya 35 procesos de paz y un millón de combatientes en desarme o desmovilización, persisten otros 21 conflictos, 23 escenarios de tensión susceptibles de escalada (como Chad o República Centroafricana) y 43 crisis humanitarias, como las de la República Democrática del Congo, Níger, Colombia o el Cáucaso.

Para la Escola, *Alerta 2006!* refleja los desafíos pero también las oportunidades que aguardan a la comunidad internacional: "Cada vez hay más gobiernos y sociedades comprometidas con una agenda para la paz". MSF, por su parte, lamenta que tantas crisis humanitarias sigan quedando sin respuesta.

## La tuberculosis es una emergencia global sin respuesta

El pasado 24 de marzo, Día Mundial de la Tuberculosis (TB), MSF advirtió de que con nueve millones de nuevos casos, esta enfermedad está fuera de control, pues mata a dos millones de personas al año y es la mayor causa de muerte en pacientes coinfectados con sida. El 99% de estos fallecimientos ocurre en el mundo en desarrollo.

El medicamento que se utiliza en la actualidad data de hace 40 años y debe tomarse durante un periodo de tiempo de entre seis y ocho meses, con el riesgo de perder su eficacia si se interrumpe. En cuanto al diagnóstico aún se sigue empleando un método que tiene más de cien años de antigüedad y que apenas sirve para detectar el 50% de los casos. Son algunas de las dificultades que afrontan los pacientes de TB y nuestros equipos en los 79 proyectos presentes en 27 países. MSF considera que la necesidad de dosis fijas combinadas y de un esfuerzo mayor en I+D es más apremiante que la fijación de objetivos sin aplicación real, como el de la "erradicación de la TB en el año 2050", según predice la OMS.



# 20...



## MSF exhorta a la OMS a no ignorar los problemas de acceso a los medicamentos del VIH/sida

Cuando a finales de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA sacaron a la luz los resultados del informe sobre la iniciativa 3x5 para el tratamiento del VIH/sida, MSF expresó su preocupación por el hecho de que no se está atendiendo suficientemente la problemática de la falta de acceso a los medicamentos esenciales. En concreto, en el caso de la iniciativa mencionada, no se ha logrado el objetivo de suministrar el tratamiento antirretroviral a 3 millones de pacientes de VIH/sida en 2005. La OMS apelaba en el informe al aumento de la cobertura del tratamiento del VIH/sida, pero no abordaba la amenaza que se cierne sobre el acceso a los medicamentos de última generación, cuyo precio continúa estando fuera del alcance de la mayoría de los pacientes que lo necesitan. Otra de las amenazas que señala MSF es el cambio en la legislación efectuado por India, el país que exporta más medicamentos genéricos, pero que ahora concederá patentes a los fabricantes de medicamentos. Esto puede repercutir negativamente en el acceso a fármacos asequibles en el mundo. Los tratados de libre comercio representan otra limitación más para los esfuerzos por hacer llegar los medicamentos a los pacientes en las zonas con menos recursos.

## Sin respuesta de los laboratorios Abbott

El año pasado Abbott lanzó en Estados Unidos una nueva versión del medicamento para el VIH/sida conocido como Kaletra (lopinavir/ritonavir). Al contrario que la antigua versión, la nueva no necesita refrigeración, lo que la hace más apropiada para los climas cálidos de la mayoría de los países en desarrollo donde trabaja MSF. Pero cuando MSF solicitó información sobre el precio y la disponibilidad de este medicamento para sus pacientes, Abbott respondió que esperaría hasta que el producto se comercializara en Europa antes de proceder a su distribución en los países en desarrollo. Esto representa un retraso potencial de varios años antes de que el medicamento llegue a la mayoría de las personas que podrían beneficiarse del mismo. Este fármaco es un componente crucial del tratamiento antirretroviral para los pacientes que necesitan cambiar a una terapia de segunda línea después de haber generado resistencias al primer grupo de fármacos de su tratamiento. De momento Abbott no ha respondido al pedido realizado por MSF, en el que además se exigía el precio de compra más bajo posible. El nuevo Kaletra parece un fármaco ideado para los países en desarrollo con mayor prevalencia de sida y, sin embargo, es precisamente allí donde no está disponible.

## La vuelta a España de “Humanitarios en acción”

Repasamos la pintura, colocamos unos cuantos focos para mejorar la iluminación, hicimos unas pequeñas reparaciones y pasamos la ITV antes de tomar la carretera de nuevo. El tráiler de “Humanitarios en acción” puso en marcha el motor para emprender la segunda vuelta a España el pasado 30 de marzo. Nuestra aventura humanitaria pone a MSF en contacto con las gentes de la península Ibérica y diversas localidades de Mallorca, ya que en esta ocasión nos embarcamos allende los mares. Santander, Valladolid, Palma de Mallorca, Pamplona, San Sebastián, Mérida, Cartagena, León, Madrid, Valencia, Tarragona y Lleida son las ciudades en las que el equipo de “Humanitarios en acción” montará el campo de desplazados. En él, los ciudadanos pueden ponerse en la piel de un trabajador humanitario y así comprender mejor la tarea que desarrolla la organización en todo el mundo. Desde estas páginas te invitamos a visitar el tráiler de “Humanitarios en acción”. Consulta el calendario en la web de MSF ([www.msf.es](http://www.msf.es)) para saber si estaremos cerca de ti. Sólo te pedimos “15 minutos de tu vida para comprender la nuestra”.



# Proyecto de salud materno-infantil en un contexto de posguerra

## Hospital Benson en Monrovia, Liberia, abril 2006

Hace tres años que acabó la guerra en Liberia, pero la cultura de la violencia todavía persiste en demasiados recovecos de la sociedad liberiana. El proyecto que MSF realiza en el Benson Hospital de Monrovia es de salud reproductiva, pero con un alto componente de tratamiento a mujeres y niños que han sufrido abusos sexuales. El proyecto tiene dos grandes objetivos: disminuir la mortalidad maternal y la pediátrica.

Para ello se ha creado un hospital materno-infantil y un centro de salud. Dentro del hospital existe un bloque operatorio, un servicio de ginecología y obstetricia, y un servicio de pediatría. En el mismo hospital, sólo en 2005 se atendió a más de un millar de personas en el servicio de violencia sexual. Esta labor de la organización, poco conocida, pretende acompañar y ayudar a las víctimas tanto a nivel médico como psicológico.



En diciembre de 2004, MSF Suiza planteó a la sección española la responsabilidad de gestionar el Hospital Benson en Monrovia, capital de Liberia. Cuando se inició el proyecto, se practicaba una medicina generalista. Tras la llegada de MSF España, se reorientó hacia mujeres y niños, ya que era la población más vulnerable en ese momento.



En el servicio de obstetricia y ginecología se atienden partos, y se realizan intervenciones y cirugía mayor y menor. En la sala de postparto, están las pacientes que han acabado de parir entre 6 y 12 horas, o bien pacientes embarazadas que vienen por algún problema relacionado con el embarazo o en fase de dilatación. Hay doce camas, y a veces no hay suficiente espacio. Además de esta sala existe la sala de dilatación con ocho camas más, donde están las pacientes con trabajo de parto y tres camillas especiales preparadas para parir.





Durante el mes de marzo se atendieron 526 partos, lo que supone una media de 15 diarios. En realidad fueron 576 partos, pero un ocho por ciento son pacientes que ya vienen con el feto muerto, o bien casos en que el niño fallece antes del parto. La mortalidad materna es elevada, debido a hemorragias postparto, eclamsias, y sepsis.



También existe en el Benson el servicio de control del embarazo y planificación familiar. Se está incluyendo violencia sexual en las consultas. La paciente pasa por un control del embarazo, con un mínimo de cuatro consultas, más una después del parto. Después de éste, se las invita a una consulta en planificación familiar. En estas consultas se les informa sobre todos los métodos anticonceptivos y preventivos: DIU, implantes, píldoras, inyecciones, preservativos femeninos y masculinos...



En el servicio de pediatría la mayoría son casos de malaria, una enfermedad que afecta a muchos niños en Liberia. Es una enfermedad que con un tratamiento adecuado, y siguiendo unos protocolos, debería ser perfectamente manejable, pero en este contexto, con un sistema de salud muy precario, casi nulo, muchos de ellos fallecen. En Monrovia sólo hay dos hospitales de pediatría: el Hospital Benson, y el Island.



Durante 2005, en el Hospital Benson se ha tratado a 1.214 mujeres y niños víctimas de la violencia sexual. Se ha recibido a dos tipos de población: mujeres adultas que sufrieron violación durante el periodo bélico y prebélico, y niños menores de 18 años.



Muchas de las víctimas de violaciones acuden al hospital para obtener un certificado médico. Posteriormente acuden a la policía y llegan a un compromiso con el agresor. En este servicio también se ofrecen tratamientos profilácticos contra enfermedades sexualmente transmisibles, como el VIH, y vacunación contra la hepatitis y el tétano. También se brinda a la víctima apoyo psicológico.



La gran mayoría de mujeres violadas no denuncian el hecho ni acuden a ningún centro médico a causa de la estigmatización que sufren por parte de sus familiares y vecinos. El 30 % de las mujeres del total que llega a nuestro servicio lo hacen antes de las 72 horas.

## En otras palabras

# Entrevista a Leire Pajín

Por **Cecilia Furió**, servicio de información



# “España no es indiferente a las crisis olvidadas”

Refuerzo de la estrategia de ayuda humanitaria (AH), aprobación del Estatuto del Cooperante, reforma de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), mayor compromiso multilateral, asistencia en las crisis olvidadas... y en un escenario internacional cambiante. La Secretaria de Estado de Cooperación Internacional, Leire Pajín, repasa en esta entrevista el trabajo realizado por su departamento desde 2004 y los retos para esta segunda parte de la legislatura.

### ¿Cuáles serán los grandes ejes de su Secretaría en los dos próximos años?

Al principio nos impusimos entre las principales tareas la de aumentar la cantidad y la calidad de nuestra cooperación y mejorar la coherencia de determinadas políticas de desarrollo. Se han dado pasos importantísimos, todo ello como resultado del diálogo y consenso con todos los actores de la cooperación y con el objetivo de construir una verdadera “política de Estado” en la materia. Seguiremos empeñados, entre otras razones por eficacia, y porque el desarrollo necesita políticas a medio y largo plazo. Profundizaremos en el aumento de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), con el esfuerzo compartido de las comunidades autónomas (CCAA) y ayuntamientos, y con el objetivo de que alcance en 2008 el 0,5% de la Renta Nacional Bruta. También trabajaremos para reforzar la calidad de la ayuda, la coherencia de las políticas, la evaluación y la planificación. No obstante, sí hay un reto importante para lo que resta de legislatura y éste es la reforma de la AECI, máxime cuando verá más que

duplicado su presupuesto en pocos años. Queremos convertirla en un verdadero organismo de desarrollo.

### Una de las principales novedades para este año será el Estatuto del Cooperante.

Hace ya más de siete años que existe la Ley de Cooperación Internacional, que estableció la obligación de aprobar el Estatuto. Con el paso de los años esta obligación se ha ido convirtiendo en una deuda histórica. La necesidad de disponer de un marco jurídico era ya inaplazable. En todo este proceso, el trabajo de la Coordinadora de ONGD y la Asociación Profesional de Cooperantes ha sido determinante. Era un proyecto común, debíamos sacarlo adelante y además ha recibido ya el respaldo de ONG, CC AA y entidades locales. En concreto, recoge el aseguramiento colectivo de los cooperantes e introduce, como elemento novedoso, la obligatoriedad de suscribir un acuerdo complementario de destino, instrumento dirigido a proporcionar una mayor seguridad jurídica al cooperante. Pretendemos dignificar y reconocer esta profesión.

## **El Plan Anual de la Cooperación Internacional (PACI) 2006 prevé elevar la ayuda humanitaria (AH) al 7,1% de la AOD, superando ya el objetivo establecido por el Plan Director de la Cooperación 2005-2008.**

### **¿Podemos esperar más aumentos de aquí a 2008?**

Efectivamente, el PACI aborda la profundización del proceso de reestructuración de la ayuda humanitaria. Los fondos de emergencia y para AH han pasado del 3,7% en 2004 hasta cerca del 5% en 2005, con la previsión del 7,1% el año que viene, cumpliendo así el objetivo establecido en el Plan Director y alcanzando cifras similares a los países de nuestro entorno. Si hace falta o no aumentarla, lo iremos viendo en un futuro. No obstante, este aumento cualitativo debe ir siempre acompañado de la mejora del mecanismo de distribución de la ayuda.

En todo caso, lo que está en marcha es una serie de reformas estructurales de nuestra cooperación, que nos permitirán gestionar con eficacia los incrementos presupuestarios. El presupuesto de la AECI en ayuda humanitaria se ha cuadruplicado respecto a 2003. En estos dos años hemos intervenido en el sureste asiático, en los campamentos saharauis de Tinduf y en varios países del África Subsahariana. Pero es imprescindible seguir mejorando nuestras capacidades de coordinación, en primer lugar a nivel interno debido al creciente protagonismo de las CC AA y los ayuntamientos. También vamos a seguir intensificando nuestra participación internacional, donde la AH debe enfrentarse a nuevos retos emergentes. Sólo desde un multilateralismo activo, selectivo y estratégico podremos prevenir y afrontar con garantías los nuevos riesgos y crisis. España no es indiferente a las llamadas “crisis olvidadas” y la prevención de los conflictos.

### **¿A qué se debe la existencia de estas crisis olvidadas?**

#### **¿Puede construirse la paz sobre emergencias sin atender?**

Sin duda el olvido de muchas crisis hace imprescindible que los donantes tengan estrategias claras para abordar en el largo plazo aquellas que por razones diversas desaparecen de la actualidad política o de los medios de comunicación. Hace dos años que la AECI está introduciendo en sus presupuestos reservas para poder atender estas crisis olvidadas. En 2005 hemos respondido a la petición que el Secretario General de la ONU hizo al Gobierno en emergencias como la de los refugiados en Burundi, los proyectos de seguridad alimentaria en Malawi, la compra de cereales para la hambruna en Níger o las ayudas para paliar los efectos de la sequía y la plaga de langosta en Malí. Del mismo modo, estamos avanzando en compromisos más a largo plazo en crisis profundas como Sudán, donde nos hemos comprometido a destinar al menos 30 millones de euros en tres años. En 2006 España también contribuirá al Fondo Central de Respuesta ante

Emergencias de la ONU, con un compromiso financiero al mismo nivel que el de Estados Unidos.

En cuanto a la construcción de la paz, no será posible si no hay desarrollo humano sostenible, ni habrá desarrollo humano sin paz. Debemos trabajar para sentar las bases de un desarrollo a largo plazo desde el inicio, buscando una continuidad y coherencia con las posteriores fases de reconstrucción, rehabilitación y desarrollo, y fortaleciendo los mecanismos de prevención de desastres.

### **Un reciente informe del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) hablaba de una AH “militarizada”. A MSF le preocupa esta confusión entre lo militar y lo humanitario.**

Aunque complejo, en este asunto hay que respetar un conjunto de valores y principios que deben regir la AH: la necesidad de respetar los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia. Estos principios han encontrado su plasmación en diversos textos internacionales, tanto en la esfera de las ONGD como en los organismos internacionales. España no se ha quedado atrás. El Plan Director dedica un apartado a los valores de la AH y define nítidamente sus principios, instrumentos y gestores. Además, se está elaborando una estrategia de ayuda humanitaria, para lo cual se ha formado un grupo en el seno del Consejo de Cooperación con la Administración y la sociedad civil. En todo caso, la ayuda de emergencia debe ser eficaz. En la práctica eso implica que necesita límites claros con otros ámbitos para poder llevarse a cabo, así como principios y valores claros y un enfoque profesional. Las sinergias entre los actores son por supuesto posibles, pero desde el respeto escrupuloso a los valores y especificidades de cada uno, no desde la mezcla y la confusión entre unos y otros.

### **¿Cómo valora el trabajo de MSF? ¿Qué mejoraría?**

Creo que MSF, como muchas otras organizaciones, tiene acreditado su trabajo y creo que también tiene sus propios retos en esta nueva etapa de la cooperación. MSF ha estado siempre en primera línea, manteniendo, además, su independencia y capacidad de crítica. Valoro la profesionalidad que he visto en el terreno, desde la imparcialidad y la exigencia de la coherencia en dar respuestas. Lo pude comprobar en Sudán. Como reto, creo que MSF tiene que reflexionar sobre el papel que debe tener en esta etapa donde todos compartimos el objetivo de dar un salto cualitativo en nuestra cooperación. De hecho, para el conjunto del sector, en esta etapa estar a la altura de los retos no es sólo una obligación del Gobierno, sino también una necesidad de la sociedad civil.



# En movimiento Las empresas

Por **Rafa Carrascosa**, servicio de marketing



## Círculo de empresas solidarias

El Círculo de Empresas Solidarias se amplía con la incorporación de Caja Guadalajara. Nuestra delegada en Madrid, Elena Martínez, recogió un cheque de 10.000 euros que el presidente de Caja de Guadalajara, José Luis Ros, entregó para el Fondo de Emergencias de MSF. La ayuda proviene de las aportaciones de clientes de la entidad para catástrofes y enfermedades, y de la contribución de la Obra Social de la caja. Ros elogió la labor de MSF: "Organizaciones como ésta permiten trasladar nuestra solidaridad de manera rápida y con la seguridad de que las personas laceradas por guerras o catástrofes naturales encontrarán ayuda y una valiosa experiencia".

**Animamos a todas las empresas a unirse al Círculo de Empresas Solidarias MSF para hacer llegar nuestra labor al máximo número de personas.**

## Patrocinios de "Humanitarios en acción"

En las relaciones con empresas también buscamos donaciones en especie o prestaciones de servicios gratuitas, a veces ligadas a eventos concretos. Éste es el caso de la exposición itinerante "Humanitarios en Acción", que en parte es posible gracias al apoyo de las siguientes empresas.

Hotusa Hotels aloja en sus hoteles al equipo. De ciudad en ciudad, éste se desplaza en un vehículo cedido por Seat. Oído y Rec se han encargado del doblaje de los audios de la exposición, mientras que HP y Epson nos han cedido dos ordenadores portátiles y dos videoproyectores. Infojobs facilita la búsqueda de recursos humanos a través de un espacio gratuito en su web, y Giraud ofreció un precio especial por la tractora del remolque. El patrocinio es otra forma de colaborar con MSF y contribuir a nuestra labor de sensibilización.



## Informe 2005 del fondo de emergencias

Acabamos de publicar el *Informe 2005 del Fondo de Emergencias*, con el cual pudimos prestar asistencia a casi 240.000 personas, en parte gracias a las aportaciones de empresas, ayuntamientos y otras entidades. En 2005 las empresas donaron más de 300.000 euros para víctimas de emergencias. Entre los donantes del Fondo figuran cajas de ahorros como Caja Madrid, Caja Castilla La Mancha, Caixa Sabadell o Caja Badajoz, y empresas como MARP Marketing y Producto, RBC Dexia, Aceros Bergara, Sitel Ibérica, Unión Naval de Valencia o Tecsidel. Otros donantes fueron los ayuntamientos de Huércal, Carmona, Cendea de Galar, Artica, Piélagos y Olula del Río.

El Fondo destinó 4,33 millones de euros a emergencias como la del *tsunami*, la epidemia de Marburg en Angola, la crisis nutricional en Níger o los afectados por el terremoto de Pakistán.



Caja Guadalajara



Entrevista a **Joan Vall**, socio de **Audihispana**, por Jordi Passola, director de comunicación

## “La ética, la transparencia y la rendición de cuentas tienen que formar parte proactiva de toda organización”

**Audihispana audita las cuentas de balance y de resultados de MSF desde 2003. Desde el año pasado, verifica también las cuentas de algunas misiones en el terreno. Joan Vall ha estado recientemente en Kenia.**

### **¿Cuál era el objetivo de tu visita como auditor a la misión en Kenia?**

El objetivo principal y alcance del trabajo era auditar las cuentas y contabilidad del proyecto de VIH/sida que MSF desarrolla en Kenia. Verificar y obtener la seguridad razonable de que las cuentas están libres de errores o irregularidades. Para ello, hemos tenido que realizar una revisión de las cuentas de balance y de resultados, así como una evaluación de los procesos de control internos existentes en la organización.

### **¿Qué te parece la iniciativa de realizar auditorías de las misiones en el terreno?**

El año pasado ya se aprobó la realización anual de una auditoría externa de una misión de MSF, concretamente los proyectos en Colombia. Para este año se decidió hacerlo con el proyecto en Kenia. Hemos de tener en cuenta que la misión social que lleva a cabo la organización se produce en los proyectos de terreno y que este coste supone aproximadamente un 70% del total. Asimismo, el conocimiento del funcionamiento de la organización es fundamental para que el auditor pueda hacer su trabajo, y este conocimiento se consigue más que nada visitando los proyectos *in situ*.

### **¿Qué importancia crees que tienen para las ONG las acciones de transparencia y rendición de cuentas?**

La ética, la transparencia y la rendición de cuentas tienen que formar parte proactiva de toda organización, por el cambiante escenario de los actores humanitarios, pero también y sobre todo por el compromiso con los socios y donantes. Cómo se gasta el dinero una organización no lucrativa es quizá una de las mayores preocupaciones de los donantes, ya sean empresas o particulares, y todo aquello que se haga para garantizar y mejorar el buen funcionamiento de la gestión de la organización es altamente positivo.

### **¿Cómo valoras, más allá de la vertiente profesional, la visita a un proyecto?**

Personalmente, ha sido una de las experiencias más positivas que he tenido. He podido comprobar la labor que realizan muchos profesionales que colaboran con MSF (expatriados y personal local); su motivación, madurez, sentido de la responsabilidad y sociabilidad son realmente admirables. Los problemas estructurales que afectan al sector de la salud pública, junto a la falta de financiación y de voluntad política para identificar y aplicar soluciones, constituyen las principales barreras que impiden que millones de personas tengan acceso al tratamiento que necesitan. MSF, además de ofrecer acción humanitaria, trabaja intensamente para lograr que los gobiernos y otros actores hagan lo mismo.

# En movimiento Los voluntarios

Por **Carmen Escalante**, delegación de Buenos Aires



Plasencia

## Circuito solidario

La exposición “Crisis olvidadas, vidas ignoradas” no deja de circular y seguir sensibilizando a quienes la visitan. En esta ocasión recaló en Alicante. La delegación de MSF en Valencia ha firmado un convenio de colaboración con la Diputación de Alicante para el año 2006 con el fin de acercar esta muestra fotográfica a 12 localidades de la provincia, dentro del llamado “Circuito solidario”. La coordinación de las exposiciones y las charlas inaugurales están a cargo del grupo de voluntarios de Alicante.

Las crisis olvidadas también han llegado a Torrelavega y Portugalete con importante afluencia de público y acompañadas por charlas de expatriados, que a través de sus experiencias en terreno ilustraron la realidad de las poblaciones más ignoradas.

## Acercar experiencias al ámbito sanitario

El testimonio de algunos profesionales de MSF ha llegado hasta los colegas sanitarios que ejercen o se forman en un entorno diferente al que se encuentran en las misiones en el terreno. Poniéndoles voz a las poblaciones de Sudán, Liberia, la RDC, Guatemala o Angola, han contado sus experiencias en espacios sanitarios de diversos puntos de Andalucía: el Hospital Materno Infantil de Málaga, las Jornadas MIR R3 de MFyC en Granada o las Jornadas Norte y Sur organizadas por la Asociación de Estudiantes de Medicina en Sevilla.

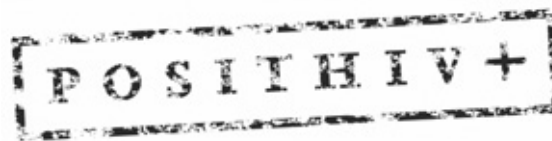
También a Extremadura han llegado testimonios en primera persona de las experiencias con MSF, como en el Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres, la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Plasencia o las IX Jornadas de Residentes del SEMFyC celebradas en Badajoz.

## Uniando fuerzas

MSF participó un año más en las Jornadas por la Paz en el IES Murillo de Sevilla, organizadas por varios institutos de enseñanza secundaria de la capital andaluza. También MSF compartió con otras organizaciones como Amnistía Internacional o Intermón Oxfam una mesa redonda titulada “La sanidad y la mujer”, celebrada en Málaga con motivo del Día de la Mujer. Y junto a Unicef, Cáritas y Entreculturas, asistimos al II Encuentro sobre Cooperación Internacional “Pobreza Cero”, organizado por la Universidad de Málaga y celebrado en la Casa de la Cultura de Alhaurín el Grande.



“Crisis olvidadas, vidas ignoradas” en Alicante



## Posithiv+

La exposición “Posithiv+” continúa recalando en distintas ciudades para mostrar la introducción del tratamiento antirretroviral en el África Subsahariana. En esta ocasión fue expuesta con una excelente acogida en el Centro Cívico El Pilar de Vitoria-Gasteiz. Para acompañar la muestra se celebró una multitudinaria charla junto con la Comisión Anti Sida de Álava.



# En movimiento La sociedad

Por **Carmen Escalante**, delegación de Buenos Aires



Colegio Ciudad de Córdoba

## MSF: Música Sin Fronteras

Implicarse con MSF es fácil y nuestros socios cada día nos sorprenden con iniciativas de lo más originales. La Asociación de Vecinos 'El Perchel' del barrio de Santiago, en Ciudad Real, organizó un festival de la canción y el baile y recaudó 1.500 euros. Además, con motivo del aniversario de la sala Azahar de Rivas Vaciamadrid, la Delegación de Madrid desempolvó sus pantalones de cuero y se sumó al Concierto Pop 80 con grupos como El Norte, Los Limones, La Trampa, Dr. Livingstone Supongo y José Bulevar; la recaudación alcanzó los 1.200 euros.

Hasta mayo de 2006 continúa celebrándose el Ciclo de Conciertos con y en el palau Robert de Barcelona. La recaudación por la venta de entradas se destina por completo a MSF (con una media de 450 euros por concierto).



Sala Azahar



Los Limones

## Solidaridad al estilo inglés

El profesor de inglés y ya experimentado corredor de maratones Dan James protagonizó el pasado mes de febrero en Valencia una curiosa iniciativa solidaria muy habitual en los países anglosajones, pero todavía poco conocida en España. Se comprometió a terminar los 42 kilómetros de la Maratón de Valencia en un tiempo máximo de tres horas y media. A cambio, consiguió el compromiso de cientos de personas a entregar una cantidad a MSF en concepto de donativo. En un día con climatología adversa y mucho viento, alcanzó finalmente su objetivo y entregó a MSF un total de 1.500 euros.



Dan James

## Alumnos solidarios

Unos alumnos del instituto Jaume Vicens Vives de Girona organizaron un concurso de redacción y dibujo con el lema "A través de la escritura y del dibujo podemos colaborar en favor de la Paz". Con los dibujos y poesías ganadores hicieron tarjetas de felicitación para Navidad y el total recaudado (640 euros) se ha entregado a MSF.

Por su parte, un año más los alumnos de primaria del colegio madrileño SEK Ciudadcampo organizaron su maratón solidario. Cuantos más kilómetros completen, más donan sus patrocinadores a MSF. Llegamos a los 5.000 euros, que contribuirán a financiar nuestro trabajo en la RDC. Y en la línea de actividades deportivas solidarias, los alumnos del colegio Ciudad de Córdoba organizaron un partido especial a beneficio de MSF con el que recaudaron 800 euros.

## Coros de Santa Águeda

Los tradicionales coros bilbaínos de Santa Águeda han recaudado fondos para los proyectos de MSF. Esta tradición muy arraigada en la sociedad vasca ha servido también para dar a conocer la labor de nuestra organización. Y hablando de tradiciones, el colegio Kuetu de Sestao realizó su mercadillo solidario a favor de MSF por sexto año consecutivo.

MSF  
**REVISTA EDICIÓN DIGITAL**  
5.5.2006

---

## Ahora la revista de MSF también en la pantalla de tu ordenador.

A partir de este número dispones de una nueva versión digital de esta revista en [msf.es](http://msf.es).

Una edición que te permitirá ampliar contenidos, encontrar información más detallada de nuestros proyectos, e información en formato multimedia.

La revista MSF digital, además, es una forma muy práctica de ayudarnos a hacer llegar nuestro trabajo a personas que todavía no nos conocen. Por eso, te pedimos que te conviertas en nuestro portavoz y la compartas con familiares o amigos.

Si deseas recibirla llama al **902 250 902** o envíanos un e-mail a [sas@msf.es](mailto:sas@msf.es).

# Tú opinas

## Carta

Buenos días, Juan Antonio:

Quería comentarte un tema. Como socio vuestro recibo periódicamente las revistas en mi domicilio. Al final, toda esa información en papel o bien la reciclo o bien intento ponerla a disposición de personas a las que puede interesar.

Creo que MSF debería hacer un esfuerzo facilitando que aquellos socios/as que así lo quisieran pudieran recibir la revista sólo en formato electrónico. Esta medida ahorraría bastante tiempo y dinero, que se podrían dedicar a otros fines, y de paso contribuiría a la sostenibilidad del medio ambiente. ¿Es posible? ¿Habéis pensado en ello?

En caso de que aún no fuera posible, os agradecería que transmitierais esta propuesta a quien corresponda y que la considerarais adecuadamente.

Espero respuesta.

Gracias y un saludo,

**Francisco Fernández Martínez, Murcia**

Nº de socio 81860

Apreciado Paco,

Muchas gracias por hacernos llegar tu pregunta.

MSF se edita tanto en papel como en formato electrónico. Este último se envía a todos los socios y donantes de cuya dirección de correo electrónico disponemos. Si tú también quieres recibirla, sólo tienes que comunicarnos tu dirección de correo electrónico. Si quisieras recibir únicamente la versión electrónica y no la versión en papel, nos lo tendrías que comunicar expresamente llamando a nuestro número de atención al socio (902 250 902) o mandándonos un e-mail a la dirección [sas@msf.es](mailto:sas@msf.es).

En cuanto a la difusión de nuestras publicaciones, te informamos de que todas se “cuelgan” en la web de MSF para que cualquier persona pueda acceder a ellas. En MSF

creemos que la revista es una herramienta fundamental tanto para rendir cuentas a nuestros socios y colaboradores como para difundir nuestra labor a las personas que todavía no nos conocen. Por esto os pedimos que la compartáis con familiares, amigos o compañeros del trabajo. Y por esto creemos que es interesante recibirla tanto en papel como en formato electrónico ya que es la forma de poder darle una mayor difusión. Respecto al coste e impacto ecológico que esto supone –entendemos que es algo que puede preocupar a nuestros socios–, decirte que gracias al trato especial recibido por nuestros proveedores hemos conseguido un precio muy ajustado (el precio unitario es de 0,21 euros, IVA incluido). Del mismo modo, la revista y los sobres se producen íntegramente con papel ecológico.

Por último, queremos remarcar que ante todo es el socio quien debe decidir libremente si quiere o no recibir la revista y por qué canal (desde el Servicio de Atención al Socio atenderemos cualquier solicitud). En cualquier caso, insistimos en que el mero hecho de que la revista sirva para que conozcáis mejor nuestro trabajo y el destino de vuestras aportaciones compensa largamente el coste que representa. Si además se difunde a otras personas, muchísimo mejor.

Espero que con esta información hayamos contestado a las dudas que nos habías planteado.

Muchas gracias y recibe un cordial saludo,

**Juan Antonio Moya**

Servicio de atención al socio





\* Edición digital de la revista MSF disponible en [www.msf.es](http://www.msf.es)

902 250 902

[www.msf.es](http://www.msf.es)\*

