



LA EMERGENCIA QUE NO CESA

SUFRIR EN SILENCIO
EN REPÚBLICA
DEMOCRÁTICA DEL CONGO

ÍNDICE

1

**ANTECEDENTES:
GUERRA Y CAOS EN 1992-2013**

2

**VIOLENCIA CONTRA
LA POBLACIÓN CIVIL,
EL PERSONAL HUMANITARIO
Y LOS SERVICIOS MÉDICOS**

3

**DESPLAZAMIENTO INTERNO:
NI UN LUGAR SEGURO AL QUE IR**

4

BROTOS EPIDÉMICOS

5

SIN ATENCIÓN MÉDICA

6

CONCLUSIÓN

CRÉDITOS

© 2014 Médicos Sin Fronteras

Foto de portada: © Giulio Di Sturco, 2013

Montaje y diseño: Atomodesign.nl

Médicos Sin Fronteras

Nou de la Rambla 26

08001 Barcelona

www.msf.es



RESUMEN

República Democrática del Congo (RDC) lleva años sumida en la emergencia: el persistente conflicto en las provincias del este del país, al que se suma la inestabilidad en otras regiones, se traduce en recurrentes crisis humanitarias y brotes epidémicos.

En las zonas afectadas por el conflicto, los integrantes de las numerosas milicias y grupos armados no parecen distinguir entre civiles y combatientes, como tampoco lo hacen los soldados del Ejército regular (Fuerzas Armadas de la República Democrática del Congo, FARDC). La neutralidad de los servicios médicos, los principios humanitarios o la ética médica apenas se respetan: MSF ha visto a hombres armados entrando en los hospitales y acosando a los pacientes, clínicas abandonadas porque el personal sanitario es amenazado o huye de la violencia, servicios de salud saqueados, e historias clínicas confiscadas en violación de la confidencialidad a la que todo paciente tiene derecho.

Mientras tanto, el Consejo de Seguridad de la ONU ha autorizado a su misión en el país (Misión de Estabilización MONUSCO, la antigua MONUC) a neutralizar a los grupos armados que se oponen a la autoridad del Estado. Dado que las intervenciones de la MONUSCO, fuertemente armada, se efectúan en vehículos muy similares a los que utilizan las organizaciones humanitarias, la percepción de la neutralidad de la ayuda médico-humanitaria se ha visto peligrosamente comprometida.

Los combates han forzado el desplazamiento de millones de personas. Según estimaciones de la ONU, en diciembre de 2013, 2,96 millones de congoleños eran desplazados internos¹, cerca de un 90% de ellos en las provincias de Kivu Norte, Kivu Sur, Oriental y Katanga². Un gran número de desplazados han sido acogidos por familias o permanecen escondidos en los bosques: están fuera del alcance de las organizaciones humanitarias, tienen enormes dificultades para conseguir comida y agua potable, y reciben muy poca o ninguna atención médica o asistencia humanitaria.

La ayuda a los desplazados en el este de RDC va dirigida mayoritariamente a la pequeña proporción de personas que han conseguido llegar a los campos situados cerca de los núcleos urbanos. Incluso así, las distribuciones de comida y de artículos de primera necesidad en estos campos suelen realizarse de forma irregular, y generalmente en cantidades insuficientes para cubrir las necesidades reales.

Las organizaciones de ayuda operan dentro de un sistema humanitario rígido, que no permite dar una respuesta ni rápida ni efectiva a las necesidades más críticas. Estas organizaciones se concentran mayoritariamente en los núcleos urbanos, y llama poderosamente la atención su total ausencia de las zonas rurales más remotas, donde de hecho vive la gran mayoría de la población.

Todos los años se producen en el este de RDC brotes de enfermedades como la malaria, el cólera y el sarampión, pero en la mayoría de los casos el sistema de salud no es capaz de prevenirlos ni tampoco de dar una respuesta eficaz.

Tanto el sistema público de salud como muchos de los programas gestionados por organizaciones no gubernamentales se basan en la recuperación de costes: el paciente debe pagar por cada servicio médico que recibe. Esto, en un país en el que la gran mayoría de la población vive con menos de 1,5 euros al día, y solo una de cada cuatro personas tiene un puesto de salud a menos de 5 kilómetros de su casa³.

Aunque el sistema nacional de salud, en teoría, garantiza la gratuidad de la atención médica en caso de urgencia, en el este del país las autoridades son incapaces de garantizar esta atención. Como resultado de ello, una mujer con un parto obstruido puede tener que pagar más de 35 euros para que se le practique una cesárea, y ello a pesar de vivir en zona de conflicto.

“

Gran parte
de este
sufrimiento
es evitable.

”

Tras la violencia desatada en Pinga, Vumilla Kísuba huyó con su marido a Malemo. Nada más llegar, allí también estallaron combates. Kivu Norte, septiembre de 2013.

Este informe de la organización internacional médico-humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF) expone, mediante datos médicos* y testimonios de pacientes y personal sanitario, el verdadero alcance de la emergencia que cada día sufre la población congoleña, en particular los habitantes de las provincias del este del país que son escenario del conflicto.

Gran parte de este sufrimiento es evitable. MSF considera que existen una serie de medidas concretas que, de ser aplicadas, tendrían un impacto real, reduciendo el número de muertes innecesarias y mejorando la vida diaria de la población del este de RDC.

*Si bien aún deben consolidarse y analizarse los datos de 2013 para todo el país, de momento estos no muestran cambios significativos respecto a años anteriores. Persiste la tendencia registrada hasta 2012, tal y como queda reflejada en el presente informe.

LOS CIVILES, LOS TRABAJADORES HUMANITARIOS Y LOS SERVICIOS DE SALUD DEBEN SER RESPETADOS

■ Respetar a la población civil

MSF ha podido comprobar en el terreno que los grupos armados y las milicias no parecen distinguir entre civiles y combatientes. MSF ha sido testigo directo de las consecuencias de estos atropellos, y ha escuchado de primera mano numerosos relatos de abusos, acoso, ataques selectivos y masacres perpetrados contra la población civil por toda una serie de grupos armados. MSF reclama a todos los actores armados, incluyendo a las FARDC y a la MONUSCO, que respeten a los civiles, a los trabajadores humanitarios y los servicios de salud. La neutralidad de la acción

En 2012, llevamos a cabo

Más de

1.600.000

consultas médicas gratuitas

Tratamos a casi

500.000

personas con malaria

Vacunamos a más de

480.000

personas contra el sarampión

Realizamos más de

110.000

consultas prenatales a mujeres embarazadas

Tratamos a más de

4.000

supervivientes de violencia sexual

Ingresamos a más de

90.000

pacientes en nuestros hospitales en RDC

© Giulio Di Sturco

humanitaria debe ser respetada por todas las partes, incluida la ONU, que debe identificar claramente a sus efectivos militares para distinguirlos de sus empleados civiles.

■ Respetar los servicios de salud

Ni enfermos ni heridos son combatientes. Para que el personal sanitario pueda actuar con imparcialidad y priorizar la prestación de asistencia atendiendo solamente a motivos médicos, los emplazamientos en los que trabaja (ambulancias, clínicas móviles, puestos de salud y hospitales) deben ser espacios seguros y neutrales. La neutralidad de los servicios médicos debe ser respetada por todos los grupos armados, incluidas la MONUSCO, la nueva Brigada de Intervención de la ONU (bajo el mando de la anterior) y el Ejército congoleño.

LA AYUDA HUMANITARIA DEBE SER REFORZADA

■ Debe centrarse en las necesidades

La provisión de asistencia humanitaria en RDC debería ser inmediata, flexible y adecuada, especialmente cuando se produzcan emergencias. La ayuda debería estar guiada por las necesidades reales de las personas, y no por el lugar en el que se encuentren o por los intereses de la agenda política (como la estabilización de la región o la consolidación de la autoridad estatal).

■ Debe llegar a los desplazados *ocultos*

Deben redoblar esfuerzos para llegar a los desplazados acogidos temporalmente por familias o que siguen escondidos en los bosques: constituyen un grupo muy vulnerable cuyas necesidades no están siendo atendidas por las organizaciones y agencias humanitarias, que se centran en asistir solo a quienes están asentados en campos de desplazados y en zonas urbanas.

LAS BARRERAS ECONÓMICAS A LA ATENCIÓN SANITARIA DEBEN ELIMINARSE, Y LA RESPUESTA A EPIDEMIAS, MEJORAR

■ Los pacientes vulnerables no deben pagar por la atención médica

El importe que los pacientes deben pagar, por muy pequeño que sea, es una barrera que impide el acceso de muchas personas muy vulnerables a los servicios de salud, sobre todo en zonas afectadas por el conflicto. Los proveedores de salud, y en especial los que trabajan en estas áreas, deben actuar para reducir estas barreras económicas.

■ Debe reforzarse la prevención de epidemias y la respuesta inmediata cuando ocurren

Además de las vacunaciones rutinarias integrales y de la mejora de la infraestructura sanitaria, urge una mayor transparencia en las tasas de cobertura vacunal, así como una mejor cooperación a la hora de combatir brotes de enfermedades.

MSF EN RDC

MSF proporciona en RDC más atención médica de emergencia que en cualquier otro país del mundo. En 2012, realizamos más de 1,6 millones de consultas médicas gratuitas, tratamos a casi medio millón de personas con malaria, ingresamos a más de 90.000 pacientes en nuestros hospitales, y tratamos a más de 4.000 supervivientes de violencia sexual. Desde 2008, MSF ha vacunado a más de 5 millones de niños contra el sarampión y pasado consulta prenatal de calidad a casi 500.000 mujeres embarazadas. Pero el volumen de necesidades que quedan sin cubrir es tan enorme que el trabajo de MSF es como una gota de agua en el océano.

PRINCIPALES INTERVENCIONES DE MSF POR VOLUMEN DE GASTO



El gasto total de los programas de MSF en estos 10 países fue de

324 MILLONES DE EUROS en 2012



DEL PRESUPUESTO OPERACIONAL DE MSF

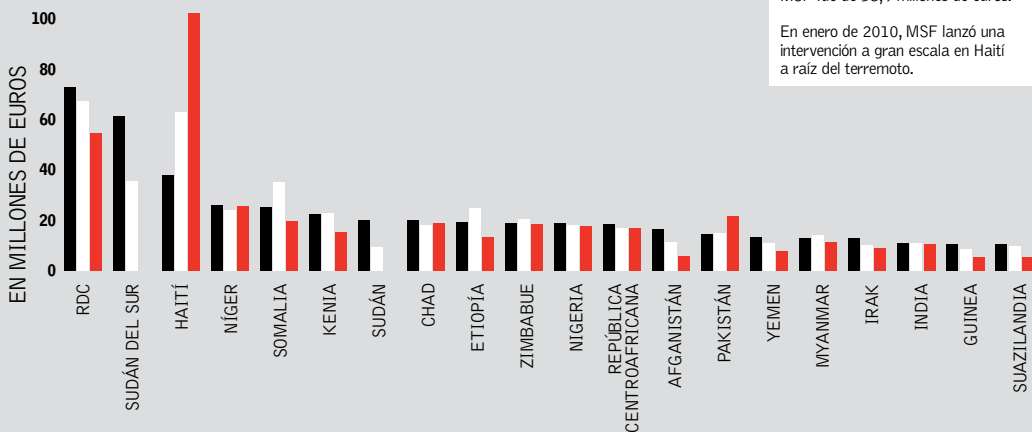


PROYECTOS DE MSF EN RDC

MSF desarrolla proyectos médico-humanitarios en siete provincias: Katanga, Maniema, Kivu Norte, Kivu Sur, Provincia Oriental, Ecuador y la ciudad de Kinshasa. Además, el equipo de emergencia de MSF responde a emergencias en estas provincias y en otras.

PAÍSES CON MAYOR VOLUMEN DE GASTO DE MSF

Países en los que el gasto de MSF supera los 10 millones de euros



En 2010, Sudán y Sudán del Sur eran un solo país, y el gasto total de MSF fue de 38,9 millones de euros.

En enero de 2010, MSF lanzó una intervención a gran escala en Haití a raíz del terremoto.

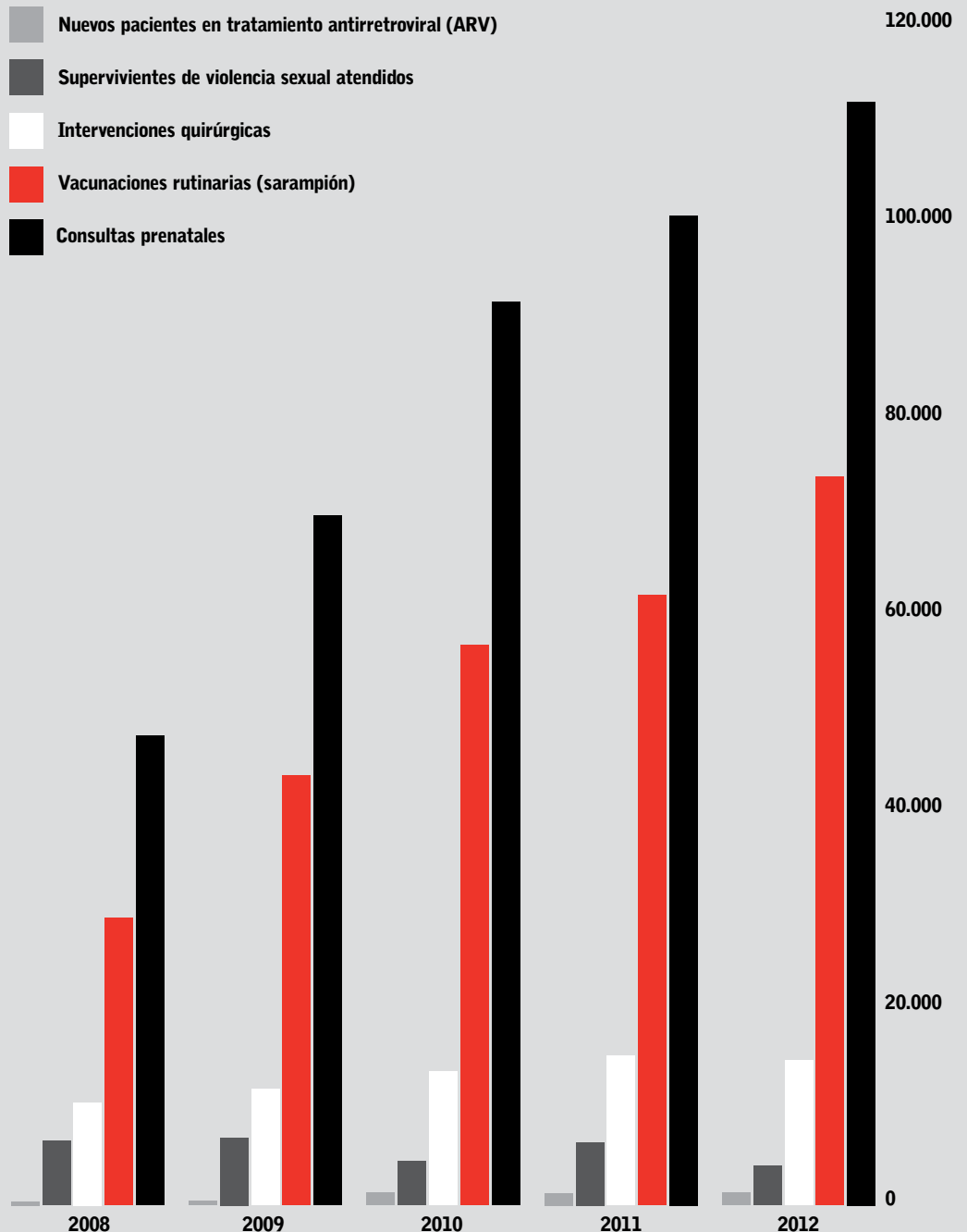
NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS

Proyectos de MSF en RDC en 2008-2012



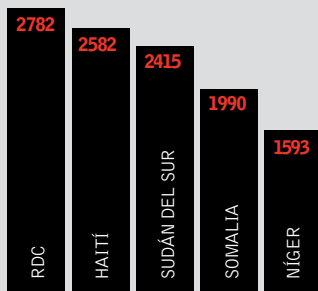
PRINCIPALES DATOS MÉDICOS

Proyectos de MSF en RDC en 2008-2012



RECURSOS HUMANOS

Principales intervenciones de MSF por volumen de recursos humanos en el terreno



Según el criterio FTE (del inglés *Full Time Equivalent*), equivalente al número de personas contratadas a tiempo completo.

**ANTECEDENTES:
GUERRA Y CAOS
EN 1992-2013**

1

República Democrática del Congo, un inmenso país de vastos yacimientos minerales, lleva casi dos décadas en guerra, en especial en las provincias orientales de los Kivus. Algunas de las principales causas son las secuelas del genocidio de Ruanda; la contienda armada por el poder estatal y por el control de los valiosos recursos naturales; la influencia e injerencia de los países vecinos; y la consiguiente proliferación de grupos armados que operan libremente a lo largo y ancho del territorio.

PRIMERA RESPUESTA DE MSF

MSF empezó a trabajar en RDC en 1981, cuando el país aún se llamaba Zaire (bajo el gobierno del presidente Mobutu Sese Seko)⁴. La intervención de MSF respondía a la entrada en la provincia Oriental de refugiados que huían de la guerra civil en la vecina Uganda. Desde entonces, MSF ha gestionado programas médico-humanitarios en siete provincias, proporcionando atención médica gratuita a miles de personas cada año.

Con el declive del Estado congoleño en la década de los 80, la inversión en educación, infraestructura y salud fue desatendida⁵. En los 90, el poder de Mobutu empezó a erosionarse, al tiempo que surgían los conflictos en el este del país, sobre todo en Kivu Norte, donde milicias rivales luchaban por la propiedad de la tierra y el control político de la región⁶. La violencia étnica se fue agravando, y la llegada masiva de más de un millón de refugiados a los Kivus a raíz del genocidio en la vecina Ruanda —entre ellos los remanentes de los ejércitos y milicias que habían perpetrado las atrocidades⁷— atizaron las llamas del conflicto.

EL CONFLICTO MÁS MORTÍFERO DE ÁFRICA

Inicialmente circunscrita a las provincias del este del país, la Primera Guerra de Congo estalló en 1996 y se propagó al resto del territorio cuando las fuerzas rebeldes, bajo el liderazgo de Laurent-Désiré Kabila y con el apoyo de Ruanda y Uganda, marcharon sobre Kinshasa, derrocando a Mobutu en 1997⁸.

El inicio de la Segunda Guerra de Congo en 1998 sumió al país en una nueva espiral de violencia. Varias naciones africanas enviaron tropas en apoyo del nuevo gobierno, mientras otras apoyaron a los grupos rebeldes⁹: en medio de todo ello se produjo un saqueo generalizado del oro, los diamantes, la madera y el coltán¹⁰ (mineral clave en la fabricación de teléfonos móviles y material electrónico).

Consideradas en conjunto, la Primera y Segunda Guerras de Congo se tienen por uno de los conflictos más mortíferos de la historia. La última encuesta de mortalidad realizada en RDC, publicada en 2007, estimó que, desde 1998, 5,4 millones de personas habían muerto por causas asociadas a la guerra¹¹. Millones más se han visto obligadas a huir de sus casas¹².

Las conversaciones de paz de 2002 ayudaron a pacificar gran parte del país, al retirarse las tropas internacionales y formarse un gobierno de coalición¹³. Se hizo un esfuerzo para reducir las injerencias externas e integrar a los diferentes grupos armados dentro del Ejército nacional. Pero en las provincias de Kivu, aún hoy el conflicto sigue activo. A veces recibe el nombre de Tercera Guerra del Congo¹⁴.

RDC, HOY

En 2009, la firma del Acuerdo de Ituri hizo creer que la violencia en el este del país estaba próxima a su fin¹⁵. Los grupos armados volvieron a integrarse en el Ejército nacional. Pero a principios de 2012, las desertiones masivas y el nacimiento de un nuevo grupo rebelde, el Movimiento 23 de Marzo (M23), condujeron al rápido deterioro de la ya frágil situación de seguridad en el este¹⁶. A finales de 2012, el M23 se hizo durante un breve periodo de tiempo con el control de Goma, la ciudad más grande en el este¹⁷.

El hecho que el Ejército congoleño y la MONUSCO se centrasen en esta nueva amenaza, desplegando gran parte de sus tropas, contribuyó a crear un vacío de poder y de seguridad en el resto de la región¹⁸. Las nuevas alianzas guiadas por el oportunismo entre grupos armados preexistentes y señores de la guerra, sumadas a la propagación de nuevos movimientos de autodefensa, han contribuido desde entonces a la intensificación de los enfrentamientos en la región, desencadenando nuevas oleadas de desplazamientos.

En otras partes del país también persisten bolsas de inseguridad. Tras un periodo de calma relativa en 2010 y 2011, se reanudaron los combates en la provincia de Katanga, sembrando el pánico y provocando un desplazamiento masivo de población¹⁹. La situación empeoró a principios de 2013, cuando el Ejército congoleño lanzó una ofensiva contra las milicias Mai-Mai, y decenas de miles de personas más se vieron obligadas a desplazarse²⁰. En la provincia Oriental, la intensificación de los enfrentamientos entre el Ejército y varias milicias también ha ocasionado significativos desplazamientos de población²¹.

El incesante conflicto en RDC es uno de los más prolongados y complejos del mundo, y sigue generando enormes necesidades médicas y humanitarias. A pesar de la presencia de unas fuerzas de intervención de Naciones Unidas bien armadas y numerosas, y de la aparente desaparición de algunos movimientos armados como el M23, no parece probable que el conflicto vaya a resolverse a corto plazo.

El río Ruzizi, en las montañas de Ngomo, discurre entre los lagos Tanganyika y Kivu, y marca la frontera entre RDC, Ruanda y Burundi. Kivu Sur, septiembre de 2013.





“

A pesar de la presencia de unas fuerzas de intervención de Naciones Unidas bien armadas y numerosas, y de la aparente desaparición de algunos movimientos armados como el M23, no parece probable que el conflicto vaya a resolverse a corto plazo.

”

© Brendan Bannion

Actores armados en RDC²²

Se estima que existen más de 60 grupos armados en RDC: los mencionados en este gráfico son solo algunos de ellos^{23 24}. La proliferación de estos grupos, su creciente influencia sobre todo el territorio y las atrocidades que muchos de ellos cometen contra los civiles han llevado a la formación de milicias de autodefensa, con la población civil atrapada bajo el fuego cruzado.

Desde marzo de 2013, la MONUSCO cuenta con una Brigada de Intervención con autorización para neutralizar a los grupos armados que se opongan a la autoridad del Estado. Esto compromete muy seriamente la percepción de la ayuda médico-humanitaria como actividad neutral, ya que los helicópteros, vehículos y otros medios de transporte desde los que la ONU está lanzando estas ofensivas son de color blanco y, por tanto, muy parecidos a los que utiliza el personal humanitario civil de las propias Naciones Unidas.

En octubre de 2013, el M23 disparó contra un helicóptero de la ONU que transportaba a un equipo humanitario, al no distinguir entre el transporte cargado con artillería y el destinado a aportar ayuda. MSF considera totalmente inaceptable que una fuerza ofensiva utilice transporte civil en lugar de vehículos militares que sean fácilmente reconocibles como tales.

Esta confusión tendrá importantes consecuencias a la hora de prestar asistencia, ya que tampoco la población civil sabrá si un vehículo blanco que entre en su aldea transporta balas o mantas. Todas las partes implicadas en el conflicto, incluidas las fuerzas de la MONUSCO, tienen la obligación de respetar la neutralidad de la acción humanitaria, identificando claramente a sus efectivos militares para diferenciarlos del personal civil de la ONU.

VOLUMEN DE EFECTIVOS

> 100

100-250

250-500

MONUSCO

Raia Mutomboki
Mai-Mai Morgan

MAC
MPA
URDC

500-1.000

1.500

2.000

3.000

4.000

< 100.000

FPD
FDN
FODP
NDC
Nyatura/

FDC

FAR

APCLS

ADF/NALU

Mai-Mai Luc
FRPI

UPCP/EPCC
Mai-Mai Simba
FDLR/RUD



RUC
Noheri

LDF

RDC **FDLR/SOKI** **FDLR/FOCA** **LRA**

FDIPC **Nyatura**

COGAI
Kahasha Group

**VIOLENCIA CONTRA LA
POBLACIÓN CIVIL, EL
PERSONAL HUMANITARIO
Y LOS SERVICIOS MÉDICOS**

2

Cada día, en sus hospitales, centros de salud y clínicas móviles en RDC, MSF es testigo de las consecuencias médicas de la violencia. Los equipos médicos tratan traumatismos provocados por machetes, pistolas, lanzas, bayonetas, cuchillos, martillos, proyectiles de gran calibre o flechas. Cada año, miles de supervivientes de violencia sexual reciben atención médica especializada para prevenir la transmisión del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se ofrece apoyo psicológico a los pacientes para ayudarles a afrontar el estrés y el trauma y reanudar sus vidas cotidianas.

Al igual que las consecuencias directas de la violencia, MSF también presencia los efectos secundarios del conflicto. Los equipos han constatado que, durante los periodos en los que se producen combates, los civiles no acuden a los puestos de salud, por miedo a quedar atrapados en el fuego cruzado, de forma que, cuando por fin lo consiguen, llegan con enfermedades en estadio muy avanzado, hasta el punto de que a menudo es demasiado tarde para salvarles la vida. Los enfrentamientos entre grupos armados y los ataques contra la población también pueden provocar desplazamientos, lo que incrementa la vulnerabilidad de estas personas a la desnutrición, la enfermedad y a mayores abusos.

La violencia ejercida, o la mera amenaza, obligan al personal sanitario a huir y a los servicios de salud a suspender sus actividades. A menudo, las poblaciones en las zonas afectadas no tienen a quién recurrir cuando necesitan atención médica, cuando son precisamente estas personas las que más sufren.

CAUSAS DE LAS HERIDAS POR VIOLENCIA

Ametralladora



Pistola



Machete



Lanza



Bayoneta



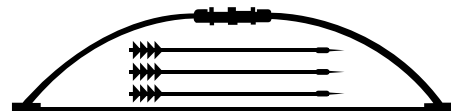
Cuchillo



Martillo



Arco y flechas



Garrote



Proyectil de tanque



ATENCIÓN A LOS HERIDOS DE BALA

“Entre los pacientes que recibimos al final de la tarde había un hombre de unos 20 años con una herida de bala en el brazo.

Tras anestesiarle, pude ver que tenía un agujero de 5 centímetros de diámetro que le atravesaba el brazo de parte a parte. Se podía ver a través del brazo. Tenía el húmero fracturado y los dos extremos del hueso completamente separados, con un hueco visible entre ambos. Sin radiografía, era imposible decir si faltaba hueso y de ser así, cuánto. Desbridé la piel y la grasa, retiré fibras irrecuperables de músculo con fragmentos de hueso incrustados, y lavé la herida. Comprobé que se había detenido la hemorragia y le coloqué un vendaje compresor con una férula.

Como todos nuestros pacientes con heridas de bala, volverá al quirófano dentro de cuatro o cinco días para una nueva evaluación. Para heridas menores sin fracturas ni infecciones secundarias, cerramos la herida en la segunda operación. Para heridas mayores, esperamos hasta que el paciente está preparado para realizarle un injerto de piel. Y los pacientes con fracturas abiertas que necesitan fijaciones externas (este paciente desde luego la necesitará para salvar el brazo), las colocamos en la segunda operación. Existe una diferencia significativa entre las heridas provocadas por pistolas y las provocadas por rifles militares. Comparadas con las heridas de bala que he visto en Estados Unidos, las de los pacientes de Rutshuru muestran agujeros de mayor tamaño y más tejido destruido. Las armas más grandes dejan agujeros más grandes.

Cirujano de MSF. Equipo de Rutshuru, Kivu Norte. Abril de 2013.



VIOLENCIA Y ABUSOS CONTRA LA POBLACIÓN CIVIL

En el este de RDC, MSF ha sido testigo directo de las consecuencias de la violencia ejercida contra los civiles, y ha escuchado de primera mano numerosos relatos de abusos, acoso, ataques selectivos y masacres perpetrados contra la población por toda una serie de grupos armados.

Durante periodos de intensos combates, nuestros equipos reciben gran cantidad de pacientes con heridas por violencia. Por ejemplo, a finales de 2012, al estallar los enfrentamientos en Masisi y alrededores, el equipo de MSF en el Hospital General de esta ciudad trató, en noviembre, a casi el doble de pacientes por heridas, traumatismos y quemaduras causados por la violencia que en octubre o en septiembre*²⁵.

“No salimos de la habitación hasta que no dejamos de oír disparos. Entonces nos dimos cuenta de que no todos habíamos sido afortunados. Una mujer se derrumbó, gritando: la bebé que llevaba a la espalda había sido alcanzada por una bala perdida. Le había entrado por debajo de la nariz y atravesado la cabeza. Había muerto en el acto. Era como si estuviera dormida. Pero su cuerpo ya estaba frío.”

Trabajador humanitario. Pinga, Kivu Norte. Agosto de 2013.

* Los equipos de MSF atendieron 77 casos de heridos por violencia en noviembre de 2012, frente a 43 en octubre y 36 en septiembre.

Las pocas bolsas de sangre disponibles en el banco de sangre del hospital de Lulimba se utilizarán para transfusiones durante la estación de la malaria y otras urgencias e intervenciones quirúrgicas. Kivu Sur, septiembre de 2013.



© Brendan Bannion

“Encontré los cadáveres de una mujer y de un niño. La mujer era mi vecina y el niño era mi hijo. Estaban atados y tenían heridas de machete o cuchilladas, y había mucha sangre. Mi hijo tenía un año.”

Vecino de Mpeti, Kivu Norte. Mayo de 2013.

INSEGURIDAD Y VIOLENCIA

La inseguridad y la violencia incrementan los riesgos de epidemias, infecciones respiratorias, malaria, diarrea, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida. También de que los enfermos crónicos sufran complicaciones o desarrollen resistencias a los medicamentos.

Epidemias



Mortalidad materna



Infecciones respiratorias



Malaria



Diarrea



Desnutrición



Enfermedades de transmisión sexual



VIH/sida



Enfermedades crónicas: complicaciones o resistencias



Rayos en la distancia al acercarse la tormenta al atardecer en la aldea de Shamwana. Katanga, septiembre de 2013.





“

Los civiles cuentan que, de forma habitual, son sometidos a abusos y acoso, y deben pagar impuestos a cambio de protección o para poder transitar por los caminos. Son obligados a transportar suministros, se les extorsiona y las mujeres son secuestradas para convertirlas en esclavas sexuales.

”



EN 2012

MÉDICOS SIN FRONTERAS

PRACTICÓ

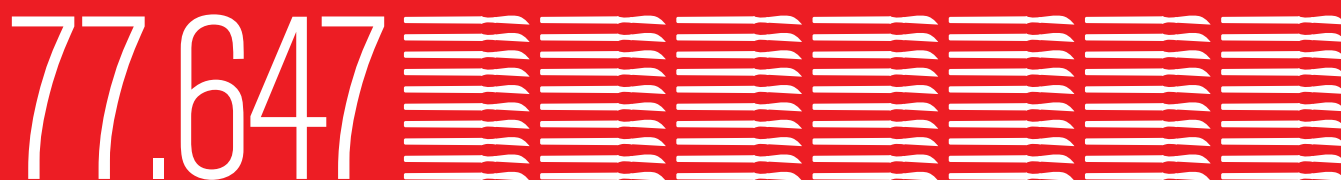
14.768

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN RDC

NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PRACTICADAS

2007	2008	2009	2010	2011	2012
11.772	10.479	11.817	13.596	15.215	14.768

TOTAL





Nyirambabazi, de 30 años, vive en el campo de desplazados de Kahe. Está embarazada y es primeriza. Sus vecinos la llevaron desde Kazuba hasta el hospital de Saint Benoit, en Kitchanga: caminaron durante seis horas. Kivu Norte, septiembre de 2013.

© Giulio Di Sturco

Entre los pacientes admitidos en los hospitales de MSF, además de civiles, también hay soldados y milicianos heridos. En el caso de los civiles, los equipos de MSF atienden a menudo a heridos que han sido blanco intencionado de los ataques o que quedaron atrapados bajo el fuego cruzado.

Los civiles cuentan que, de forma recurrente, son sometidos a abusos y acoso. Es habitual que tengan que pagar *impuestos* a cambio de protección o para poder transitar por los caminos. Son obligados a transportar suministros, les roban la comida, los utensilios de cocina, el dinero o los teléfonos móviles. A veces, las mujeres son secuestradas para convertirlas en esclavas.

“Mi mujer pudo pasar sin pagar porque estaba embarazada y tenía que ir al hospital a dar a luz. Yo sí tuve que pagar. Al volver, no nos dejaban pasar. Tuvimos que pagar por tres: mi mujer, el bebé y yo.”

Vecino de Kivuye, Kivu Norte. Diciembre de 2012.

“

Los grupos armados y las milicias parecen no distinguir entre civiles y combatientes.

”

VIOLENCIA SEXUAL

MSF trata a más supervivientes de la violencia sexual en RDC que en cualquier otro país del mundo²⁶: en 2012, los equipos atendieron por este motivo a 4.037 hombres, mujeres, y niños en sus diferentes proyectos. El volumen anual de casos no ha disminuido en los últimos cinco años.²⁷

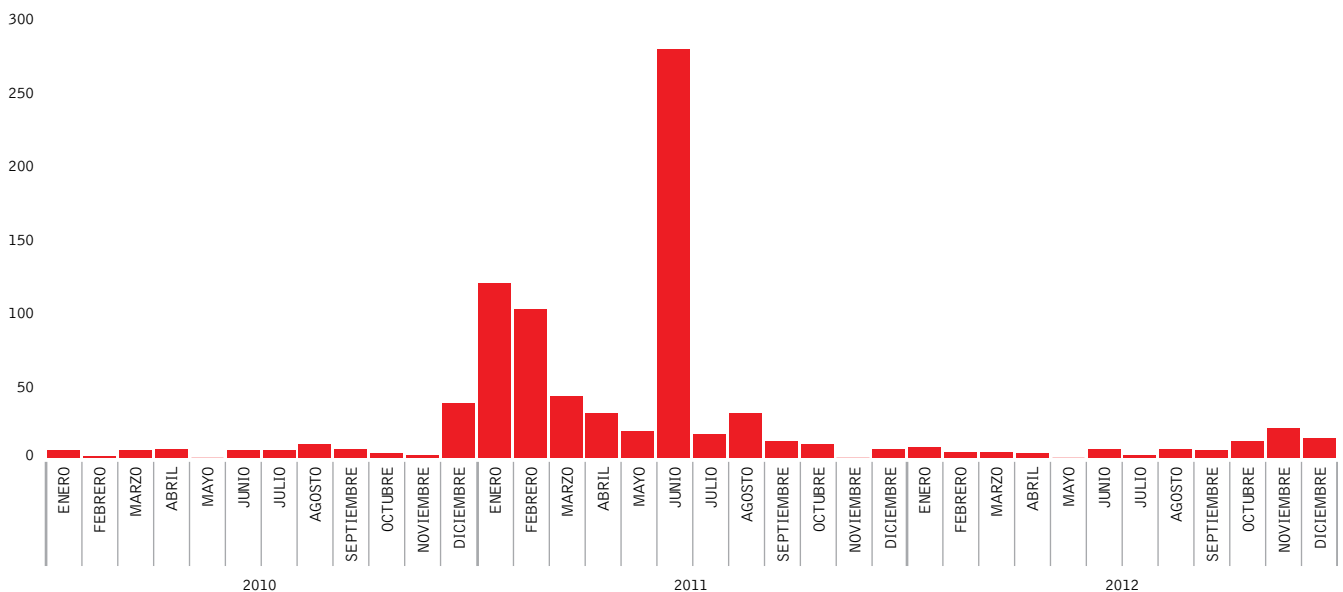
Además del trauma físico, son muchas las consecuencias médicas de una agresión sexual, incluyendo el riesgo de transmisión de VIH/sida y ETS, y graves complicaciones para la salud reproductiva. Las mujeres pueden quedar embarazadas, y aquellas que ya lo estaban cuando fueron agredidas, corren el riesgo de perder el bebé.

Los supervivientes de la violencia sexual también deben vivir con las consecuencias psicosociales de la agresión. Pueden experimentar miedo, sufrir pesadillas recurrentes y dolores psicósomáticos. El estigma de una violación significa a veces que la víctima es rechazada por su familia y su comunidad, lo que acarrea vergüenza, aislamiento social y penuria económica.

Los equipos de MSF han observado que la incidencia de la violencia sexual tiende a incrementar en lugares con mayor presencia de soldados y hombres armados. A finales de 2012, MSF constató que el despliegue de grupos armados en torno a los campos de desplazados de Mugunga (Goma, en Kivu Norte) había generado un estado crónico de inseguridad en el que las violaciones eran moneda corriente²⁸. En el transcurso de cinco semanas entre diciembre de 2012 y enero de 2013, MSF trató a 95 supervivientes de violencia sexual en el campo improvisado de Mugunga III²⁹; a mediados de enero, recibió 27 casos en un solo día³⁰.

En algunos lugares donde MSF trabaja, se han registrado picos en el número de casos reportados, lo que es un indicativo de que se han producido violaciones en masa. Por ejemplo, el número de casos tratados por MSF en Baraka (Kivu Sur) suele oscilar entre 1 y 20 al mes; pero en enero de 2011, fueron atendidas 119 personas³¹. En Fizi, a unos 90 kilómetros de Baraka, fueron atendidos 33 casos tras las violaciones masivas del 1 de enero³². Y ese mismo año, otros 278 solamente en junio³³.

Casos de violencia sexual tratados por MSF en Baraka, Kivu Sur (2010-2012)



Fuente: Datos recogidos por los equipos de MSF.

SUPERVIVIENTES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Entre 2007 y 2012, MSF atendió a

34.372



SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL EN RDC



Otros casos probablemente nunca fueron reportados.

En 2012, en Kivu Norte, casi 1 de cada 10 víctimas eran menores de 15 años. Del total, 1 de cada 20 eran hombres.



MSF PROPORCIONA

- Examen físico
- Tratamiento de heridas
- Anticonceptivos de emergencia
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento antirretroviral para prevenir el VIH/sida
- Vacunas contra hepatitis B y tétanos
- Apoyo psicosocial
- Diagnóstico del VIH

La rapidez es esencial

- La prevención del VIH debe realizarse en las primeras 72 horas
- La contracepción de emergencia dentro de los cinco primeros días

MSF urge a los proveedores de atención a supervivientes de violencia sexual en RDC a establecer servicios médicos adecuados, de calidad y rápidos.



Los supervivientes habían sido agredidos:

- Cuando regresaban del mercado
- Cuando iban a buscar comida a los cultivos
- Cuando recogían leña
- En los campos de desplazados y sus alrededores
- En sus pueblos

CONSECUENCIAS MÉDICAS

-  VIH/sida
-  Embarazos no deseados
-  Enfermedades de transmisión sexual
-  Complicaciones graves para la salud reproductiva
-  Abortos espontáneos

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

-  Miedo
-  Pesadillas
-  Dolores psicosomáticos
-  Aislamiento
-  Vergüenza
-  Estigma
-  Penuria socioeconómica

MSF trata a más supervivientes de violencia sexual en RDC

que en cualquier otro país del mundo



ATENDIENDO A SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

MSF dispensa asistencia médica inmediata y especializada a los supervivientes que acuden en busca de tratamiento. Proporcionar una atención rápida es decisivo para mitigar algunos de los riesgos para la salud que corren las víctimas.

La prevención del VIH debe empezar dentro de las primeras 72 horas que siguen a la agresión, mientras que la contracepción de emergencia debe hacerse dentro de los cinco primeros días. El paquete mínimo de atención incluye examen físico, tratamiento de las heridas, anticonceptivos de emergencia, tratamiento de las ETS, tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH/sida y vacunas contra hepatitis B y tétanos. También se recomiendan el apoyo psicosocial y el diagnóstico voluntario del VIH.

Además, MSF ofrece un certificado médico que especifica el tratamiento recibido por el paciente, de forma que si la persona agredida quiere presentar cargos, podrá utilizar este documento como prueba ante los tribunales: de hecho, a menudo es la única prueba del ataque aparte de la palabra de la víctima.

En la lucha por hacer justicia a los supervivientes de la violencia sexual en RDC, la confidencialidad del paciente siempre debe ser respetada. En varias ocasiones en los últimos años, los investigadores han presionado al personal de las estructuras de salud apoyadas por MSF para que entreguen las historias clínicas de los pacientes, violando su confidencialidad no solo en contra de la ética médica, sino de la propia legislación congoleña.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD MENTAL

La salud mental debe ser foco de especial atención en las zonas afectadas por el conflicto en RDC. Muchos de los pacientes tratados por MSF presentan síntomas de estrés posttraumático, que incluye un miedo constante, *flashbacks*, insomnio, pensamientos suicidas, sentimientos de desesperación, palpitaciones y dificultades respiratorias.

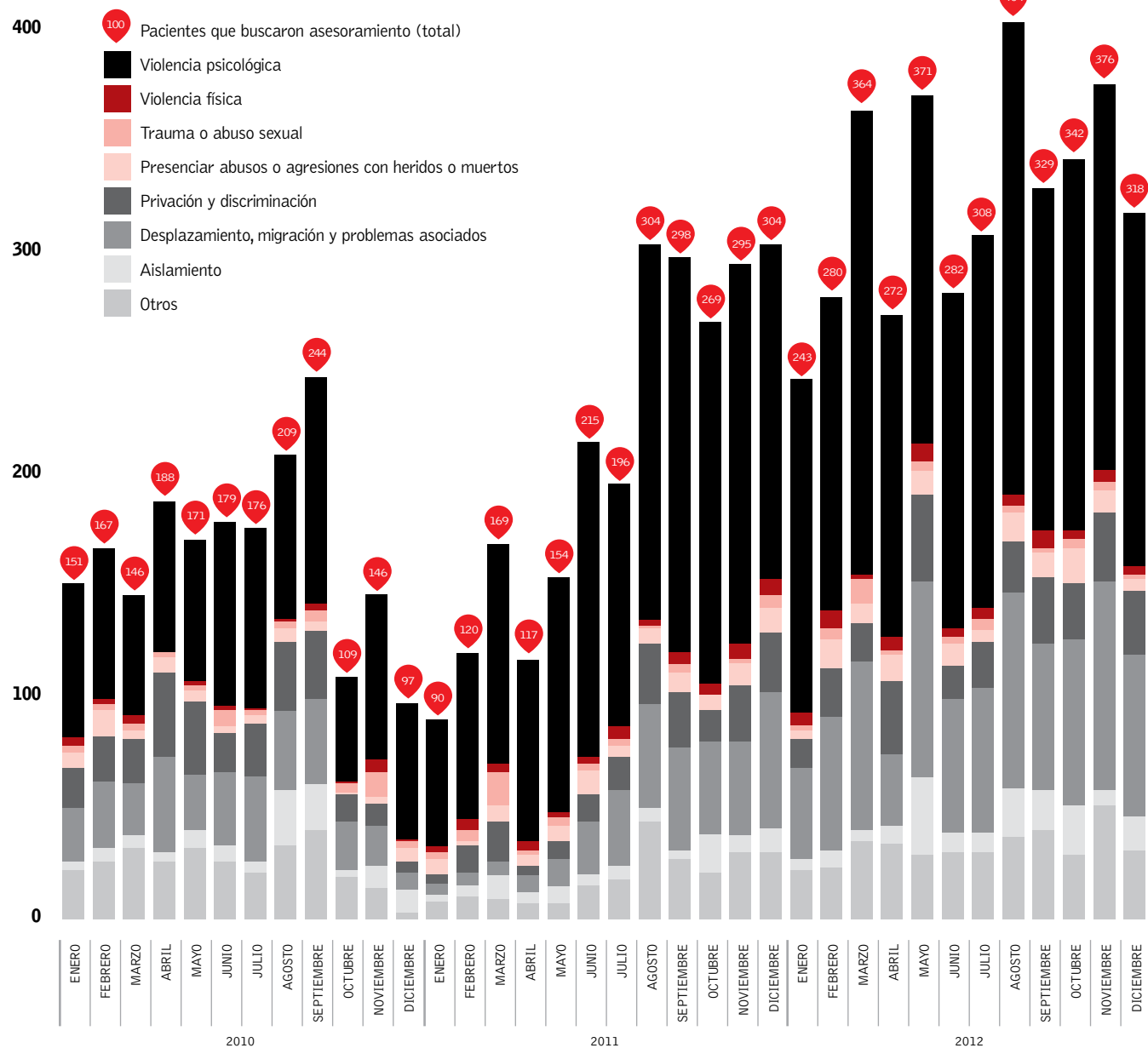
En los tres proyectos de MSF en Kivu Norte, el número de nuevos pacientes en las consultas de salud mental ha aumentado. También se ha incrementado el número de pacientes que buscan atención psicológica tras sufrir incidentes violentos, como traumas o abusos sexuales, o violencia psicológica, o tras haber sido testigos de abusos o agresiones en las que otras personas fueron heridas o murieron (ver gráfico en página contigua).

Una evaluación reciente de las necesidades de salud mental realizada principalmente entre desplazados en Bibwe (Kivu Norte) reveló el alcance de la violencia a la que la población había estado sometida, y las consecuencias para su bienestar psicosocial. Más del 80% de los 600 encuestados dijeron haber sido víctima de actos violentos³⁴, y casi un 90% habían sido testigos de una agresión³⁵. El 71% sufrían pesadillas³⁶, y el 74%, *flashbacks* de incidentes violentos³⁷. Los entrevistados solían utilizar la palabra “masacre” para describir los actos sufridos o presenciados³⁸.

MSF urge a los actores implicados en la respuesta a la violencia sexual en RDC a dispensar una atención médica de calidad y rápida a los supervivientes, y a incluir medidas para garantizar el respeto de la confidencialidad de los pacientes en sus estrategias, procedimientos y formaciones.



Pacientes que recibieron atención psicológica e incidentes que lo precipitaron en tres proyectos en Kivu Norte (2010-2012)



Fuente: Datos de pacientes que recibieron atención psicológica e incidentes que lo precipitaron, en los proyectos de MSF en Pinga, Mweso y Kitchanga (Kivu Norte) en 2010-2012. Parte del descenso de las consultas entre otoño de 2010 y primavera de 2011 puede explicarse por la suspensión temporal del proyecto de Kitchanga entre enero y abril de 2011.

UN LEGADO DURADERO

“No sorprende que, en circunstancias tan desesperadas, tantas personas padezcan graves trastornos de salud mental, problemas tan debilitantes que ya ni les permiten cuidar de sí mismos ni de sus seres queridos. Algunos pasan días solos, sentados delante de sus chozas; otros nunca se levantan de la cama. Son muchas las personas de los campos de desplazados que ya no participan en acontecimientos sociales, como bodas o celebraciones. Algunos incluso dejan de buscar atención médica, ni para sí mismos ni para sus seres queridos. Una mujer con graves quemaduras será dejada a su suerte por los suyos, porque “se va a morir de todas formas”. Todo esto no es de extrañar, ya que los estallidos de cólera y actos de venganza perpetrados contra personas inocentes se han convertido en una parte aceptada de la vida cotidiana.

MSF forma a asesores para que presten apoyo psicológico a sus propias comunidades. Ayudan a quienes sufren estos problemas a asumir de nuevo el control de sus vidas, aliviando la gravedad de sus síntomas para que puedan ser activos de nuevo, y cultivar sus tierras, ocuparse de sus hijos, volver a sus pequeños negocios, o participar en actividades comunitarias. Mediante sesiones individuales o en grupo, estos asesores trabajan para responder a los síntomas psicósomáticos, los problemas prácticos, las disputas familiares, el duelo, la pérdida y abrumadoras emociones como la tristeza o la ira.

Ayudar a estas personas a comprender que sus síntomas son normales, teniendo en cuenta lo que han vivido, constituye a menudo el primer paso hacia la gestión o resolución de su problema.

Como el resto de la atención médica que dispensa MSF en RDC, el servicio de salud mental protege vidas. Ayuda a los pacientes más traumatizados y desesperados a hacer frente a la situación y descartar el suicidio. Ayuda a quienes tienen sed de venganza a elegir una forma menos agresiva de gestionar su ira. La atención psicosocial también restituye la dignidad de las víctimas, y les ayuda a afrontar sus experiencias traumáticas para que estas no generen problemas de salud crónicos y puedan curarse.

Algunas personas caminan más de 15 kilómetros para asistir a las sesiones de seguimiento. La mayoría de quienes reciben atención, experimentan una mejoría.”

Asesor de salud mental de MSF en Mweso (Kivu Norte), 2011.

Escena en una calle de Mweso (Kivu Norte).
Septiembre de 2013.



“

La atención psicosocial también restituye la dignidad de los pacientes y les ayuda a afrontar sus experiencias traumáticas, con el fin de evitar problemas de salud crónicos y que puedan curarse.

”



CUANDO SE POSPONE EL TRATAMIENTO MÉDICO

Por su experiencia, MSF sabe que cuando estallan combates en una zona, los civiles intentan no quedar atrapados en el fuego cruzado, y posponen las visitas al médico. Por tanto, cuando por fin pueden llegar a las estructuras de salud, lo hacen en estadios muy avanzados de sus enfermedades, cuando la atención que necesitan ya es urgente.

“Una mujer empezó a sufrir un aborto espontáneo en plena noche. La hemorragia era severa. Pero con todos los grupos armados y los militares por las carreteras, su familia tenía miedo de desplazarse de noche, así que esperaron a la mañana siguiente. Tuvieron que caminar varias horas hasta el hospital y llegaron a mediodía. Para entonces, la mujer había perdido mucha sangre y no pudimos hacer nada por ella. Murió a los pocos minutos de llegar.”

Matrona de MSF en Mweso (Kivu Norte). Abril de 2012.

Durante los picos de violencia, el número de consultas externas se reduce. En febrero de 2012, el ataque de una milicia contra Shamwana (Katanga) provocó la huida de un gran número de personas. El número de consultas en los servicios de salud de MSF disminuyó considerablemente durante dos meses, antes de volver a los niveles normales en mayo. Tras una segunda ronda de combates en junio, el número de consultas se redujo de nuevo, y no se recuperó hasta noviembre de 2012.

Asimismo, durante un periodo de intensos enfrentamientos en Masisi (Kivu Norte) en noviembre y diciembre de 2012, el equipo de MSF en el Hospital General de la ciudad registró un descenso del número de casos de violencia sexual tratados. En enero de 2013, una vez que la situación se hubo calmado algo, el equipo atendió más del doble de casos respecto a diciembre; casi un tercio de los pacientes habían sido agredidos más de un mes antes, es decir durante el periodo de combates intensos³⁹.

FALTA DE PROTECCIÓN

Los abusos por parte de grupos armados y el descontento cada vez mayor de una población que se siente desprotegida han contribuido a un entorno en el que las personas saldan sus propias cuentas de forma violenta. La violencia entre civiles como forma de restituir el orden se ha convertido en la norma en los lugares donde trabaja MSF. No son raros los incidentes en los que una muchedumbre encolerizada ha quemado vivas o linchado a personas sospechosas de ser bandidos.

“La muchedumbre atrapó a dos hombres a los que acusaban de ser bandidos. Les mataron en el acto con piedras y palos. Toda la ciudad salió a la calle, más de 50.000 personas que cantaban y marchaban triunfantes. Poco después, trajeron los miembros de los muertos: sus cabezas y brazos, los órganos internos, todo se llevó en procesión por la calle principal de la ciudad. Los niños corrían detrás, muy alborotados, sosteniendo los dedos de los muertos como si fueran juguetes nuevos. Fue el acontecimiento del día. Solo la lluvia de la tarde terminó con las celebraciones”

Trabajador humanitario de Kitchanga (Kivu Norte). Septiembre de 2012.

La falta de protección también ha provocado que, en algunas zonas, los grupos que controlan el territorio organicen la protección de los vecinos a cambio de una remuneración.

“La FDDH [Fuerza para la Defensa de los Derechos Humanos] se ocupa de la seguridad en Mweso. Funciona casi como una autoridad. Es un trato al que este grupo armado ha llegado con la población local: a cambio de un pago mensual de 1.200 francos congoleños por familia (1 euro), el grupo les protege en su zona tribal. En la zona vecina, no están seguros a menos que también paguen allí. Ganan protección pero pierden libertad de movimiento. En la carretera que va a Kashuga, la gente puede tener que pagar impuestos a tres grupos diferentes, lo que sin duda también complica el acceso a la atención sanitaria.”

Coordinador de terreno de MSF en Kivu Norte. Mayo de 2013.

Cuando estallan enfrentamientos, la gente, presa del pánico, abandona sus casas y aldeas para esconderse en los bosques de los alrededores, o en las iglesias, escuelas u hospitales. Muchos recintos médicos de MSF en RDC están rodeados de vallas de caña o bambú, que pueden ser fácilmente derribadas por quienes busquen protección.

En abril de 2012, varios miles de personas pasaron la noche en un recinto médico de MSF en Kivu Norte, tras producirse enfrentamientos entre el Ejército congoleño y grupos rebeldes en la ciudad de Mweso.

“Después de algo más de una hora de disparos ininterrumpidos en las colinas, escuchamos tiros mucho más fuertes y mucho más cerca, sin duda en la ciudad. Sabíamos que toda la población acabaría concentrándose en el hospital, pero ninguno de nosotros estaba preparado para una llegada de gente tan repentina. Muchos golpeaban y sacudían la puerta de entrada, mientras otros trepaban por la valla trasera.

Nuestro equipo no podía controlar a la muchedumbre. A los pocos minutos, teníamos a entre 2.000 y 3.000 personas en la parte de atrás del recinto, donde están los almacenes, los generadores y todos los materiales no relacionados con los pacientes. Tuvimos que bloquear las entradas a las salas del hospital para que los recién llegados no se mezclasen con los pacientes ingresados. No había forma de que nadie pudiese salir del recinto, así que lo dispusimos todo para que pasasen la noche allí. No podíamos ofrecerles alimentos ni abrigo, pero por suerte la mayoría había traído comida consigo. Lo más importante es que las letrinas eran accesibles, y montamos un depósito de agua potable”

Coordinador de terreno de MSF en Mweso (Kivu Norte). Abril de 2012.

En febrero de 2013, los enfrentamientos entre las fuerzas gubernamentales y las milicias Mai-Mai en la provincia de Katanga obligaron a miles de personas a abandonar sus hogares. Unas 500 personas buscaron refugio en el hospital de MSF en Shamwana, donde se asentaron durante varias semanas. Cuando se hizo evidente que iba a ser difícil mantener un nivel satisfactorio de higiene, y temiendo brotes de enfermedades, el equipo consiguió convencer a la gente de que se trasladara justo al otro lado los muros del recinto, donde permanecieron hasta que se sintieron lo bastante seguros como para regresar a sus casas.

DIMENSIONES ÉTNICAS DE LA VIOLENCIA EN EL ESTE DEL CONGO

MSF no recoge datos asociados a la etnia o lengua de sus pacientes de forma rutinaria, pues esta información no se considera médicamente relevante. Pero en los Kivus, los relatos de nuestros pacientes sobre la naturaleza de los ataques que padecen sí parecen tener un intenso trasfondo étnico.

“

No sabemos de dónde vinieron. Aparecieron delante nuestro gritando 'somos los Raia Mutomboki y vamos a matar a todo el que hable kinyarwanda'. Eran muchos, todos hombres. Tenían armas y lanzas y machetes. Empezaron a golpear a la gente con los machetes y a dispararles. Golpeaban y disparaban a todo el que se cruzara con ellos. Todos huimos.

”

“

Cantaban 'somos los Kifuafua'. Tenían armas, lanzas y machetes. Quemaron nuestras casas. Huimos al bosque. Llevaba conmigo a mi hijo, que fue alcanzado por un disparo. Más tarde regresamos a enterrar a los muertos y a buscar a los heridos. Encontré a nueve de mis hijos muertos; les habían matado con machetes y lanzas. Conté 49 muertos. Conocía a algunas de las personas que nos atacaron: eran bahunde y batembo, eran vecinos nuestros de aldeas cercanas. Hemos estado caminando por el bosque desde el ataque. Mi hijo, que está herido, no ha recibido ningún tipo de asistencia todavía, y mi esposa tiene diabetes y está enferma.

”

“

De Mutongo a Pinga, habíamos permanecido en el bosque durante dos meses. No podíamos recibir atención médica. Los niños no podían jugar, utilizaban piedras para moler la mandioca para no hacer ruido y evitar atraer la atención de los bandidos.

”

“

Somos refugiados de Ruanda... Hace más de 18 años que vivimos como animales, perseguidos en el bosque, sin abrigo ni protección.

”

“

Huí de la guerra. En Kato, los Mai-Mai nos hacían pagar impuestos y las FARDC nos robaban las cabras. Tuvimos que irnos. Algunos de nosotros escapamos al bosque.

”

“

Hay unas 3.000 familias que casi se están muriendo de hambre. Desde que se reanudaron los ataques ha habido un enorme problema con la comida: no tenemos nada que comer, solo hojas. Cuando huíamos, los grupos armados nos robaron los utensilios de cocina, y ahora solo tenemos un kit de utensilios para cada 15 familias. Es imposible preparar comida para todos. Encontrar agua para beber también nos supone un gran problema. Tenemos una buena relación con la población local, pero somos una carga para estas familias: no hay suficiente comida en la zona para todos. Los ancianos no pueden llegar al centro de salud porque está demasiado lejos. Resulta muy difícil transportar a los enfermos por el bosque. Para las mujeres embarazadas no hay nada; nada, ni antes, ni durante, ni después del parto. Mucha gente sufre ansiedad porque han experimentado muchas cosas terribles.

”

“

Ha habido muchos incidentes en los últimos seis meses, incluyendo actos de violencia sexual cometidos por diferentes grupos armados. Muchas personas padecen problemas de salud mental debido a la violencia y la inseguridad. Los milicianos saquearon el centro de salud y la escuela. Las carreteras son realmente malas. La inseguridad es alta y las milicias a menudo reclutan a los niños por la fuerza; vienen y se los llevan, y luego regresan y roban a la familia y a los vecinos. Es un gran problema para toda la comunidad.

”

“

Nos sentimos muy inseguros. Si la gente que vive en la ciudad no está segura, ¿cómo vamos a estarlo nosotros? Confiamos en que Dios nos salvará; no tenemos fe en los hombres. Los hombres armados pueden llevarse, y de hecho se llevarán, todo lo que puedan.

”

Los equipos de MSF han observado que la dimensión étnica de la violencia ha afectado a los patrones de desplazamiento. Las poblaciones desplazadas buscan refugio en lugares donde se sienten seguras, con sus propias comunidades o con comunidades que se avengan a acogerles, lejos de los grupos por quienes se sienten amenazadas. Aunque esto les ofrece la seguridad relativa de un grupo, precisamente el hecho de estar agrupados puede hacerles más vulnerables a ataques selectivos.

“Hace tres meses no podíamos dormir: Estábamos en el bosque, desprotegidos, al raso. [Este lugar] es más seguro para nosotros. Por ahora las FDLR [Fuerzas Democráticas para la Liberación de Ruanda] nos protegen, pero temo que los Janvier y los Cheka vengan a por nosotros también aquí.”

Desplazado en Bibwe (Kivu Norte). Diciembre de 2012.

Numerosos relatos escuchados por MSF indican que la violencia étnica o ejercida contra personas que hablan una lengua diferente, o la mera amenaza, es la principal lógica detrás de gran parte de los desplazamientos que se producen.

“Hablaban un idioma sofisticado y no entendíamos lo que estaban diciendo. Vinieron a la aldea y los hombres les preguntaron quiénes eran, y ellos respondieron ‘somos los Raia Mutomboki y vamos a matar a todos los que hablen kinyarwanda’. Venían de todas partes, de todos los rincones, y no sabíamos hacia dónde correr. La única opción era correr hacia las balas. Agarré a mi bebé de 9 meses, que ni siquiera estaba vestido, y a mi hija, y corrimos. Todo el mundo corría hacia donde podía.”

Desplazada en Masisi (Kivu Norte). Junio de 2012.

“Me marché de mi pueblo, Remeka, en el territorio de Masisi, el 18 de abril [de 2012]. Tuve que huir; las FDLR atacaron nuestra aldea por la noche, violando a las mujeres y quemando las casas con la gente dentro. Nos atacaban porque somos tembo. Cuando llegamos a Ngungu, los Mai-Mai Nyatura nos ordenaron que nos fuésemos. Como las FDLR, decían que son hutus y también van en contra de los tembo. Tardamos cinco días en llegar a Mugunga; íbamos a pie con los niños a costas y algunos utensilios de cocina

DIMENSIONES ÉTNICAS DE LA VIOLENCIA

Budidi Baritome, de 14 años, vive en Kivuye. En este pueblo, los combates comenzaron a las 3 de la madrugada. “Acompañaba a mi hermana al baño cuando de repente apareció un hombre y me disparó, diciendo que yo era tutsi. Caí al suelo y alguien me trajo aquí al hospital. Ahora mis piernas están paralizadas. Han quemado nuestra casa y se han llevado todas nuestras pertenencias. Creo que nunca volveré allí.”

y de abrigo. Durante el día caminábamos, y por la noche dormíamos con familias de acogida y en el bosque.”

Persona desplazada en el campo de Mugunga I, cerca de Goma (Kivu Norte). Diciembre de 2012.

VIOLENCIA CONTRA LOS TRABAJADORES HUMANITARIOS Y SANITARIOS

A pesar de la aceptación general de los servicios médicos de MSF por parte de la población y de los grupos armados, no hay respeto por los servicios de salud ni por sus trabajadores, bienes y vehículos.

Algunas veces, hombres armados han entrado en los hospitales donde trabaja MSF en busca de combatientes enemigos. Asimismo, algunos pacientes han sido objeto de acoso, puestos de salud han sido saqueados, y los trabajadores sanitarios se han visto forzados a abandonar las clínicas debido a las amenazas y la violencia.

Un análisis interno reciente de los incidentes de seguridad en 12 emplazamientos donde MSF tiene proyectos, en las provincias de Kivu Norte, Kivu Sur y Katanga, ha registrado un elevado número de incidentes como agresiones, tiroteos en los que trabajadores



© Giulio Di Sturco

humanitarios se han visto atrapados en el fuego cruzado, robos y asaltos a mano armada, intentos de secuestro, arrestos e incidentes con vehículos implicados.

Había pacientes que acababan de ser operados, enfermos, ancianos, niños y personal del hospital; estaban todos sentados en una sala demasiado pequeña para todos los que eran.

Los disparos cada vez se oían más cerca. Nos dimos cuenta de que estaban justo fuera. Todo el mundo temblaba y lloraba, pero en el más absoluto silencio...

Hice una llamada desesperada a nuestra base para decirles en voz muy baja que habían llegado al hospital. De repente les escuché entrar en la habitación de al lado. Oímos a la gente que estaba allí gritar que eran civiles. Contuve la respiración, completamente aterrorizado, esperando oír cómo les ejecutaban.

Después de unos 40 minutos, un médico congoleño entró y nos dijo que los atacantes se habían retirado. La gente en la habitación de al lado se había salvado. Había entrado un

hombre armado con un machete, pero al ver que allí solo había civiles, se había marchado.

Médico de MSF en Pinga (Kivu Norte). Agosto de 2013.

En las zonas afectadas por el conflicto, los congoleños que trabajan para MSF a menudo son al mismo tiempo trabajadores humanitarios y víctimas de la violencia. Muchos temen por su seguridad, y cuando en 2012 estallaron enfrentamientos en Pinga (Kivu Norte), la mayoría huyeron junto a miles de habitantes de la ciudad.

Los trabajadores sanitarios del Ministerio de Salud congoleño también trabajan en condiciones extremadamente arriesgadas, y aquellos que están en zonas de conflicto están muy expuestos a la violencia y también a la enfermedad.

“Solíamos hablar abiertamente, compartiendo información con el equipo. Pero entonces los grupos armados empezaron con sus acusaciones de que tal o cual era colaboracionista con el enemigo. El miedo se apoderó de nosotros. Teníamos miedo de hablar. Tres de los trabajadores de MSF tuvieron que marcharse: de no hacerlo, les habrían matado. Cada uno de nosotros pensaba que podía ser el próximo, que había llegado nuestra hora.”

Trabajador congoleño de MSF en Pinga (Kivu Norte). Noviembre de 2013.

A lo largo de los últimos años, la violencia y las amenazas contra el personal de MSF han provocado la suspensión temporal de sus actividades, y en ocasiones el cierre definitivo de programas médicos. Cada vez que esto ocurre, la población de la zona afectada a menudo no tiene otros servicios de salud a los que recurrir.

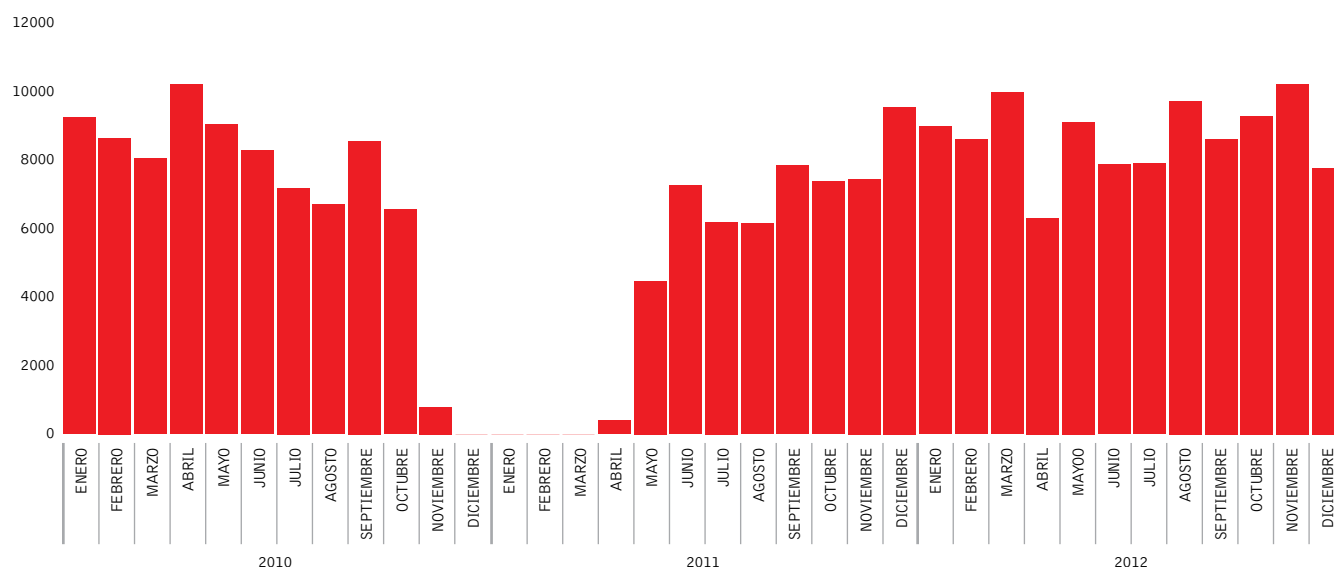
Así ocurrió tras el grave incidente de seguridad registrado por el proyecto de MSF de Kitchanga (Kivu Norte), que quedó totalmente suspendido durante parte de 2011. El proyecto atendía a entre 6.000 y 8.000 pacientes al mes, por lo que su suspensión afectó a miles de personas.

Igualmente, a principios de 2013, en Mweso (Kivu Norte), las actividades médicas móviles que beneficiaban a miles de pacientes quedaron suspendidas durante dos meses y medio, tras un grave incidente de seguridad.

“La suspensión de nuestras actividades móviles en Kalembé y en Kashuga dificultó enormemente el acceso a la atención sanitaria. Como media, en una semana atendíamos a 750 pacientes. Durante el tiempo que las actividades móviles estuvieron suspendidas, el personal del Ministerio de Salud registró solamente 30 consultas a la semana. Supimos de al menos 30 personas que murieron durante este tiempo. El apoyo que recibimos de las comunidades fue conmovedor. Una veintena de mujeres de las ciudades donde están situados nuestros centros de salud caminaron hasta cinco horas para presentarnos sus respetos, canciones, bailes y ruegos, y pedirnos así que reanudáramos las actividades. Así de desesperadas estaban.”

Coordinador de terreno de MSF en Mweso (Kivu Norte). Mayo de 2013.

Consultas externas realizadas por MSF en Kitchanga (Kivu Norte) en 2010-2012



Fuente: MSF.

Consulta en la sala de pacientes con desnutrición
en el hospital de MSF en Mweso (Kivu Norte).
Septiembre de 2013.



© Giulio Di Sturco

“

“Una veintena de mujeres de las ciudades donde estaban situados nuestros centros de salud caminaron cinco horas para presentarnos sus respetos, canciones, bailes y ruegos.

”

ATENCIÓN MÉDICA EN EL PUNTO DE MIRA

La atención médica beneficia a todo el mundo y todo el que la necesite debería tener acceso a ella sin condiciones. Los enfermos y los heridos no son combatientes. La ética médica obliga a los trabajadores sanitarios a atender a todos los pacientes y a garantizar que nada ni nadie interfiera en la prestación de tal asistencia. Y para que el personal sanitario pueda actuar de forma imparcial y dispense asistencia guiado solo por razones médicas, los lugares en los que trabajan, y en particular puestos de salud, hospitales, clínicas móviles y ambulancias, deben ser espacios seguros y neutrales.

La oficina de MSF en Kitchanga fue incendiada durante recientes enfrentamientos (Kivu Norte). Septiembre de 2013.



DESPLAZAMIENTO

INTERNO:

NI UN LUGAR SEGURO

AL QUE IR

3

Según las estimaciones, en diciembre de 2013 había 2,96 millones de desplazados en RDC⁴⁰. En 2012, eran congoleños el 9% de todos los desplazados del mundo y el 25% de los africanos^{41 42 43 44}.

Cerca del 90% de los desplazados del país viven en las provincias de Kivu Norte, Kivu Sur, Oriental y Katanga⁴⁵. Solamente en los Kivus la cifra se estima en 1,7 millones de personas, lo que equivale al 60% de todos los desplazados del país⁴⁶.

Los desplazados son un grupo especialmente vulnerable. A menudo tienen que sobrevivir al raso o en condiciones de escasa protección frente a los elementos. Muchos se han visto obligados a abandonar sus hogares en múltiples ocasiones y a dejar atrás cuanto tenían debido a la violencia.

DESPLAZAMIENTO OCULTO: FUERA DEL ALCANCE DE LAS AGENCIAS HUMANITARIAS

Basándose en su experiencia de trabajo en zonas remotas afectadas por el conflicto en el este de RDC, MSF sabe que muchos desplazados se quedan cerca de sus hogares. Tienden a asentarse en un lugar relativamente cercano a su lugar de residencia⁴⁷, en el bosque o acogidos por otras familias, esperando a regresar en cuanto la seguridad se lo permite⁴⁸.

Como resultado, a menudo quedan fuera del alcance de las agencias humanitarias, que tienden a operar cerca de los núcleos urbanos. Estas personas tienen muchas dificultades para encontrar comida y agua potable, y reciben poca o ninguna asistencia humanitaria.

“La comida es la necesidad más apremiante para los ancianos y los desplazados que acaban de llegar. Viven con familias que les han acogido y en un campo de desplazados improvisado y sin registrar, así que no reciben asistencia alguna. Hay tensiones entre la comunidad y los desplazados porque la comida que hay no es suficiente para todos.”

Promotor de salud comunitario en el campo de Bibwe (Kivu Norte).
Diciembre de 2012.

Con insuficientes condiciones de refugio y saneamiento y una atención médica limitada o inexistente, estas personas son propensas a contraer malaria, desnutrición, infecciones respiratorias y diarrea. Los niños, los ancianos y las mujeres embarazadas son los grupos más vulnerables.

EXPUESTOS A LOS ELEMENTOS

Cécile (nombre ficticio), de Kashuga, tiene cinco hijos y vive en el campo improvisado de Bulengo, en Kivu Norte. Tres de sus hijos están enfermos. No tienen nada para protegerse de la lluvia porque la última distribución de lonas de plástico se produjo en diciembre de 2012. Expuestos a los elementos, sus hijos enferman constantemente. Las distribuciones de alimentos son también escasas. Las mujeres a menudo tienen que salir del campo para ir en busca de madera, que venden por menos de 40 céntimos de euro al día; en estas salidas, se exponen enormemente a la violencia.



INSEGURIDAD Y AYUDA HUMANITARIA INSUFICIENTE EN LOS CAMPOS

Parte de las personas a las que MSF atiende en los numerosos campos de desplazados que hay en el este de RDC acaban de llegar a estos emplazamientos, mientras que otras han vivido en ellos desde hace años; otras incluso han nacido en estos campos y esa es la única realidad que conocen.

En general, las condiciones de vida en los campos son deplorables. Refugios temporales, apenas capaces de soportar los cambios de estación, se apiñan sobre un suelo yermo. En algunos casos, familias enteras cohabitan en un espacio de tan solo unos pocos metros cuadrados⁴⁹. La inseguridad es la norma y los

desplazados están constantemente expuestos a saqueos, agresiones y violencia sexual.

“Este lugar es muy inseguro. Hay muchos robos y pillaje por parte de grupos armados, ocurre todos los días. Los rebeldes viven fuera del campo, pero vienen a diario a abusar de nosotros y llevarse mano de obra forzosa.”

Persona desplazada en el campo de Kivuye (Kivu Norte). Diciembre de 2012.

Aunque los residentes de algunos campos y asentamientos puede que tengan acceso a los servicios básicos prestados por las agencias humanitarias, otras personas en otros campos reciben poca o ninguna asistencia humanitaria.



© Giulio Di Sturco

MSF presta asistencia en Bulengo, un campo improvisado que alberga a unos 50.000 desplazados a unos pocos kilómetros de Goma (Kivu Norte). En diciembre de 2012, se realizó una distribución de lonas de plástico, pero no llegó a todos: algunas personas siguen sin poder protegerse del viento y la lluvia. No es de extrañar que, entre enero y agosto de 2013, casi un 30% de las consultas realizadas por MSF en este campo fueran por infecciones respiratorias⁵⁰, que se deben o son agravadas por la exposición a los elementos.

“Cuando regresamos después de que se desplazase la línea del frente, ya no quedaba nada: ni mantas, ni bidones ni carpas. Nos contaron que ocurrió lo mismo en el campo de Kanyarucina. Vivir aquí no es fácil. Teníamos un poco de comida de Oxfam y del CICR [Comité Internacional de la Cruz Roja] y asistencia médica de MSF.”

Persona desplazada del campo de Mugunga I, cerca de Goma (Kivu Norte). Diciembre de 2012.

EL DESPLAZAMIENTO AFECTA LA SALUD

A menudo faltos de comida, agua y artículos de primera necesidad, los desplazados son especialmente vulnerables a las enfermedades. Entre las poblaciones que se han visto obligadas a desplazarse, los equipos de MSF tratan a un gran número de pacientes por afecciones asociadas a las condiciones de vida, la inseguridad alimentaria, la falta de agua limpia y un saneamiento inadecuado.

Por ejemplo, MSF gestiona clínicas móviles en Katalé, en el territorio de Masisi, donde se han asentado unas 60.000 personas en un campo improvisado. El campo está situado a unos 2.000 metros de altura, con temperaturas que pueden descender hasta los 15 grados por la noche. Algunas familias recibieron lonas de plástico a su llegada, pero la mayoría vive en refugios que apenas les protegen contra la lluvia y el frío. Durante los primeros seis meses de 2013, más de una cuarta parte de las 5.190 consultas realizadas por MSF en Katalé fueron por infecciones respiratorias agudas.

Las consecuencias médicas del desplazamiento son severas ya que los tratamientos médicos deben interrumpirse bruscamente o la gente no tiene acceso a los mismos.

“En noviembre de 2012, una mujer de 35 años con un parto obstruido llegó al hospital de Pinga en una camilla de bambú. Los médicos le practicaron una cesárea de urgencia, y salvaron su vida y la del bebé. Sin embargo, al día siguiente estallaron combates entre grupos armados en la ciudad y la paciente, presa del pánico, huyó del hospital con el niño.”

A los pocos días, cuando volvió la calma a la ciudad, la mujer regresó al hospital con una infección, tras haber pasado varias noches escondida en condiciones insalubres en el bosque. La tratamos con antibióticos intravenosos, pero a los pocos días los enfrentamientos volvieron a empezar y, sacándose la vía, huyó de nuevo. Cuando regresó una semana más tarde, estaba ya muy grave. Tenía septicemia. Nos dimos cuenta de que había que operarla de urgencia y extirparle el útero ya que la infección venía de ahí. Suponíamos que el tejido estaría muy debilitado por lo que el riesgo de hemorragia era muy alto. La intervención requería un ginecólogo especialista. Intentamos organizar el traslado de la paciente en avión a un hospital especializado en este tipo de operaciones en la capital de Kivu Norte, Goma. Pero justo ese día los rebeldes del M23 se habían hecho con el control de la ciudad y el aeropuerto estaba cerrado. Después de tres días luchando por la vida de la mujer, conseguimos trasladarla en avión a Bukavu, capital del vecino Kivu Sur. Cuando se marchó, estaba en verdadero peligro de muerte, pero la operación fue un éxito y regresó a Pinga para reunirse con su familia algunas semanas más tarde.”

Enfermera de MSF en Pinga (Kivu Norte), 2012.

El riesgo que el desplazamiento supone para los pacientes con enfermedades crónicas es especialmente preocupante. El estado de personas con VIH/sida o tuberculosis (TB) puede deteriorarse fácilmente o agudizarse si el tratamiento se interrumpe. En el caso de los pacientes con TB, pueden desarrollar resistencias a los medicamentos que son complicadas de tratar: las repercusiones de una situación como esta van más allá del paciente individual ya que pueden darse significativos riesgos para la salud pública, al exponer a más personas a la enfermedad.

En enero de 2013, los enfrentamientos entre el Ejército congoleño y las milicias Mai-Mai en la provincia de Katanga causaron desplazamientos masivos en torno al proyecto de MSF en Shamwana. Miles de personas huyeron de la zona. El hospital de MSF quedó vacío y muchos pacientes tuvieron que interrumpir bruscamente sus tratamientos, entre ellos la mayoría de los pacientes VIH-positivos, de TB y los niños con desnutrición.

“Los recientes enfrentamientos entre las FARDC y los rebeldes Mai-Mai causaron el desplazamiento de miles de personas hacia Mpiana. Las mujeres que huyeron no podían acceder a sus campos de cultivo. Estaban totalmente apartadas de sus medios de subsistencia y no tenían nada que vender en el mercado, así que lo único que les quedaba para poder sustentarse era venderse a sí mismas. Algunas de estas mujeres que estaban bajo tratamiento antirretroviral, y que mantuvieron relaciones sexuales sin protección, quedaron embarazadas.”

Médico de MSF en Shamwana (Katanga). Julio de 2013.

Aunque algunos pacientes regresaron al hospital de Shamwana más tarde, la mayoría no lo hizo. El equipo de MSF sigue intentando localizar a los pacientes que tuvieron que interrumpir su tratamiento. Cuando se reanudaron los combates, MSF estaba tratando a una media de 1.000 pacientes a la semana por malaria. Estos pacientes, en su mayoría niños menores de 5 años, ya no podían acceder a la atención médica que necesitaban porque estaban escondidos en el bosque.

Los enfrentamientos y el desplazamiento que les siguió también causaron la interrupción de la campaña de vacunación contra el sarampión organizada por MSF en la provincia de Katanga en septiembre de 2012, dejando a miles de niños expuestos a contraer la enfermedad⁵¹.

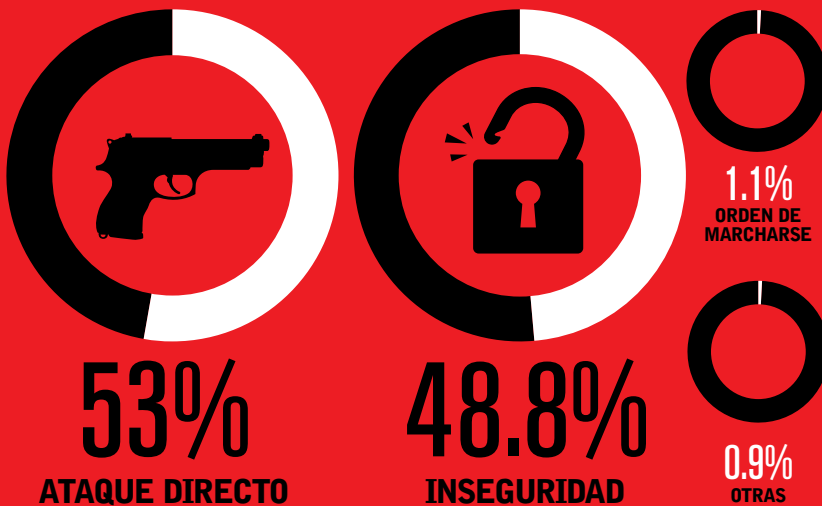
DESPLAZADOS INTERNOS EN RDC

CAUSAS DEL DESPLAZAMIENTO

Encuesta sobre mortalidad en Walikale (Kivu Norte) junio de 2013.

En 2013, un estudio de MSF analizó las causas del desplazamiento en una zona de la provincia de Kivu Norte. El 42% de los más de 4.000 encuestados habían tenido que desplazarse en algún momento del último año, y un 28% lo estaban en ese momento.

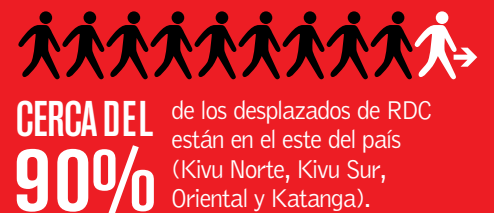
Las causas concretas del desplazamiento eran un ataque directo contra su pueblo (53%) y la inseguridad generalizada (49%); algunas familias habían huido por ambas causas⁵³.



En diciembre de 2013 se estimaban

2,96 MILLONES

de desplazados en RDC



KIVU NORTE Y SUR

representan casi el

60%

de los desplazados en RDC



Con más de

1 MILLÓN

solamente en Kivu Norte



CERCA DE CASA



Los desplazados tienden a quedarse cerca de sus casas. Según la investigación realizada en el terreno por MSF en Kivu Norte en 2009, viajaban más o menos entre medio día y día y medio en busca de un lugar seguro⁵³.

NECESIDADES BÁSICAS

Ya sea en campos improvisados o en campos oficiales, los desplazados necesitan:



Atención médica



Comida



Abrigo



Atención médica



Agua y saneamiento



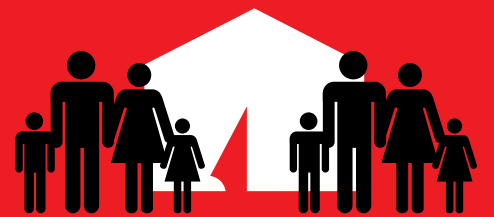
Seguridad



Artículos de primera necesidad

La asistencia humanitaria debe centrarse en responder a las necesidades más apremiantes de los desplazados, con rapidez, flexibilidad y pertinencia.

En los campos, familias enteras viven en refugios temporales de apenas unos pocos metros cuadrados de superficie.



Los desplazados de los campos son especialmente vulnerables a:



AGRESIONES



SAQUEOS



VIOLENCIA SEXUAL

EN 5 SEMANAS A FINALES DE 2012	MSF TRATÓ A 95 SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL	EN SOLO 1 CAMPO CERCA DE GOMA, KIVU NORTE ⁵¹
---	--	--



Desplazados en el bosque en los alrededores de Kitchanga (Kivu Norte). La gente huyó al estallar los enfrentamientos en la ciudad. Septiembre de 2013.



MORIR Y NACER EN EL BOSQUE

“Esa noche hubo rumores de que un grupo rebelde había rodeado la aldea y atacaría al día siguiente. A las 5 de la mañana estallaron los enfrentamientos armados, y la gente empezó a correr en todas direcciones. Algunos corrían hacia el hospital, esperando ponerse a salvo allí, pero la gran mayoría corrieron a esconderse en los bosques de los alrededores.

Una matrona congoleña que trabaja en una clínica de MSF se fue con su familia, uniéndose a un grupo de unas 40 personas que huían juntas atravesando ríos y un denso y escarpado bosque. A una de las mujeres, una bala perdida le pasó rozando la cabeza, y mató al bebé de 9 meses que llevaba a la espalda.

Un muchacho de 13 años también fue alcanzado por una bala perdida, que le mató en el acto. Su familia se detuvo para enterrarle y el resto del grupo siguió corriendo. Se detuvieron al llegar a un claro, donde se quedaron durante dos días, hasta que cesaron los enfrentamientos.

Mientras estaban allí, la matrona examinó a una joven embarazada que estaba a punto de dar a luz. Llevaba consigo lo necesario para atender partos así que consiguió atenderlo de forma segura. Era una niña: tras cortarle el cordón umbilical, la colocó sobre su madre para que le diera calor, ya que no tenían ropa que ponerle porque habían huido con lo puesto.”

Testimonio trasladado por un médico de MSF en Pinga (Kivu Norte).
Junio de 2013.

BROTOS

EPIDÉMICOS

4

A finales de 2011, MSF lanzó una intervención de emergencia en Kikondja (Katanga), en respuesta al elevado número de casos de sarampión. El equipo vacunó a más de 65.000 niños, y tuvo que quedarse durante todo el 2012 tras desatarse un brote de cólera: cerca de 1.000 pacientes recibieron tratamiento. Durante la intervención, el equipo fue testigo de numerosos cortejos fúnebres, que se celebraban a todas horas, incluso de noche: la razón era el elevado número de niños que morían de malaria. MSF lanzó entonces una nueva intervención, en la que fueron tratados 35.000 pacientes contra el paludismo a lo largo de cuatro meses.

Año tras año se repiten los brotes de enfermedades en RDC, pero el sistema de salud es, en la mayoría de los casos, incapaz de prevenirlos o de responder⁵⁵. Como resultado, muchas personas padecen y mueren por enfermedades prevenibles. Diarrea, infecciones respiratorias agudas y malaria representan más del 50% de las muertes de niños menores de 5 años en el país⁵⁶.

MSF trata todos los años a cientos de miles de pacientes con enfermedades como malaria, cólera y VIH en RDC. La prevención a largo plazo de las epidemias recurrentes, sin embargo, exige un compromiso firme de las autoridades sanitarias, los financiadores internacionales y las organizaciones de ayuda.

CAUSAS DE MUERTE

Una encuesta de mortalidad retrospectiva realizada por MSF en Walikale (Kivu Norte) en 2013 reveló que la malaria o la fiebre (sospecha de malaria) era la causa de muerte más frecuente, casi cinco veces por encima de las heridas asociadas a la violencia.

Malaria o fiebre
(sospecha de malaria)



Diarrea



Traumatismos intencionados (violentos)



Afecciones respiratorias



Complicaciones asociadas al embarazo (hasta un mes después del parto)



Traumatismos no intencionados (accidentales)



Otros



TRATAMIENTO DE LA MALARIA EN RDC

La malaria es una enfermedad causada por un parásito transmitido por un mosquito



Los síntomas más frecuentes son⁵⁸



Si no se trata, la malaria puede evolucionar a su forma severa en



En 2012, tratamos a

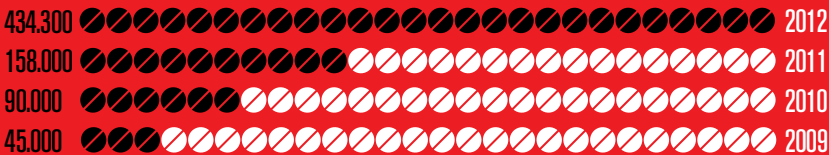
434.300

pacientes con malaria en nuestros proyectos en RDC.

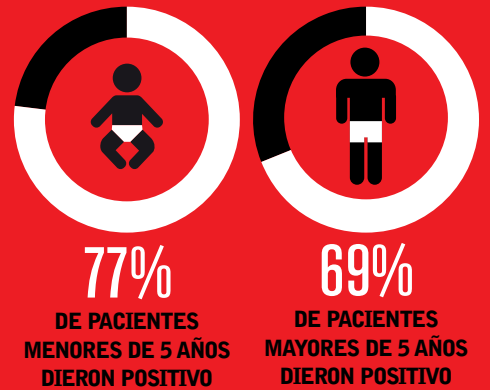


Esto representa un cuarto de los casos de malaria que tratamos en todo el mundo

En RDC, el número de casos de malaria tratados por MSF ha aumentado año tras año



Los equipos médicos de MSF siguen diagnosticando y tratando a un gran número de pacientes. En Bili (Oriental), en 2013, los equipos hicieron la prueba de la malaria a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años y proporcionaron tratamiento en un hospital local. En total, MSF hizo las pruebas de la malaria a 4.309 personas. La mayoría dieron positivo⁵⁷.



El miedo a la violencia puede impedir que las personas con paludismo acudan en busca de tratamiento.

El coste de los servicios de salud en RDC impide que muchas personas accedan al tratamiento que necesitan. En situaciones de emergencia, como brotes de malaria, el sistema nacional de salud en teoría garantiza la atención médica gratuita, aunque a veces los pacientes son obligados pagar de todas formas.



UNA CONSULTA CUESTA



2€

AL DÍA



1,5€

Según el programa de recuperación de costes del Ministerio de Salud, una consulta externa pediátrica cuesta 2 euros.

Muchas personas no pueden permitírselo. En RDC, la mayoría vive con menos de 1,5 euros al día⁵⁸.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO TEMPRANO

Demorar el tratamiento de la malaria puede hacer que evolucione hacia una forma severa, y que incluso sea mortal.



Los equipos tratan a un gran número de pacientes con la forma severa de la enfermedad.



En 2011, casi la mitad del total de 10.503 casos severos de malaria tratados por MSF en todo el mundo se dieron en el hospital de Baraka (Kivu Sur): 5.026.

MALARIA



La malaria es endémica en RDC y se producen brotes durante casi todo el año. El clima tropical de país y sus muchos ríos y lagos contribuyen a la proliferación de los mosquitos que propagan la enfermedad.

Aunque las tasas de mortalidad por malaria han ido disminuyendo en la región africana⁵⁹, en RDC han aumentado⁶⁰, y la enfermedad representa en la actualidad el 40% de las muertes de niños menores de 5 años⁶¹.

En RDC, los equipos de MSF tratan a un gran número de pacientes con malaria: más de 400.000 personas en 2012⁶².

Los casos de malaria representan un gran porcentaje de todas las enfermedades tratadas en muchos proyectos regulares de MSF. En el hospital de Baraka (Kivu Sur), más de una cuarta parte de los aproximadamente 160.000 pacientes tratados en 2012 lo fueron por malaria⁶³, y un 43% de las admisiones hospitalarias fueron por malaria severa⁶⁴.

Es habitual que MSF lance intervenciones de emergencia en respuesta a brotes de enfermedades mortales en RDC. En 2012, tuvo que responder a un aumento considerable de casos de malaria severa cerca de Kisangani (Oriental): en las zonas de Ganga-Dingila, Buta y Aketi, proporcionó tratamiento ambulatorio de la malaria a casi 60.000 personas y tratamiento hospitalario a más de 3.500⁶⁵.

Pruebas de malaria en el centro de salud de Katanga (Kivu Sur). Septiembre de 2013.



MALARIA SIMPLE Y SEVERA

Si la malaria simple no se trata, puede evolucionar hacia una forma severa: esta última produce daños en el cerebro, los pulmones, el riñón y los vasos sanguíneos. Los afectados probablemente padecerán convulsiones y caerán en coma, con la posibilidad de sufrir daños neurológicos permanentes. Si no se diagnostica a tiempo y no existen medicamentos efectivos para tratarla, la infección puede llegar a ser mortal. La mayoría de las muertes por malaria son casos de malaria complicada severa, y los niños son quienes corren más peligro de contraerla⁶⁶.

© Brendan Bannion

La gravedad de los brotes de malaria en RDC se debe a una serie de factores. No se envían mosquiteras a las zonas vulnerables y, cuando se envían, a veces se hace un mal uso de ellas. Muchos centros de salud carecen del material necesario para analizar y tratar a los pacientes, como por ejemplo pruebas diagnósticas rápidas y transfusiones de sangre. Las frecuentes rupturas de stocks de medicamentos significan que hay escasez perpetua de fármacos. El coste de los servicios de salud en RDC también puede ser prohibitivo para los pacientes, como ya se ha explicado anteriormente.

Los desplazamientos agravan la vulnerabilidad de la población a la malaria. En julio de 2012, MSF suspendió un programa de emergencia en Walikale (Kivu Norte) tras intensos combates entre el Ejército congoleño y el grupo armado Raia Mutomboki. Los equipos de MSF habían estado tratando más de 1.000 casos de malaria por semana. Las actividades médicas se reanudaron a mediados de agosto de 2012, y MSF trató a más de 1.000 pacientes por malaria en apenas dos semanas. Las personas atendidas dijeron que las picaduras se produjeron mientras se escondían en el bosque⁶⁷.

SARAMPIÓN



El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa causada por un virus y transmitida a través de secreciones nasales, bucales o de la garganta cuando la persona infectada tose, estornuda o respira⁶⁸. Puede ser mortal y es especialmente letal en niños menores de 5 años⁶⁹.

El sarampión es prevenible: vacunar a un niño cuesta menos de 20 céntimos de euro⁷⁰, y con una sola dosis basta para garantizar la protección.⁷¹ No obstante, RDC sufre una epidemia sostenida desde 2010⁷².

Año tras año, MSF vacuna a cientos de miles de niños contra el sarampión, y responde a brotes en todo el país, una actividad que confronta a la organización con múltiples retos.

Para muchas personas, la prevención y el tratamiento del sarampión siguen estando fuera de su alcance. En la zona de salud de Yahuma (Oriental), por ejemplo, el centro de salud cuenta con dos neveras y una moto que no funciona para cubrir un área cuya superficie equivale a dos veces la Comunidad de Madrid. La mayoría de los habitantes de esta zona viven en aldeas remotas y por debajo del umbral de la pobreza, lo que significa que

RETOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN EN RDC

La cadena de frío: para asegurar que la vacuna contra el sarampión es efectiva, debe conservarse en frío. En RDC, la cadena de frío a menudo se rompe en zonas remotas debido a la falta de suministro eléctrico.

Tasas oficiales de cobertura: aunque las tasas de cobertura indican que una gran parte del país está protegida contra el sarampión, los recurrentes brotes sugieren lo contrario. Estas tasas de supuesta cobertura vacunal son utilizadas en el discurso oficial, por ejemplo en las negociaciones previas a las autorizaciones que una organización como MSF necesita para vacunar. Por esta razón, estas negociaciones pueden alargarse, y retrasar la tan necesaria respuesta.

Infraestructura: la infraestructura viaria es muy deficiente, y la mayoría de la población carece de medios de transporte para llegar hasta un centro de salud. Los servicios de salud en el país no funcionan muy bien, con frecuencia padecen rupturas de stocks de medicamentos y carecen de personal cualificado.

no pueden desplazarse para conseguir tratamiento. MSF vacunó a 76.000 niños en esta zona durante una intervención de emergencia en 2012⁷³.

CÓLERA



A principios de 2013, MSF lanzó una respuesta al cólera en la capital de la provincia de Katanga, Lubumbashi, la segunda ciudad más grande de RDC, con más de un millón de habitantes. La respuesta a la emergencia duró cinco meses y los equipos de MSF trataron a más de 6.000 personas.

El cólera es una enfermedad diarreica causada por una infección del intestino por la bacteria *Vibrio cholerae*. El hacinamiento, un acceso insuficiente a agua limpia, una gestión de desechos deficiente y unas malas condiciones de saneamiento son perfectos campos de cultivo para esta enfermedad⁷⁴, que es endémica en cinco provincias de RDC⁷⁵.

En muchas ciudades del país, el suministro de agua y las condiciones de saneamiento son muy deficientes⁷⁶, y en los campos de desplazados la situación al respecto es especialmente preocupante⁷⁷.



A finales de 2012, MSF respondió a una mortífera epidemia de cólera que asoló el campo de Kishusha, en Rubaya (Kivu Norte): fueron tratadas 830 personas entre noviembre de 2012 y julio de 2013. El brote estaba directamente relacionado con las deficientes condiciones de vida y la falta de acceso a agua potable.

Las organizaciones de ayuda especializadas en agua, higiene y saneamiento tardaron en responder al brote, lo que facilitó su propagación. A finales de julio de 2013, únicamente había 54 letrinas para una población de 14.000 personas, y casi la mitad de ellas estaban llenas⁷⁸.

VIH/SIDA



Del medio millón de personas VIH-positivas estimadas en RDC⁷⁹, las elegibles para tratamiento antirretroviral ascienden a aproximadamente 243.000 y, de estas, siendo muy optimistas, solo un 30% tienen acceso al mismo⁸⁰.

Aunque RDC está considerado como país de baja incidencia del VIH, la detección y el tratamiento temprano están fuera del alcance de la mayoría de personas que lo necesitan con urgencia. En el Centro Hospitalario de Kabinda, en Kinshasa, MSF ha visto a un gran número de pacientes con graves complicaciones

que habrían podido prevenirse de haber recibido tratamiento antes⁸¹. En Kinshasa, MSF está tratando a 5.000 pacientes: un 10% del total de pacientes en tratamiento en todo el país⁸².

“La gente suele llegar a nuestro hospital en un estadio muy avanzado de su enfermedad, cuando el sida ya ha hecho acto de presencia. Para muchas personas, es demasiado tarde y llegan moribundas. Un 25% no sobreviven y un 39% de estas muertes ocurren dentro de las primeras 48 horas tras el ingreso”

Médico de MSF en Kinshasa. Noviembre de 2013.

Urge que los proveedores de salud amplíen la cobertura de tratamiento antirretroviral y que las autoridades congoleñas cumplan con su compromiso de proporcionar servicios gratuitos de prevención y tratamiento. Los donantes internacionales también deben movilizar los recursos necesarios para asegurar que las personas VIH-positivas tienen acceso gratuito a antirretrovirales.

**SIN ATENCIÓN
MÉDICA**

5

RDC lleva mucho tiempo a la cola de la lista del Índice de Desarrollo Humano; año tras año, así lo ilustran los indicadores de salud del país (esperanza de vida al nacer, mortalidad en niños menores de 5 años⁸³ y gasto público proporcional en sanidad)⁸⁴. La dura realidad es que, en muchas zonas, los congoleños tienen poco o ningún acceso a una asistencia médica de calidad.

“La paciente tenía 23 años. Estaba embarazada y venía de una aldea llamada Kilenge, que no tiene ningún servicio de salud disponible. La aldea se encuentra a 25 kilómetros de Kafumbe, donde hay un pequeño puesto de salud en el que nadie ha trabajado desde hace mucho tiempo, debido a los enfrentamientos y a la falta de personal sanitario y medicamentos en esta región.

La paciente había empezado a tener dolores abdominales en casa, cosa que le preocupó pues ya se encontraba en un estado avanzado de su embarazo. Se fue a casa de su madre y llamaron a una partera tradicional y a un curandero. Durante tres días, estuvo bebiendo brebajes de diferentes hierbas y haciendo los ejercicios físicos que le indicaron para poder dar a luz.

Al cuarto día, el bebé todavía no había nacido. Su familia estaba muy preocupada pues tenía fiebre, olía muy mal y sufría muchísimos dolores. A las 3 de la madrugada, la familia salió rumbo a Shamwana, donde MSF gestiona un hospital en el que ofrece atención médica gratuita.

Tardaron 48 horas en llegar caminando al hospital de MSF. Llevaban a la mujer en una bicicleta, y diez hombres y cuatro mujeres la acompañaban para ayudarla y protegerla, ya que las carreteras no son seguras y les preocupaba que pudiera ser asaltada.

A su llegada al hospital en Shamwana, fue intervenida de urgencia. Había sufrido una grave infección y el bebé había muerto. Ella también habría fallecido si no la hubiésemos operado.”

Médico de MSF en Shamwana (Katanga). Febrero de 2013.

En zonas remotas, los centros de salud y hospitales con frecuencia no funcionan⁸⁵. Una gran variedad de actores no estatales del campo de la salud, actores privados, religiosos, nacionales e internacionales, han entrado en escena para dispensar servicios médicos que en realidad le corresponden al Estado⁸⁶. En un país donde conseguir atención médica es difícil de por sí, la gente topa con considerables obstáculos a la hora de conseguir atención médica en las zonas rurales afectas por el conflicto. La mayoría de las ONG sanitarias operan principalmente en centros urbanos y sus alrededores.

El sistema de recuperación de costes reinante en los servicios de salud públicos y privados requiere que los pacientes paguen por la atención médica que reciben, lo que supone una importante barrera económica para las personas vulnerables que intentan acceder a las pocas estructuras de salud disponibles, sobre todo en caso de emergencia.

En áreas sumidas en crisis crónicas, llegar a quienes necesitan asistencia y prestar ayuda de forma imparcial durante una crisis aguda sigue suponiendo un reto enorme.

FÍSTULA OBSTÉTRICA

La falta de acceso a tiempo a una atención médica de calidad no solo contribuye a un número significativo de muertes maternas en RDC: también a la incidencia de una afección totalmente prevenible llamada fístula obstétrica. Es una lesión causada por un parto prolongado y obstruido sin intervención médica: un orificio permanente en el canal del parto que provoca incontinencia crónica. En muchos casos además el niño nace muerto. Las mujeres que padecen fístulas obstétricas son víctimas del estigma social debido al mal olor que desprenden, que las hace ser percibidas como personas no aseadas. Una paciente afectada que recibió tratamiento de MSF en su proyecto en Shamwana explicaba lo siguiente:

“Cuando supe que tenía una fístula obstétrica, mi marido me abandonó. Antes trabajaba en el campo y tenía amigas. Pero ahora me he distanciado de mi comunidad. No trabajo; solo espero que mis padres me mantengan. Estoy débil. No puedo hacer gran cosa. Cuando mejore, podré volver al trabajo. Me sentiré más fuerte.”

La problemática de la fístula es un síntoma del fracaso del sistema sanitario a la hora de dispensar una atención a la salud materna de calidad y accesible. En RDC, MSF organiza todos los años programas de intervenciones quirúrgicas para reparar esta lesión.



POCA ATENCIÓN SANITARIA DISPONIBLE EN ZONAS RURALES AFECTADAS POR EL CONFLICTO

Aunque un 80% de la población de RDC vive en zona rural, el 80% de los servicios médicos se concentran en núcleos urbanos⁸⁷. Para muchos habitantes de zonas remotas, el puesto de salud más cercano se encuentra a muchos kilómetros de distancia.

En estas regiones, los centros de salud y hospitales a menudo no funcionan y carecen de personal cualificado y material médico⁸⁸. El Gobierno paga salarios muy bajos y los pagos son irregulares, de forma que hay trabajadores sanitarios que no cobran durante meses⁸⁹. Los sistemas de gestión de medicamentos son deficientes y poco transparentes, y coexisten múltiples sistemas paralelos, todo lo cual lleva a frecuentes rupturas de stock⁹⁰. Los precios de los medicamentos tampoco son fijos y varían de una estructura de salud a otra⁹¹.

La situación empeora con la inestabilidad y la violencia así como con la deficiente infraestructura del país. La red viaria deja mucho que desear y muchas estructuras de salud carecen de suministro de agua y electricidad⁹².

EXCLUSIÓN DE LOS POBRES DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Se estima que una gran mayoría de personas en RDC vive con menos de 1,5 euros al día^{93,94}. Para muchas personas en zonas remotas afectadas por el conflicto, el coste de la atención médica supone una barrera a la hora de acudir en busca de tratamiento.

La investigación que llevó a cabo MSF en Walikale (Kivu Norte) en 2013 reveló que en las dos semanas anteriores a la encuesta, en nueve de cada diez familias había habido por lo menos una persona enferma. Más de un 35% de ellas no había buscado atención médica, principalmente por falta de dinero⁹⁵.

Como organización médico-humanitaria, a MSF le preocupa poder asegurar tratamiento médico a aquellas personas que más

Una mujer trabaja en los campos de cultivo cerca de Shamwana (Katanga). Septiembre de 2013.



© Sam Pihels

lo necesitan, y el objetivo es dispensar atención a los más vulnerables, independientemente de su poder adquisitivo. Los servicios de salud gubernamentales en RDC, por el contrario, operan bajo un sistema de recuperación de costes, en el que los pacientes deben pagar por cada componente de la atención médica que reciben. Muchas ONG que gestionan estructuras de salud hacen lo mismo.

En situaciones de emergencia como conflictos, epidemias o catástrofes naturales, el sistema nacional de salud, en teoría, garantiza la atención médica gratuita en sus estructuras⁹⁶. Sin embargo, se ha demostrado que las autoridades no pueden garantizarla^{97,98}.

La investigación de MSF efectuada en RDC durante más de una década demuestra que las tarifas impuestas a los pacientes comprometen su acceso a los servicios de salud, viéndose obligados a recurrir a proveedores de salud alternativos, lo que contribuye a que se empobrezcan todavía más⁹⁹.

USO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS: RECUPERACIÓN DE COSTES VERSUS GRATUIDAD¹⁰⁰

En 2011, el hospital de Lulimba (Kivu Sur) abandonó el sistema de recuperación de costes y empezó a prestar atención gratuita. El número de pacientes se disparó. Este aumento puede atribuirse en gran parte a la introducción de una atención médica gratuita de calidad en la zona.

Servicios		2010 Recuperación de costes	2012 Atención gratuita
Admisiones hospitalarias		1.000	4.925
Partos		182	1.663
Intervenciones quirúrgicas		90	225
Tratamiento antirretroviral (VIH/sida)		0	62
Inicio del tratamiento de la TB		0	90
Vacunaciones (sarampión)		0	2.055

La experiencia de MSF demuestra que, cuando se introducen servicios médicos gratuitos en una zona, aumenta el número de personas que buscan atención médica.

MSF empezó a apoyar al hospital local de Lulimba, una remota ciudad con minas de oro en el territorio de Fizi (Kivu Sur), en octubre de 2011. Con anterioridad, este hospital había estado gestionado por el Ministerio de Salud y aplicaba la recuperación de costes: el paciente debía pagar 2 euros por una consulta pediátrica, 3,5 euros por un parto y 35 por una intervención quirúrgica. El año anterior, 1.000 personas habían sido admitidas en el hospital.

Tan pronto como se instauró la atención gratuita, el número de pacientes se quintuplicó, con 4.925 admisiones hospitalarias en 2012. Los partos también se dispararon, pasando de 182 en 2010 a 1.663 en 2012 (nueve veces más). Incluso teniendo en cuenta que el número de camas hospitalarias creció de 30 a 70, este aumento repentino del uso de los servicios del hospital sin duda se debe en gran parte a la introducción de una atención médica de calidad gratuita.

AYUDA INEFICAZ

La presencia del sistema internacional de ayuda en RDC es elevada y se ha consolidado: incluye a agencias y programas de la ONU, el Movimiento de la Cruz Roja Internacional y la Media Luna Roja, cientos de ONG nacionales e internacionales y agencias financiadoras de países donantes. Pero el sistema actual de ayuda no responde a las necesidades más apremiantes de la población.

En el este del país, el despliegue de la asistencia humanitaria es irregular, y muchas organizaciones no están presentes fuera de los centros urbanos. Y allí donde sí hay organizaciones, su capacidad de asegurar servicios básicos varía mucho¹⁰¹.

Por experiencia, MSF sabe que los actores humanitarios tienen muchas dificultades para responder de forma rápida, flexible y adecuada a las necesidades más acuciantes en situaciones de crisis. Según un estudio sobre la respuesta a emergencias en Kivu Norte en 2012 y 2013, la capacidad de las agencias humanitarias para responder con rapidez a las crisis adolece de estructuras excesivamente burocráticas, financiaciones inflexibles y aversión al riesgo. La mayor parte de las agencias humanitarias simplemente no están presentes en el terreno, pues no quieren o no pueden alejarse de los principales núcleos urbanos por problemas logísticos o de seguridad¹⁰².

En julio de 2013, casi 5.000 personas que huían de los enfrentamientos entre el movimiento M23 y el Ejército congoleño buscaron refugio en Majengo, en Goma (Kivu Norte). A pesar de las desesperadas condiciones en que se instalaron, las ONG tardaron tres semanas en coordinar y lanzar una respuesta. Durante este periodo, MSF fue la única organización humanitaria que ofrecía asistencia a la población desplazada.

Que las personas reciban asistencia en las zonas del este de RDC afectadas por el conflicto o no depende cada vez más de las agendas políticas. Las agencias financiadoras de los países donantes ejercen presión sobre los proveedores de ayuda para que canalicen la asistencia a las zonas libres de milicias, con vistas a estabilizarlas y reforzar la autoridad del Estado.

LA DECLARACIÓN DE ABUJA

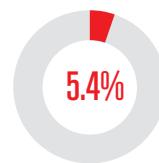
Los jefes de Estado de los países africanos que en 2001 firmaron la Declaración de Abuja, entre ellos RDC, se comprometieron a asignar a la salud al menos un 15% del Presupuesto del Estado.¹⁰³



Sin embargo, en RDC, en 2010, el gasto en salud fue solo del 2,9% del Presupuesto.



frente al 5,4% en 2009¹⁰⁴



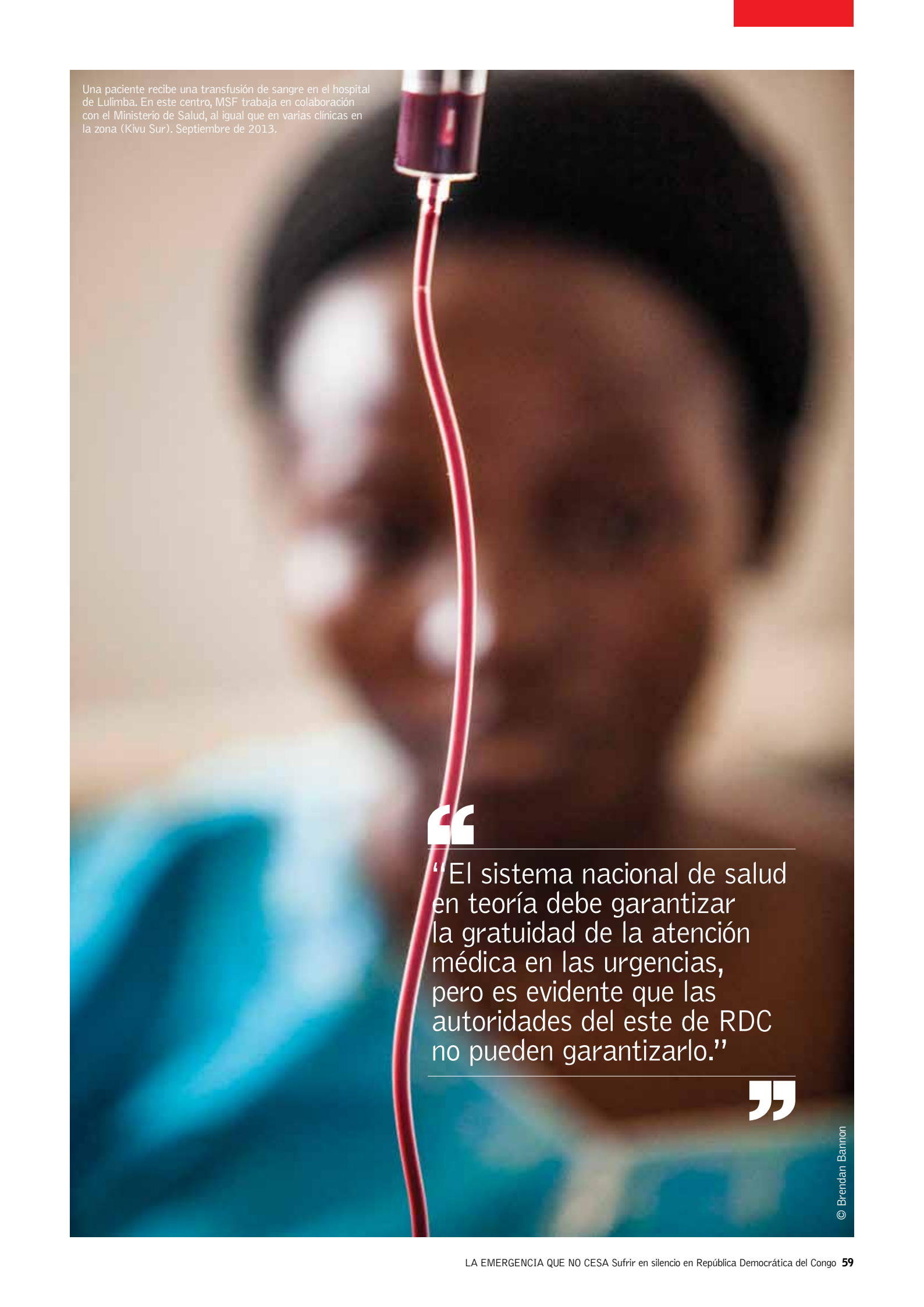
El gasto en salud per cápita es de

11,5€

muy por debajo del gasto mínimo estimado de

32€

per cápita anual necesario para prestar atención médica básica en un país de ingresos bajos¹⁰⁵



Una paciente recibe una transfusión de sangre en el hospital de Lulimba. En este centro, MSF trabaja en colaboración con el Ministerio de Salud, al igual que en varias clínicas en la zona (Kivu Sur). Septiembre de 2013.

“

“ El sistema nacional de salud en teoría debe garantizar la gratuidad de la atención médica en las urgencias, pero es evidente que las autoridades del este de RDC no pueden garantizarlo.”

”

© Brendan Bannion

CONCLUSIÓN

6

RDC sufre una crisis médico-humanitaria. El día a día de los congoleños es una lucha por la supervivencia, en lo que solo puede describirse como una emergencia cotidiana. El país lleva años inmerso en el conflicto y la crisis política. La violencia directa y el desplazamiento son parte de la vida diaria de muchas personas en las provincias del este, y siguen causando mucho sufrimiento a personas, familias y comunidades enteras.

También a diario, MSF hace frente a las consecuencias médicas de la violencia en sus hospitales, centros de salud y clínicas móviles. El conflicto hace que la gente posponga las visitas a los puestos de salud o que abandone su hogar, lo que merma su acceso a los servicios médicos. El personal médico y los hospitales a menudo son objeto de ataques, algo inaceptable y que dificulta, cuando no imposibilita, la dispensación de una atención que es vital. La suspensión de los servicios médicos debido a ataques deja a muchas personas sin una asistencia regular.

El Estado congoleño no ha cumplido con su obligación de ofrecer servicios básicos y atención médica a sus ciudadanos, y miles de personas mueren cada año por enfermedades prevenibles y tratables. Las bajas tasas de inmunización y un ineficaz programa de vacunación suponen que los brotes de enfermedades infecciosas son frecuentes y generalizados. Aparte de los problemas en las infraestructuras y servicios públicos, el sistema de recuperación de costes hace que muchas personas no puedan permitirse ningún tipo de asistencia médica.

Aunque la ayuda internacional en RDC es sustancial, no llega a quienes más la necesitan. La ayuda humanitaria se asigna de forma desequilibrada, priorizando a los habitantes de núcleos urbanos, y dejando desatendidas a muchas personas en zonas rurales o aisladas, que reciben muy poca o ninguna asistencia humanitaria.

MSF reclama medidas inmediatas para acabar con este sufrimiento. Las vidas de quienes necesitan asistencia médica urgente no pueden sacrificarse a la espera de las soluciones a más largo plazo, por muy necesarias que estas sean, en ámbitos como el desarrollo económico, la regeneración del sistema de salud y una resolución política o militar al prolongado conflicto.

Aunque reconocemos las dificultades de trabajar en una situación de crisis prolongada y cambiante, **MSF llama a las agencias de ayuda nacionales e internacionales que trabajan en RDC a revisar de inmediato sus prioridades operacionales, para asegurar que la ayuda que prestan responde a las necesidades de los más vulnerables.** La prestación de asistencia humanitaria debería regirse por el principio de imparcialidad y no guiarse por las agendas políticas o de estabilización. Debe centrarse en incrementar la disponibilidad y la calidad de los servicios médicos para quienes viven fuera de zonas urbanas y para los desplazados que están fuera de los campos.

MSF urge a todos los actores armados a que se abstengan de dañar a los civiles, al personal sanitario y las estructuras médicas. La violencia contra los civiles no debería ser aceptada como un aspecto inevitable de la guerra. Estos actores deben respetar a la población, a los trabajadores humanitarios y las estructuras médicas para que quienes más lo necesitan puedan recibir atención. La neutralidad de la acción humanitaria debe ser respetada por todas las partes en el conflicto, incluida la MONUSCO, que debe identificar claramente a sus efectivos militares para distinguirlos de su personal civil.

Finalmente, debe priorizarse la respuesta a los alarmantes niveles de morbilidad y mortalidad. Todos los agentes implicados en la provisión de atención médica deben dejar de cobrar por sus servicios a los más vulnerables, **especialmente en las zonas afectadas por el conflicto.** Deben redoblar esfuerzos en la prevención y respuesta a las epidemias que tantas vidas se cobran cada año. **MSF llama al Gobierno congoleño a que se esfuerce más para cumplir con su responsabilidad de proporcionar servicios médicos adecuados, y acabar con las barreras que excluyen a los más vulnerables.**

Feza Maliyabo viajó 300 kilómetros en busca de tratamiento para su hijo enfermo de malaria. Viajaron desde Kongolo a Kalemie, y de ahí a Lulimba: Feza sabía que MSF proporciona tratamiento gratuito en Lulimba y Misisi. El Dr. Patient, médico del Ministerio de Salud, atendió al niño durante la guardia de noche. Kivu Sur, septiembre de 2013.

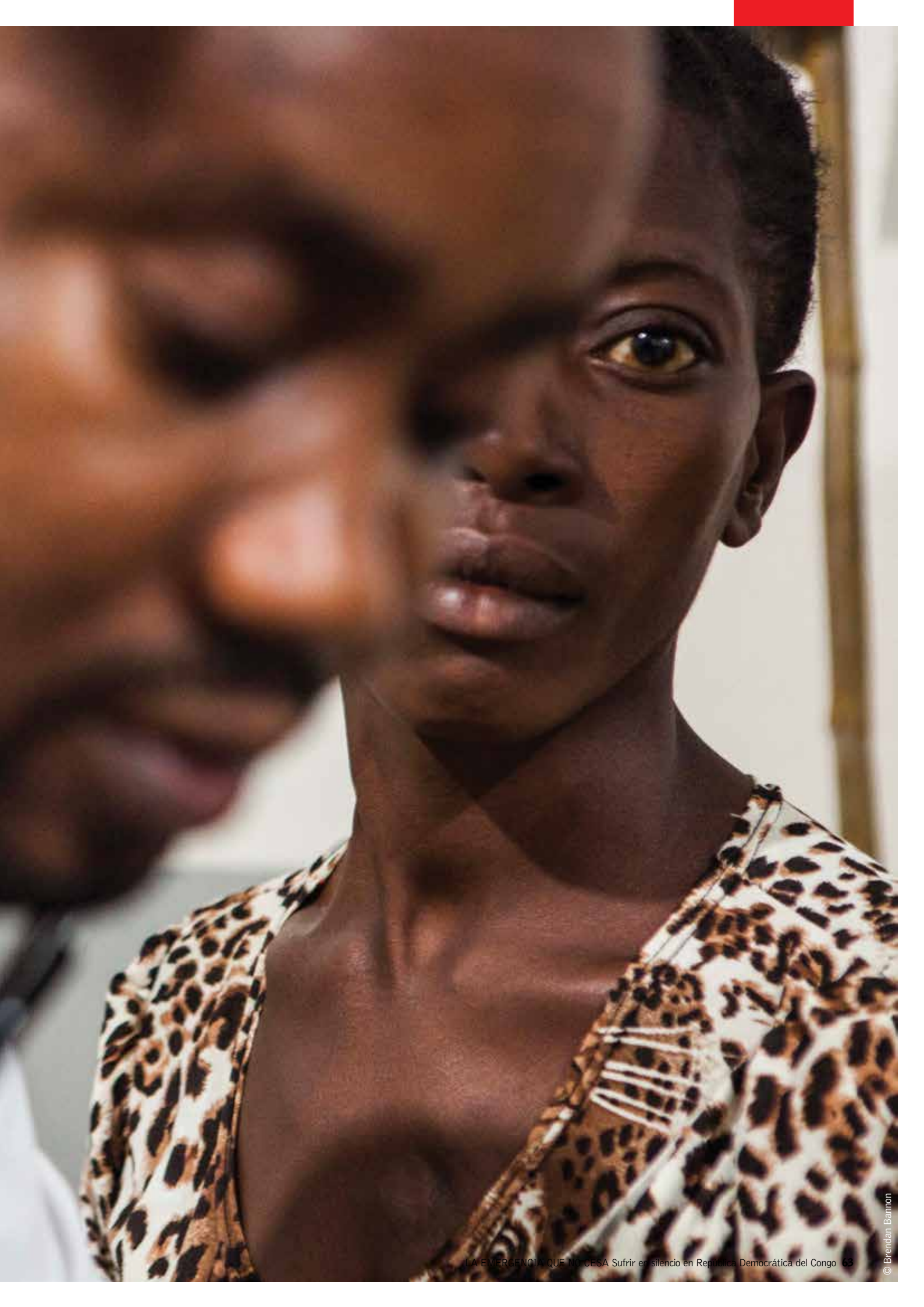
METODOLOGÍA

Este informe aborda la situación sanitaria y humanitaria que sufren las poblaciones de las provincias congoleñas afectadas por el conflicto en Kivu Norte, Kivu Sur, Oriental y Katanga.

Se basa en datos recopilados en 2011, 2012 y 2013 en los proyectos de MSF que responden a la violencia y el olvido en estas provincias, y se complementa con informes internos sobre los programas médicos en RDC.

Los datos médicos recopilados de forma rutinaria en los proyectos de MSF en RDC entre 2007 y 2012 ofrecen una visión de la magnitud de la respuesta de MSF a las emergencias médico-humanitarias. Los datos de todo el país para 2013 todavía se están consolidando y analizando, pero no muestran cambios significativos respecto a años anteriores. Por tanto, podemos decir que persisten las tendencias que se deducen de los datos hasta 2012.

Los múltiples testimonios recogidos entre el personal y los pacientes de MSF, así como de la población en general, pretenden ayudar a entender el impacto médico-humanitario de la violencia y de la falta de atención médica. RDC realizó su último censo poblacional en 1984, lo que explica por qué los actores humanitarios, incluyendo a MSF, han tenido que depender, para su trabajo, de estimaciones y extrapolaciones.



NOTAS

- ¹ UN OCHA. Democratic Republic of the Congo: Internally displaced people and returnees (Diciembre de 2013) [Internet]. 2014 [citado en 2014 Feb 6]. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDC%20Factsheet_Mouvement%20de%20population_english_Dec2013.pdf.
- ² Ibid.
- ³ USAID MCHIP. Integrated Community Case Management of Childhood Illness: Documentation of Best Practices and Bottlenecks to Program Implementation in the Democratic Republic of the Congo. 2012; p4. Disponible en: <http://www.ccmcentral.com/files/contents/DRC%20Summary%20English.pdf>.
- ⁴ MSF USA. 2012 Report: Democratic Republic of Congo [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.doctorswithoutborders.org/publications/ar/report.cfm?id=6916&cat=activity-report>.
- ⁵ Autesserre S. The Trouble with the Congo: Local violence and the failure of international Peacebuilding. New York: Cambridge university press; 2010.
- ⁶ Kabamba P. Business of Civil War. New Forms of Life in the Debris of the Democratic Republic of Congo. Dakar: Council for the Development of Social Science Research in Africa; 2013.
- ⁷ Human Rights Watch. Rwanda: Observing the rules of war? [Internet]. 2001. Disponible en: <http://www.hrw.org/reports/2001/12/20/rwanda-observing-rules-war>.
- ⁸ DeRouen, K. Civil Wars of the World: Major Conflicts Since World War II, Volume 1. Santa Barbara, California: ABC-CLIO, Inc; 2007.
- ⁹ Ibid.
- ¹⁰ Nzongola-Ntalaja G. The Great Lakes Region. In: Kriger, K, Murphy, C, Crahan, M, editors. The Oxford Companion to Comparative Politics. New York: Oxford University Press; 2012. pp. 480-483.
- ¹¹ RC. Special Report: Congo [Internet]. 2007; Disponible en: <http://www.rescue.org/special-reports/special-report-congo-y>.
- ¹² Ibid.
- ¹³ DeRouen K. Civil Wars of the World: Major Conflicts Since World War II, Volume 1. Santa Barbara, California: ABC-CLIO, Inc; 2007.
- ¹⁴ Weiss H. The Democratic Republic of the Congo: A Story of Lost Opportunities to Prevent or Reduce Deadly Conflicts. In: Cooper, R, Kohler, J, editors. Responsibility to Protect: The Global Moral Compact for the 21st Century. New York: Palgrave MacMillan; 2009.
- ¹⁵ Stearns J. From CNDP to M23: The evolution of armed movement in eastern Congo [Internet]. Usalama Project, Rift Valley Institute; 2012. Disponible en: <http://www.riftvalley.net/download/file/field/776>
- ¹⁶ Al Jazeera. Who are DR Congo's M23 rebels? [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.aljazeera.com/news/africa/2012/11/2012112511326353348.html>.
- ¹⁷ The Guardian. Congo rebels withdraw from Goma [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.theguardian.com/world/2012/dec/01/congo-drc-rebels-withdraw-goma>.
- ¹⁸ Human Rights Watch. Open Letter to the UN Security Council from Human Rights Watch on Human Rights Abuses in the Democratic Republic of Congo [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.hrw.org/news/2013/10/03/open-letter-un-security-council-human-rights-watch-human-rights-abuses-democratic-re>.
- ¹⁹ MSF USA. Thousands of Displaced Civilians at Risk in Katanga Province [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6578>.
- ²⁰ UN OCHA. Democratic Republic of Congo: Internally Displaced People and Returnees as of 31 March 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: http://rdc-humanitaire.net/attachments/article/3446/RDC%20Factsheet%20Mouvement%20de%20population_2013_Trimestre1_ENGLISH.pdf.
- ²¹ MSF USA. Tending to People Displaced by Fighting in DRC's Orientale Province [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=7058&cat=field-news>.
- ²² Enough Project. The Networks of Eastern Congo's Two Most Powerful Armed Actors as of August 2, 2013. [Internet]. 2013. Disponible en: http://enoughproject.org/files/CongoArmedActors_Table_August2013.pdf.
- ²³ Los efectivos de las FARDC son estimaciones del Banco Mundial para 2011: 134.250. Banque Mondiale. Personnel des forces armées, total. 2014. Disponible en: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/MS.MIL.TOTL.P1>.
- ²⁴ Los efectivos uniformados de la MONUSCO a partir del 30 de noviembre de 2013 suman 21.474 personas. UN MONUSCO. MONUSCO Facts and Figures. 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/peacekeeping/missions/monusco/facts.shtml>.
- ²⁵ MSF, Análisis de la violencia en Masisi. Noviembre de 2012. Informe interno. 2013.
- ²⁶ Comunicación personal con Bili (MSF). Informe interno. 2013.
- ²⁷ MSF Épicentre. Medical data for all five OCs in DR Congo, 2007-2012. Informe interno. 2013.
- ²⁸ MSF USA. DRC: High Levels of Sexual Violence in Goma Camps [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6566>.
- ²⁹ Ibid.
- ³⁰ AFP. Rape 'on increase' near DR Congo's Goma: charity [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5h1izo5R6KPziWeg2lbHD0B622qWg?docId=CNG.573e548be77ec3359502d353179646ba.4d1>.
- ³¹ MSF USA. MSF Treats Victims of Mass Rape on New Year's Day in DRC [Internet]. 2011. Disponible en <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?cat=press-release&id=4942>.
- ³² Ibid.
- ³³ MSF. Baraka project data for 2012. Interno. 2013.
- ³⁴ Hitchman E (MSF). Evaluation of Mental Health needs of the displaced population at Bibwe. Informe interno. 2013.
- ³⁵ Ibid.
- ³⁶ Ibid.
- ³⁷ Ibid.
- ³⁸ Ibid.
- ³⁹ MSF, Análisis de la violencia en Masisi. Noviembre de 2012. Informe interno. 2013.
- ⁴⁰ UN OCHA. Democratic Republic of the Congo: Internally displaced people and returnees (Diciembre de 2013) [Internet]. 2014. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDC%20Factsheet_Mouvement%20de%20population_english_Dec2013.pdf.
- ⁴¹ Número de desplazados en RDC: 2,7 millones. Número de desplazados en todo el mundo: 28,8 millones. Fuente: IDMC, estimaciones para 2012.
- ⁴² IDMC. Global overview 2012 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.internal-displacement.org/global-overview/pdf>.

- ⁴³ Número de desplazados en África: 10,4 millones. Fuente: estimaciones del IDMC para 2012.
- ⁴⁴ IDMC. Global overview 2012 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.internal-displacement.org/global-overview/pdf>.
- ⁴⁵ UN OCHA. Democratic Republic of the Congo: Internally displaced people and returnees (Diciembre de 2013) [Internet]. 2014. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDC%20Factsheet_Mouvement%20de%20population_english_Dec2013.pdf
- ⁴⁶ Ibid.
- ⁴⁷ Alberti K, Grellety E, et al. Violence against civilians and access to health care in North Kivu, Democratic Republic of Congo: three cross-sectional surveys. *Conflict and Health* [Internet]. 2010; 4(17). Disponible en: <http://www.conflictandhealth.com/content/4/1/17>.
- ⁴⁸ Ibid. In 2009, field research carried out in North Kivu province showed that people travelled roughly half a day to one-and-a-half days in search of a safe place.
- ⁴⁹ UNHCR. 60,000 Congolese in North Kivu spontaneous IDP site wait for better tomorrows [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.unhcr.org/5072cd459.html>.
- ⁵⁰ MSF. Principales puntos sobre la falta de asistencia a las poblaciones desplazadas en Kivu Norte. Informe interno 2013.
- ⁵¹ De los 66.264 niños que estaba previsto vacunar, solo se vacunaron 10.136 antes de que MSF tuviese que marcharse debido a la inseguridad (cobertura de solo un 15,3%).
- ⁵² MSF. Encuesta de mortalidad en Walikale. Interno. 2013.
- ⁵³ Alberti K, Grellety E, et al. Violence against civilians and access to health care in North Kivu, Democratic Republic of Congo: three cross-sectional surveys. *Conflict and Health* [Internet]. 2010; 4(17). Disponible en: <http://www.conflictandhealth.com/content/4/1/17>.
- ⁵⁴ MSF USA. DRC: High Levels of Sexual Violence in Goma Camps [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6566>.
- ⁵⁵ MSF USA. DRC: MSF Launches Massive Malaria Response Across Three Provinces [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=5845&cat=field-news>.
- ⁵⁶ OMS. Mortalidad infantil por causa y país, 2000-2010: 2013. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMortDistCountry?lang=en>.
- ⁵⁷ MSF USA. MSF Screens Over 16,000 People for Sleeping Sickness in Democratic Republic of Congo [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=7031>.
- ⁵⁸ World Bank. Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population) for DRC. 2013. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY?page=1>. Las estadísticas de 2006 son las últimas disponibles.
- ⁵⁹ OMS. Informe sobre la Malaria en el Mundo, 2012 [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/wmr2012_factsheet.pdf.
- ⁶⁰ OMS. Perfil de País, RDC: Informe Mundial sobre Malaria la, 2012. 2013. Disponible en: http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_cod_en.pdf.
- ⁶¹ President's Malaria Initiative. PMI Country Profile (DRC). 2013. Disponible en: http://www.fightingmalaria.gov/countries/profiles/drc_profile.pdf.
- ⁶² MSF Épicentre. Medical data for all five OCs in DR Congo, 2007-2012. Internal. 2013.
- ⁶³ MSF. Datos del proyecto de Baraka en 2012. Informe interno. 2013. Cifra total de pacientes tratados por malaria (< 5 y > 5): 42.305. Cifra total de consultas médicas: 162.665.
- ⁶⁴ MSF. Datos del proyecto de Baraka en 2012. Informe interno. 2013. Número de casos de malaria severa confirmados (< 5 y > 5): 3.955. Cifra total de admisiones: 9.193).
- ⁶⁵ MSF USA. DRC: Urgent Action Needed to Prevent Malaria Deaths in Orientale Province [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6738>.
- ⁶⁶ MSF Access Campaign. Fact Sheet: Malaria. 2012. Disponible en: <http://www.msfaccess.org/content/fact-sheet-malaria>.
- ⁶⁷ MSF USA. MSF resumes activities in Walikale, North Kivu [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6259>.
- ⁶⁸ MSF UK. Focus on Measles [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.msf.org.uk/measles>.
- ⁶⁹ OMS. Datos sobre el Sarampión No 286 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>.
- ⁷⁰ MSF USA. Global Vaccines Community Must Bring Price of New Vaccines Down [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6734>.
- ⁷¹ MSF USA. Measles continues to stalk the Democratic Republic of Congo [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.doctorswithoutborders.org/news/article_print.cfm?id=6660.
- ⁷² Ibid.
- ⁷³ Ibid.
- ⁷⁴ MSF UK. Focus on Cholera [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.msf.org.uk/cholera>.
- ⁷⁵ OMS. Brotes de cólera en la República Democrática del Congo (RDC) [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2012_07_23/en/.
- ⁷⁶ IRIN. DRC: Poor sanitation systems hinder fight against cholera [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.irinnews.org/report/95384/drc-poor-sanitation-systems-hinder-fight-against-cholera>.
- ⁷⁷ Cronin A, Shrestha D, et al. A review of water and sanitation provision in refugee camps in association with selected health and nutrition indicators – the need for integrated service provision. *Journal of water and health*. 2008. 6(1). Disponible en: <http://www.unhcr.org/4add71179.pdf>.
- ⁷⁸ MSF. Argumentario sobre la falta de asistencia a poblaciones desplazadas en Kivu Norte. Documento interno. 2013.
- ⁷⁹ ONUSIDA. Estimaciones sobre VIH y sida (2012), RDC [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo/>.
- ⁸⁰ MSF International. Millions still waiting for AIDS revolution [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msf.org/article/millions-still-waiting-aids-revolution>.
- ⁸¹ MSF USA. Majority of People Living with HIV Denied Treatment [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5742>.
- ⁸² Ibid.

- ⁸³ Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, UN Population Division and World Bank). CME Info. Estimaciones sobre Mortalidad Infantil [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.childmortality.org/files_v15/download/U5MR.xlsx.
- ⁸⁴ Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Humano 2012. 2012. Disponible en: <http://data.worldbank.org>.
- ⁸⁵ Seay L. Effective responses: Protestants, Catholics and the provision of healthcare in the post-war Kivus. *Review of African Political Economy*. 2013 [citado en 2013 Nov 28]; 40(135): pp85-86. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056244.2012.761601#.UpdAXtJdVIE>.
- ⁸⁶ Ibid.
- ⁸⁷ Esanga JR., Lusi G and Bitwe R. Exploring the complex contributions of a community based safe motherhood program to comprehensive primary health care. 2010. Ottawa: Teasdale Corti Project. Informe Final 2011 Disponible en: <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Congo%20Final%20Project%20Report.pdf>.
- ⁸⁸ Seay L. Effective responses: Protestants, Catholics and the provision of healthcare in the post-war Kivus. *Review of African Political Economy*. 2013 [citado en 2013 Nov 28]; 40(135): pp85-86. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056244.2012.761601#.UpdAXtJdVIE>.
- ⁸⁹ Ibid.
- ⁹⁰ US Global Health Initiative. Democratic Republic of Congo Strategy 2011 – 2014. 2011. Disponible en: <http://www.ghi.gov/whereWeWork/docs/DRCstrategy.pdf>.
- ⁹¹ Ibid.
- ⁹² D'Errico N, Kalala T et al. You say rape, I say hospitals. But whose voice is louder? Health, aid and decision-making in the Democratic Republic of Congo. *Review of African Political Economy*. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056244.2012.761962#.UpdK09JdVIE>.
- ⁹³ World Bank. 2013. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY?page=1>.
- ⁹⁴ Datos de 2006, los más recientes disponibles. Otras fuentes fiables citan esta cifra: <http://web.undp.org/evaluation/documents/thematic/conflict/drc.pdf>.
- ⁹⁵ MSF. Encuesta de mortalidad de Walikali. Informe interno. 2013.
- ⁹⁶ En 2008, la Dirección Provincial de la Salud de Kivu Norte abrió una Oficina de Emergencia en el departamento de Vigilancia Epidemiológica. Según la nota del inspector médico provincial, esta Oficina garantiza una respuesta rápida en caso de emergencia causada por el conflicto, desastres naturales y/o brotes epidémicos, y asegura, a través de la colaboración con las contrapartes humanitarias, la atención médica gratuita.
- ⁹⁷ MSF France. RD Congo : explosion des cas de paludisme dans la zone de santé de Rutshuru [Internet]. 2013. Disponible en: <http://msf.fr/presse/communiqués/rd-congo-explosion-cas-paludisme-zone-sante-rutshuru>.
- ⁹⁸ MSF USA. Measles Continues to Stalk the Democratic Republic of Congo [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=6660>.
- ⁹⁹ Ponsar F, Tayler-Smith K et al. No cash, no care: how user fees endanger health. Lecciones aprendidas sobre las barreras económicas a los servicios de salud en Burundi, Sierra Leona, República Democrática del Congo, Chad, Haití y Malí. *International Health*. 2011; 3: pp91–100. Disponible en: <http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/10144/203642/1/Ponsar%20No%20cash,%20No%20care.pdf>.
- ¹⁰⁰ 100 MSF et MOH. Données du projet Lulimba pour 2010-2012. Informe interno. 2013.
- ¹⁰¹ Tiller, S, Healy, S (MSF). A review of the humanitarian response to the 2012-13 emergencies in North Kivu, Democratic Republic of Congo. 2013.
- ¹⁰² Ibid.
- ¹⁰³ OMS. La Declaración de Abuja: Diez años después. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf>.
- ¹⁰⁴ Presupuesto preliminar para 2010 del Ministerio de Finanzas de RDC, tal como aparece en: US Global Health Initiative. Democratic Republic of Congo Strategy 2011 – 2014. 2011. Disponible en: <http://www.ghi.gov/whereWeWork/docs/DRCStrategy.pdf>.
- ¹⁰⁵ OMS. Atlas Mundial del Gasto en Salud, 2010. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>.



