

Identidad

Características específicas de Médicos Sin Fronteras

MSF es una organización privada, independiente, apolítica y confesional de ayuda humanitaria que cuenta con dos millones de socios en todo el mundo y más de 28 años de experiencia en trabajo humanitario en inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, hambruna, conflictos armados, poblaciones desplazadas, campos de refugiados, epidemias y poblaciones marginadas. MSF envía cada año más de dos mil profesionales de 45 nacionalidades diferentes a los escenarios de crisis y está presente en 84 países. Sus objetivos son la ayuda a las poblaciones víctimas de catástrofes de origen natural o humano, sin discriminación de nacionalidad, raza, sexo, creencia religiosa o política.

Reconocimiento internacional

Premio Príncipe de Asturias de la Concordia, 1991
Premio del Consejo de Europa a los Derechos Humanos, 1992
Medalla Nansen Refugiados, 1993
Premio a la Transparencia, 1993
Premio Roosevelt a las Cuatro Libertades
Premio Seúl de la Paz, 1996
Premio Roma de la Paz, 1996
Premio Indira Gandhi, 1996
Premio Conrad N. Hilton, 1998
Premio Nobel de la Paz, 1999

ORIGEN

Médicos Sin Fronteras (MSF) se creó en Francia en 1971

A principios de los setenta, coincidieron en ese país un grupo de médicos testigos del genocidio de la minoría iba durante la guerra de secesión de Biafra (Nigeria, 1968) y otro grupo recién llegado de socorrer a las víctimas de las inundaciones que asolaron Pakistán Oriental (actual Bangladesh) en 1970. El primer grupo, que trabajaba con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), se sentía frustrado ante la obligación que dicha organización exigía a sus miembros de guardar silencio sobre lo visto y hecho en Biafra. El segundo grupo fue testigo de la descoordinación, falta de medios y escasa eficacia de la ayuda humanitaria a las víctimas de las inundaciones.

En plena resaca de mayo del 68, ese grupo de personas se dio cuenta de que, una vez finalizado el proceso de descolonización, el escenario internacional estaba en fase de transformación y se imponía adaptar la ayuda humanitaria a las nuevas necesidades. A partir de entonces, atender a las víctimas no sería suficiente: había que denunciar las violaciones de los derechos humanos, crear corrientes de opinión a través de los medios de comunicación y profesionalizar la ayuda.

Así nació Médicos Sin Fronteras. Una organización no gubernamental, apolítica y aconfesional, cuyo principal objetivo consiste en proporcionar ayuda sanitaria de urgencia de forma rápida y eficaz y denunciar las violaciones del derecho internacional.

Hoy en día, la red internacional de Médicos Sin Fronteras cuenta con seis secciones operacionales en Bélgica, España, Francia, Holanda, Luxemburgo y Suiza, así como una oficina internacional en Bruselas con enlaces en las oficinas de Naciones Unidas en Nueva York y Ginebra. Además, la organización tiene oficinas de representación en Alemania, Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Hong-Kong, Italia, Japón, Noruega, Reino Unido y Suecia.

Con 28 años de experiencia atendiendo a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano, decenas de

miles de personas que han aportado su profesionalidad durante este cuarto de siglo y con programas en 84 países, Médicos Sin Fronteras es la mayor organización humanitaria independiente de ayuda sanitaria del mundo.

Fechas más relevantes

1971 El 20 de diciembre, creación de **Médicos Sin Fronteras**.

1972 Nicaragua. Proyecto de emergencia a causa de un terremoto.

1975 Vietnam. Primer proyecto en una zona en guerra.

1976 Líbano. Un equipo de 56 personas trabaja en el hospital de Beirut durante el asedio.

1979 Tailandia. MSF envía cien profesionales a los campos de refugiados camboyanos.

1980 MSF comienza a trabajar en el país.

1985 MSF denuncia el desvío de la ayuda humanitaria y el desplazamiento forzado de la población. La organización es expulsada del país por el régimen de Mengistu.

1988 Sudán. MSF da la voz de alarma para salvar al pueblo dinka de la hambruna

1989 Armenia. Ayuda de emergencia a las víctimas del terremoto

1991 El éxodo kurdo. Asistencia a los refugiados kurdos durante la Guerra del Golfo

1992 Bosnia–Herzegovina. MSF denuncia la limpieza étnica y los crímenes contra la humanidad

1993 Somalia. MSF denuncia que los métodos empleados por las tropas de Naciones Unidas en Somalia violan los principios humanitarios elementales **Burundi**. MSF proporciona ayuda de emergencia a 600.000 refugiados burundeses en Ruanda, Tanzania y desplazados en Burundi

1994 Ruanda. MSF solicita a la comunidad internacional que intervenga para detener el genocidio. Un millón de refugiados ruandeses que huyen del avance del Ejército Patriótico Ruandés (EPR) llegan a Goma (Zaire). En pocos días miles de personas mueren de cólera. MSF pone en marcha el mayor proyecto de lucha contra el cólera jamás realizado

1995 Bosnia. MSF es la única presencia internacional durante la caída del enclave de Srebrenica **Chechenia**. MSF proporciona ayuda en el interior de la república y en los campos de refugiados de los países vecinos

1996 Nigeria. MSF vacuna a 4,5 millones de personas contra la meningitis **Chechenia**. MSF presiona a los miembros del G-7, reunidos en la cumbre de Moscú, para que fuercen al gobierno ruso a poner fin a la violación masiva de los derechos humanos y a los ataques sistemáticos contra la población civil **Zaire**. Estalla la guerra civil. Los campos de refugiados ruandeses son atacados por las tropas de la Alianza, que provocan el retorno masivo de refugiados de Uvira, Goma y Bukavu. Sin embargo, cientos de miles huyen hacia el interior de Zaire. MSF les ofrece asistencia allí donde es posible

1997 República Democrática del Congo. MSF lucha por acceder a los refugiados ruandeses y denuncia las masacres y las violaciones de derechos humanos **Corea del Norte**. MSF, una de las pocas organizaciones internacionales que logra entrar en este aislado país, abastece de medicinas a centros de salud y hospitales en tres provincias. **Afganistán**. Los equipos de MSF en Kabul abogan enérgicamente por la no aplicación de la

orden de los talibanes restringiendo el acceso de las mujeres a la atención sanitaria

1998 Ruanda. En marzo MSF solicita una investigación sobre el papel desempeñado por el gobierno francés en el genocidio **Sur de Sudán**. MSF pone en marcha proyectos de emergencia para asistir a las víctimas de la hambruna y denuncia la utilización del hambre como arma de guerra **América Central**. La organización pone en marcha proyectos de emergencia y desplaza a más de 170 voluntarios para atender a las víctimas del huracán Mitch

1999 Balcanes. Alrededor de 800.000 albanokosovares se instalan en campos de refugiados. Más de 150 voluntarios de MSF trabajan en los campos y centros colectivos. La organización denuncia que la guerra no es una acción humanitaria **Kosovo**. Tras el acuerdo de paz en junio, MSF es la primera organización de ayuda humanitaria que entra en Kosovo. Inmediatamente se ponen en marcha proyectos en Prizren, Jakovica, Pec, Pristina y Metrovica **Timor Oriental**. MSF lleva atención médica a los desplazados en Dili y pone en marcha un proyecto de cirugía en el hospital de Bacau

2000 Mozambique. Asistencia y prevención de epidemias entre las bolsas de población desplazadas como consecuencia de las inundaciones.

CARTA MAGNA

Médicos Sin Fronteras es una asociación privada con vocación internacional. La asociación reúne mayoritariamente a los miembros del cuerpo sanitario y está abierta a otros profesionales útiles a su misión.

Todos suscriben sobre el honor los siguientes principios:

1. Médicos Sin Fronteras aporta su ayuda a las poblaciones en situación precaria, a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de

conflictos armados, sin discriminación de raza, sexo, religión, filosofía o política.

2. Al actuar en la más estricta neutralidad e imparcialidad, Médicos Sin Fronteras reivindica, en nombre de la ética médica universal y del derecho a la

asistencia humanitaria, plena y entera libertad en el ejercicio de su función.

3. Médicos Sin Fronteras se compromete a respetar los principios deontológicos de su profesión y a mantener una independencia total de todo poder, así como de toda fuerza política, económica o religiosa.

4. Los voluntarios, miden los riesgos y peligros de las misiones que cumplen y no reclamarán para sí mismos ni para sus allegados compensación alguna, salvo la que la asociación sea capaz de proporcionarles.

ACCION HUMANITARIA. ASISTENCIA Y PROTECCIÓN

MSF trabaja en países que viven en situaciones de crisis, frecuentemente olvidadas o ignoradas por la comunidad internacional.

En conflictos internos, con millones de personas desplazadas o refugiadas, el número de excluidos en el mundo va en aumento. Es en estos contextos de crisis y exclusión donde la ayuda humanitaria adquiere

sentido.

La acción humanitaria es un gesto de sociedad civil a sociedad civil que se caracteriza por dos elementos inseparables y complementarios entre sí: la asistencia y la protección.

MSF trabaja con las personas víctimas de la exclusión y es esta proximidad la que permite realizar un acto de solidaridad sobre la base de los principios humanitarios.

Los principios humanitarios definen qué y quién se implica en la ayuda humanitaria. Esta ayuda es:

Humana, es la persona y su dignidad quienes están en el centro de la perspectiva humanitaria.

Imparcial, porque no discrimina.

Neutra, entendiendo la neutralidad no como un silencio cómplice sino evitando que la ayuda se erija como un elemento hostil.

Independiente, de toda presión política, financiera o militar.

Además de estos principios humanitarios, MSF se rige por unos principios operacionales. Éstos son: poder acceder libremente a las poblaciones, hacer una evaluación imparcial de las necesidades, una libre supervisión de las actividades y controlar la utilización de la ayuda.

Estos principios son la garantía de que esta ayuda es llevada a cabo según los principios humanitarios.

Sin embargo, la ayuda humanitaria no se limita a una asistencia material. MSF, al trabajar directamente con las poblaciones excluidas, puede fijarse un objetivo no operacional: testimoniar. El testimonio es una forma de protección, de dar voz a quienes no la tienen y expresar así la solidaridad hacia su situación. Es un deber relacionado con la necesidad de cambiar las causas profundas que generan las situaciones de crisis, y no solamente cubrir las necesidades básicas

IDENTIDAD Y PRINCIPIOS

MSF intenta preservar la vida y aliviar el sufrimiento dentro del respeto a la dignidad, con la voluntad de restablecer al ser humano su capacidad de elección y autonomía. Ello se traduce en asistencia sanitaria y el compromiso personal de actuar como testigo de la suerte de las víctimas.

Independencia

Se trata ante todo de independencia de espíritu que reposa sobre la independencia de juicio y una actitud crítica. Médicos Sin Fronteras, con el fin de preservar su independencia de acción, diversifica al máximo sus fuentes de financiación.

Imparcialidad

No hacer discriminaciones de ningún tipo. Prestar ayuda con independencia de nacionalidad, raza, sexo, creencia religiosa o política, teniendo en cuenta la prioridad de quienes necesitan más la ayuda, con un espíritu universal.

Neutralidad

MSF no toma parte en los conflictos de orden político, racial o religioso. Sin embargo, testimonia y denuncia las violaciones masivas de los Derechos Humanos y/o del Derecho Internacional Humanitario de las que es testigo.

MSF trabaja para las poblaciones vulnerables. La neutralidad consiste en que nuestra acción vaya en beneficio de dichas poblaciones, no en beneficio de los beligerantes, ni siendo instrumentalizada.

Ética Médica

Los miembros de la organización respetan en todo momento los principios deontológicos de su profesión y no pueden ser obligados a realizar acciones contrarias a los mismos.

Derecho Internacional

MSF solicita el respeto, entre otros, de los siguientes acuerdos: Convenciones de Ginebra y sus Protocolos Adicionales, Convención de 1951 sobre Refugiados, Convención contra la Tortura, Convención contra el Genocidio y Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Principios operacionales

- libertad de acceso y asistencia a las víctimas
- libertad de evaluación de las necesidades
- libre elección de las acciones y los medios a emplear
- libertad de control de la cadena de distribución de la ayuda
- respeto a la inmunidad humanitaria

Médicos Sin Fronteras cuenta con más de 2.000.000 de socios y trabaja en más de 80 países, desde sus oficinas en todo el mundo.

Secciones operacionales
Francia (París)
Bélgica (Bruselas)
España (Barcelona)
Holanda (Amsterdam)
Suiza (Ginebra)
Oficina internacional
Bruselas

Secciones no operacionales
Alemania
Hong-Kong
Australia
Italia
Austria
Japón
Canadá
Noruega
Dinamarca
Reino Unido
Emiratos Árabes
Suecia
Estados Unidos

Funciones
Gestión de proyectos en el terreno
Captación de fondos y recursos humanos.v
Comunicación.

Funciones
Coordinación internacional de MSF
Enlace con las oficinas de Naciones Unidas en Nueva York y Ginebra

Funciones
Captación de fondos y recursos humanos
Comunicación
Participación en la toma de decisiones
Comunicación

PREMIO NOBEL DE LA PAZ, 1999

Discurso presentado por el Dr. James Orbinski, Presidente del Consejo Internacional de MSF en Noruega, el 10 de diciembre de 1999

Sus Majestades, Su Alteza, Miembros del Comité Noruego del Nobel, Excelencias, Señores y Señoras:

La gente de Chechenia – y la gente de Grozny – hoy y durante más de tres meses, están soportando

bombardeos indiscriminados por parte del ejército ruso. Para ellos la asistencia humanitaria es virtualmente desconocida. Son los enfermos, los viejos y los débiles los que no pueden escapar de Grozny. Mientras la dignidad de los pueblos en crisis constituye el núcleo central del honor que hoy nos conceden ustedes, lo que reconocen en nosotros es nuestra particular respuesta a esta dignidad. Ruego aquí hoy a su excelencia el Embajador de Rusia y, a través de él, al Presidente Yeltsin que detengan los bombardeos de civiles indefensos en Chechenia. Si los conflictos y las guerras son asuntos de estado, las violaciones del derecho humanitario, los crímenes de guerra y los crímenes contra la humanidad nos conciernen a todos nosotros.

Déjenme añadir, sin demora, que Médicos sin Fronteras acepta con la más sincera gratitud la extraordinaria distinción que el Comité del Nobel nos concede. No obstante, también la aceptamos con el profundo malestar que nos produce saber que la dignidad de los excluidos está siendo violada a diario. Éstas son las olvidadas poblaciones en peligro, como los niños de la calle que luchan cada trabajoso minuto del día por vivir de los despojos que les dejan aquellos que sí están incluidos en el orden económico y social. Éstos también son los refugiados ilegales con quienes trabajamos en Europa, a quienes se les ha denegado el asilo político y que, por miedo a ser expulsados temen incluso buscar asistencia sanitaria.

Nuestra acción consiste en ayudar a las personas en situaciones de crisis. La nuestra no es una acción gratificante. Aportar asistencia sanitaria a los que sufren es intentar defenderles de los peligros que les acechan como seres humanos. La acción humanitaria es mucho más que simple generosidad, mucho más que simple caridad. Su objetivo consiste en construir espacios de normalidad en medio de lo que es profundamente anormal. Más que ofrecer asistencia material, nuestro propósito es conseguir devolver a las personas sus derechos y dignidad como seres humanos. Como asociación voluntaria e independiente, nos hemos comprometido a aportar asistencia médica directa a las poblaciones necesitadas. Pero no podemos actuar en el vacío, y nuestras palabras no pueden quedar en el aire, trabajamos, pues, con la clara intención de asistir, de provocar cambios, de revelar injusticias. Nuestra acción y nuestra voz son un acto de indignación, un rechazo a aceptar ataques pasivos o activos sobre los demás.

El honor que hoy nos conceden podría fácilmente darse también a otras muchas organizaciones, o personas que luchan con dignidad dentro de sus respectivas sociedades. Pero claramente, ustedes han optado por reconocer a MSF. Empezamos formalmente en 1971 como un grupo de médicos y periodistas franceses que decidieron ofrecerse para ayudar a las poblaciones en crisis, rechazando, si procedía, las prácticas de aquellos estados que violaban directamente la dignidad de las personas. Durante mucho tiempo se ha creído que el silencio significaba neutralidad, presentándose como condición indispensable para la acción humanitaria. Desde el principio, MSF se creó para oponerse a esta creencia.

No podemos asegurar que las palabras siempre salven vidas, pero sabemos que el silencio sin lugar a dudas las aniquila. Durante más de 28 años hemos estado y seguimos estando aún hoy irrevocablemente comprometidos con la ética del rechazo. Es ésta la orgullosa génesis de nuestra identidad, y actualmente luchamos como movimiento imperfecto pero fuerte, con esa fuerza que proporcionan nuestros voluntarios y nuestro personal nacional, y nuestros millones de donadores que apoyan, tanto financiera como moralmente, el proyecto que es MSF. Compartimos este honor con todos aquellos que, de una u otra forma, han luchado y continúan luchando cada día por mantener viva la frágil realidad de MSF.

El Humanitarismo tiene lugar allí donde la política ha fracasado o en tiempos de crisis. Actuamos no para asumir una responsabilidad política, sino para, en primer lugar, aliviar el inhumano sufrimiento del fracaso. Este acto debe estar libre de cualquier influencia política, y los políticos deben reconocer su responsabilidad de asegurar que lo humanitario puede existir. La acción humanitaria requiere un marco de actuación.

En un conflicto, este marco lo constituye el derecho humanitario. Establece los derechos de las víctimas y de las organizaciones humanitarias y determina la responsabilidad que los estados tienen de asegurar el respeto a estos derechos y sancionar su violación como crímenes de guerra.

En la actualidad, este marco es claramente disfuncional. A menudo, se nos niega el acceso a las víctimas de conflictos. La asistencia humanitaria es utilizada incluso como una herramienta de guerra por las partes beligerantes. Y lo que es aún más grave, estamos presenciando la militarización de la acción humanitaria por parte de la comunidad internacional.

Dentro de este marco disfuncional, tomaremos la palabra para forzar a los políticos a asumir su ineludible responsabilidad. El humanitarismo no es una herramienta para acabar con la guerra o para crear la paz. Es una respuesta ciudadana al fracaso político. Es un acto inmediato a corto plazo que no puede borrar las necesidades a largo plazo de responsabilidad política.

Y con nuestra ética del rechazo no permitiremos el más mínimo fracaso político moral ni el saneamiento o limpieza del significado real de la más insignificante de las injusticias. Los crímenes contra la humanidad de 1992 en Bosnia–Herzegovina. El genocidio de 1994 en Ruanda. Las masacres de 1997 en Zaire. Los ataques indiscriminados contra civiles en Chechenia. Todo esto no puede quedar enmascarado con la utilización de términos tales como Compleja Emergencia Humanitaria o Crisis de Seguridad Interna, o de eufemismos similares, como si se tratase de acontecimientos políticamente indeterminados y fortuitos. La terminología es, pues, un factor determinante ya que enmarca el problema y proporciona la respuesta. Asimismo, define derechos, y, por consiguiente, responsabilidades. Define si es más adecuada una respuesta médica o humanitaria. Y define si una respuesta política es inadecuada. Nadie llama a una violación una emergencia ginecológica compleja. Una violación es una violación, así como un genocidio es un genocidio. Y ambos son crímenes. Para MSF, en esto consiste la acción humanitaria: en aliviar el sufrimiento, en devolver autonomía, en dar testimonio de la verdadera injusticia, y en continuar insistiendo sobre la responsabilidad política.

El trabajo que MSF elige hacer no tiene lugar en el vacío, sino dentro de un orden social que tanto incluye como excluye, que tanto afirma como niega, y que tanto protege como ataca. Nuestro trabajo diario es una lucha, y es profundamente médica, y es profundamente personal. MSF no es una institución formal, y, con suerte, no lo será jamás. Es una organización de la sociedad civil, y hoy en día la sociedad civil juega un nuevo papel global, una nueva legitimidad informal que está arraigada a su acción y al apoyo que recibe de la opinión pública. Depende también de la madurez de su propósito con respecto, por ejemplo, a los derechos humanos, al medio ambiente y a los movimientos humanitarios, y, por supuesto, al movimiento por un comercio justo. Los conflictos y la violencia no son los únicos elementos de preocupación. Nosotros, como miembros de la sociedad civil, mantendremos nuestro papel y nuestro poder si conservamos la lucidez con respecto a nuestros propósitos y nuestra independencia. Como sociedad civil, formamos parte del estado, de las instituciones y su poder. También existimos en relación con otros actores no estatales como es el sector privado. Nuestro papel no es el de reemplazar la responsabilidad del estado. La responsabilidad final del estado es la de incluir, no la de excluir, la de que los intereses públicos prevalezcan sobre los privados, y la de asegurar que exista un orden mundial justo. Depende de nosotros el no permitir que se utilice la ayuda humanitaria como coartada para enmascarar la responsabilidad del estado y así asegurar justicia y seguridad. Y de nosotros depende también que no nos convirtamos en gestores de miserias junto con el estado. Si la sociedad civil identifica un problema no le corresponde proporcionar una solución, sino esperar a que los estados lo traduzcan en soluciones concretas y justas. Sólo el estado tiene la legitimidad y el poder de hacerlo.

En la actualidad, en lo que se ha venido a llamar economía de mercado globalizadora, nos enfrentamos a una injusticia creciente. Más del 90% de todas las muertes y el sufrimiento por causa de enfermedades infecciosas tienen lugar en el mundo en vías de desarrollo. Una de las razones por las que la gente muere de SIDA, Tuberculosis, la enfermedad del sueño y otras enfermedades tropicales es que medicamentos esenciales que podrían salvarles o aliviarles son demasiado caros, ya no se fabrican porque no son rentables o porque prácticamente no se hacen investigaciones sobre enfermedades tropicales relevantes. Esta deficiencia del mercado es nuestro próximo reto. El reto, sin embargo, no es sólo nuestro. También los gobiernos, instituciones gubernamentales internacionales, la industria farmacéutica y otras ONGs deben hacer frente a esta injusticia. Lo que nosotros pedimos como sociedad civil es cambio, no limosna.

Reafirmamos la independencia del humanitarismo sobre la política, pero no lo hacemos para polarizar entre la bondad de las ONG en contra de la maldad de los gobiernos o las virtudes de la sociedad civil contra la perversidad del poder político. Este tipo de polémicas son falsas y peligrosas. Al igual que ocurre entre esclavitud y los derechos del bienestar, la historia nos ha demostrado que las preocupaciones humanitarias nacidas en la sociedad civil han ido ganando influencia hasta alcanzar la agenda política. Pero estas coincidencias no deben enmascarar las diferencias que existen entre lo político y lo humanitario. La acción humanitaria queda definida por su inmediatez, para grupos limitados y con limitados objetivos. Ello es a la vez tanto su fuerza como su limitación. La acción política, sin embargo, sólo puede concebirse a largo plazo, lo que en sí mismo supone el movimiento de las sociedades. La acción humanitaria es, por definición, universal. Las responsabilidades humanitarias no tienen fronteras. Dondequiera que haya una aflicción manifiesta, el humanitario por vocación debe responder. Por el contrario, la política conoce fronteras, y cuando hay una crisis, la respuesta política varía porque se hace necesario sopesar relaciones históricas, equilibrios de poder, e intereses de unos y otros. El tiempo y el espacio de lo humanitario no coinciden con el tiempo y el espacio de lo político. Varían de forma opuesta, y es ésta otra manera de emplazar los principios fundadores de la acción humanitaria: el rechazo de todas aquellas formas de resolver problemas que impliquen el sacrificio de los más débiles y vulnerables – ninguna víctima puede ser discriminada de forma intencionada o abandonada en beneficio de otros. Una vida hoy no puede ser medida por el valor que pueda llegar a tener mañana, y aliviar el sufrimiento aquí no puede legitimar que se obvie el sufrimiento allí. Al limitar los medios, obviamente, se está haciendo una elección, pero el contexto y el carácter restrictivo de la acción humanitaria no alteran los fundamentos de esta visión humanitaria, una visión que, por definición, debe ignorar las elecciones políticas. En la actualidad, existe una confusión y una ambigüedad inherente en el desarrollo de las llamadas operaciones humanitarias militares. Tenemos que criticar este tipo de intervenciones llamadas militares-humanitarias. La acción humanitaria existe sólo para preservar la vida, no para eliminarla. Nuestras armas son nuestra transparencia, la claridad de nuestras intenciones, tanto como nuestras medicinas y nuestro instrumental quirúrgico. Nuestras armas no pueden ser aviones de combate y tanques, aunque a veces pensemos que su utilización pueda responder a una necesidad. Lo humanitario no tiene nada que ver con lo militar, y lo militar no es lo humanitario. No somos lo mismo, no podemos permitir que se nos vea como lo mismo, y no podemos convertirnos en lo mismo. Concretamente, ésta es la razón por la que para nuestro trabajo en Kosovo nos negamos a recibir financiación de los países miembros de la OTAN. Y por este motivo nos mostramos críticos entonces y lo continuamos siendo ahora con el discurso humanitario de la OTAN. Por eso también, en el terreno, podemos trabajar junto a las fuerzas armadas, pero ciertamente no bajo sus órdenes. El debate sobre el Derecho de Injerencia – el derecho que el estado tiene de intervenir por motivos llamados humanitarios – vuelve a ser prueba de esta ambigüedad. Pretende poner al mismo nivel que la ayuda humanitaria, la cuestión política del abuso de poder, y busca una legitimidad humanitaria para una acción de seguridad a través de medios militares.

Cuando uno mezcla lo humanitario con la necesidad de seguridad pública, entonces inevitablemente se está cubriendo lo humanitario con el manto de la seguridad. Debe recordarse que el Mandato de las Naciones Unidas obliga a los estados a intervenir a veces por la fuerza para detener amenazas contra la paz y la seguridad internacional. No es necesario, y es, de hecho, un peligro, utilizar la justificación humanitaria para esto. En Helsinki, este fin de semana, los gobiernos se sentarán a organizar la formación de un ejército europeo con motivos humanitarios. Hacemos un llamamiento a los gobiernos para que no continúen por este peligrosamente ambiguo camino. Pero también animamos a los estados a que busquen formas de asegurar la seguridad pública para que los derechos humanos y el derecho humanitario internacional sean respetados.

La acción humanitaria tiene sus limitaciones. No puede ser un sustituto de una acción política definitiva. En Ruanda, al principio del genocidio, MSF se manifestó abiertamente para pedir que éste se detuviera por el uso de la fuerza. Y así lo pidió también la Cruz Roja. Sin embargo, nuestro grito de ayuda no encontró más que parálisis institucional, prevalecida de los propios intereses y rechazo de responsabilidad política para parar un crimen que nunca jamás volvería a pasar sin protesta. El genocidio acabó antes que se iniciara la Operación Turquesa de las Naciones Unidas.

Por un momento me gustaría reconocer la presencia entre nuestros invitados de Chantal Ndagijimana. Ella perdió a 40 miembros de su familia en el genocidio de Ruanda. Hoy ella es parte de nuestro equipo en Bruselas. Sobrevivió al genocidio, pero al igual que otros millones de personas, su madre, su padre, sus hermanos y hermanas no. Y tampoco sobrevivieron cientos de miembros de nuestro personal local. Yo era Coordinador General de la misión de MSF en Kigali durante esa época. No hay palabras para describir el coraje con el que nuestro personal ruandés trabajaba. No hay palabras para describir el horror en el que morían. Y no hay palabras para describir el profundo pesar que yo y todos en MSF llevaremos siempre con nosotros.

Recuerdo lo que uno de mis pacientes me dijo en Kigali: Ummerra, Ummerra – sha. Se trata de un dicho ruandés que podría traducirse como coraje, coraje, amigo mío – encuentra tu coraje y déjale vivir. Me lo dijo en Kigali en nuestro hospital una mujer que no sólo había sido atacada con un machete, sino que, además, su cuerpo había sido completa y sistemáticamente mutilado. Habían cortado sus orejas. Y su cara estaba desfigurada por los cortes que los machetazos habían dibujado en su rostro. Al hospital llegaron cientos de mujeres, niños y hombres ese día, tantos que tuvimos que colocarles en la calle. Y en muchos casos, les operábamos allí mismo mientras alrededor del hospital las cloacas literalmente rezumaban sangre por todas partes. Ella era una entre muchos, viviendo un sufrimiento inhumano y simplemente indescriptible. Podíamos hacer muy poco por ella en ese momento, sólo intentar detener la hemorragia con las suturas necesarias. Nos sentíamos vencidos, y ella sabía que había otros muchos. Ella lo sabía y yo también. Y fue ella quien me liberó de mi propio infierno cuando me dijo con la voz más clara que jamás haya podido oír : allez, allezummera, ummera – sha (ves, vesamigo mío; encuentra el coraje y déjale vivir).

Hay límites para el humanitarismo. Ningún médico puede llegar a detener un genocidio. La acción humanitaria no puede detener la limpieza étnica, así como tampoco puede hacer la guerra. Y no hay acción humanitaria que pueda conseguir la paz. Éstas son responsabilidades políticas y no imperativos humanitarios. Déjenme que les diga esto muy claramente: el acto humanitario es el más apolítico de todos los actos, pero si sus acciones y su moralidad son tomadas en serio, puede llegar a tener implicaciones políticas profundas. Y la lucha contra la impunidad es una de estas implicaciones. Esto es exactamente lo que se ha querido reafirmar con la creación del Tribunal Internacional tanto para Yugoslavia como para Ruanda. Es también lo que se ha reafirmado con la adopción de estatutos para una Tribunal Internacional. Son pasos significativos. Pero hoy, cuando se celebra el cincuenta aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos, el Tribunal todavía no existe, y los principios sólo han sido ratificados por tres estados este año pasado. A este paso, tardaremos veinte años antes de que exista. ¿Qué estamos esperando?. Cualquiera que sea el coste político de hacer justicia dentro de la comunidad de estados, MSF puede afirmar y afirmará que el coste en vidas humanas de la impunidad es imposible de soportar.

Sólo los estados pueden imponer respeto al derecho humanitario. Y este esfuerzo no puede ser puramente simbólico. Srebrenica era aparentemente una zona de seguridad en la que nosotros – como MSF – estábamos presentes, como también lo estaban las Naciones Unidas como protección, decían, con sus cascos azules sobre el terreno. Y la ONU permaneció en silencio y presente – mientras la gente de Srebrenica era masacrada. Tras los fatales intentos de la intervención de las Naciones Unidas en la antigua Yugoslavia y Ruanda que llevaron a la muerte a miles de personas, MSF se opone al principio de una intervención militar que no esté definida dentro de marco claro de responsabilidad y transparencia. MSF no quiere que las fuerzas militares demuestren que son capaces de montar campos de refugiados más rápidamente que las ONGs. Las operaciones militares de las Naciones Unidas deberían estar al servicio de los gobiernos y las políticas de protección de los derechos humanos de las víctimas. Si las operaciones militares de las Naciones Unidas tienen por objeto proteger a la población civil en el futuro, más allá del mea culpa del Secretario General en el caso de Srebrenica y Ruanda, deben modificarse las operaciones de pacificación de las Naciones Unidas. Los estados miembros del Consejo de Seguridad deben hacerse públicamente responsables de las decisiones que votan. Su derecho al veto debería ser regulado. Los Estados Miembros deberían poder asegurar que existen los medios adecuados para implementar las decisiones que toman.

Sí, la acción humanitaria tiene límites. También tiene responsabilidades. No se trata sólo de normas de buena conducta y una buena técnica. Es ante todo una ética dentro de una moralidad. La intención moral de la acción humanitaria debe ser confrontada con los resultados reales. Y es aquí donde debe rechazarse cualquier forma de neutralidad moral sobre lo que es bueno. Un resultado negativo que debe ser rechazado es el uso de lo humanitario en 1985 para apoyar la migración forzada en Etiopía, o en 1996 para dar apoyo al régimen genocida en el campo de refugiados de Goma. A veces es necesaria la abstención para que lo humanitario no se utilice en contra de una población en crisis. Más recientemente, en 1995, fuimos la primera organización humanitaria independiente que tuvo acceso a entrar en Corea del Norte. ¿Por qué decidimos entonces irnos en otoño de 1998?. Porque llegamos a la conclusión que no podíamos proporcionar asistencia libremente y con independencia de influencia política por parte de las autoridades. Nos dimos cuenta que los más vulnerable lo continuarían siendo siempre, dado que la ayuda alimentaria se utiliza para soportar un sistema que en primer lugar crea vulnerabilidad y siembra el hambre para millones de personas. Nuestra acción humanitaria debe ser dispensada de forma independiente, con libertad de acceso, para proporcionar y monitorizar la asistencia de forma que los más vulnerables sean los primeros en recibirla. La ayuda humanitaria no debe enmascarar las causas del sufrimiento y no puede ser simplemente una herramienta de política interna o externa que, en lugar de luchar contra el sufrimiento, contribuya a él. Si éste es el caso, debemos confrontar el dilema y considerar abstenernos como la menos mala de las opciones. Como MSF, ponemos constantemente en cuestión los límites y ambigüedades de la acción humanitaria— particularmente cuando se somete en silencio a los intereses de los estados y de las fuerzas armadas.

La semana pasada, el Congreso de los Estados Unidos aprobó un proyecto de ley autorizando ayuda alimentaria directa a los Rebeldes en el Sur de Sudán. E aquí un ejemplo de malversación del significado y objetivo de la asistencia humanitaria, convirtiendo los alimentos en combustible para la guerra. Es una negligencia por parte de los estados utilizar cualquier medio político para tratar una guerra que en 17 años se ha cobrado millones de vidas. La guerra civil en Sudán es hoy un sufrimiento humano en el que hay millones de desplazados al borde de la enfermedad y la hambruna; en el que la gente es bombardeada, robada, y constantemente asaltada e incluso esclavizada, mientras se protegen los intereses de las compañías petrolíferas; en el que el espacio humanitario es tan gravemente restringido que sólo existe en algunas zonas; y en el que nosotros y otras ONGs y Agencias de las Naciones Unidas luchamos por aportar asistencia humanitaria y protección. ¿Son los alimentos la única opción política para nutrir esta guerra?. La ayuda alimentaria o asistencia humanitaria, si se trata realmente de asistencia humanitaria, no puede utilizarse como una herramienta de los gobiernos para hacer política. En este caso, debemos denunciar el uso perverso que se hace de los alimentos y que confunde el significado de la asistencia humanitaria. Si se permite utilizar los alimentos como arma de guerra, se está legitimando entonces que se mate a las poblaciones de hambre también como arma de guerra.

El humanitarismo independiente es una lucha diaria por dar asistencia y proteger. En la gran mayoría de nuestros proyectos, lo llevamos a cabo lejos de las miradas de los medios de comunicación y de la atención de los políticamente poderosos. Lo vivimos profundamente, íntimamente en la aflicción de guerras y crisis olvidadas. Numerosos pueblos de África agonizan literalmente en un continente rico en recursos naturales y cultura. Cientos de miles de nuestros contemporáneos son forzados a abandonar sus tierras y sus familias para buscar trabajo, comida, educar a sus hijos, y conservar la vida. Hombres y mujeres arriesgan sus vidas embarcando en viajes clandestinos sólo para acabar en un infernal centro de inmigración, o sobreviviendo a duras penas en la periferia de nuestro llamado mundo civilizado.

Nuestros voluntarios y personal viven y trabajan entre gente cuya dignidad es violada cada día. Estos voluntarios deciden libremente utilizar su libertad para hacer del mundo un lugar más soportable. A pesar de grandes debates sobre el orden mundial, el acto del humanitarismo viene a resumirse en una sola cosa: seres humanos individuales ayudando a sus homólogos a quienes toca vivir en las más adversas circunstancias. Vendaje a vendaje, sutura a sutura, vacuna a vacuna. Y para MSF, que trabaja en unos 80 países, 20 de los cuales en situación de conflicto bélico, significa también explicar al mundo las injusticias de las que ha sido testigo con la esperanza que los ciclos de violencia y destrucción no continúen eternamente.

Al aceptar este extraordinario honor, queremos de nuevo agradecer al Comité del Nobel su reafirmación del derecho a la asistencia humanitaria en todo el planeta; su reconocimiento del camino que MSF ha elegido y que es el de existir dentro de una ética del rechazo, testimoniando con franqueza y honestidad, y suscribiendo los principios de la organización: voluntariado, imparcialidad y su lucha para que se reconozca la humanidad de las personas. Son los voluntarios y personal nacional de MSF quienes luchan cada día por hacer que estos ideales se conviertan en una realidad concreta, quienes han dado al menos un poco de paz a los sufren, quienes son la viva realidad de MSF. De nuevo, gracias.

Acciones

MSF está presente en 84 países del mundo. Más de 2.500 voluntarios y 10.000 profesionales trabajan con nuestros equipos para llevar la ayuda humanitaria a las poblaciones más desfavorecidas. En muchos casos, las situaciones en las que se encuentran estas poblaciones no son objeto de grandes titulares en la prensa. MSF pretende rescatar del olvido a las poblaciones olvidadas.

24 horas bastan para desplazar equipos especializados y 40 toneladas de material. Doscientos veintisiete kits especializados, almacenes en zonas francas, protocolos de actuación estandarizados y un equipo internacional de emergencia, capacitan a MSF para responder de forma rápida, eficaz y flexible a las necesidades más urgentes. Kits como el K-10.000 (que contiene todo lo necesario para atender a 10.000 personas durante tres meses) o el Kit médico-quirúrgico (que incluye material para practicar 150 intervenciones quirúrgicas) y la formación continuada que reciben los equipos, permiten a éstos ser operacionales desde el primer momento.

Con Médicos Sin Fronteras la ayuda llega a su destino

Para preservar la independencia de acción y trabajar allí donde sea necesario, MSF necesita todo el apoyo de la sociedad civil y apuesta por la diversificación de fondos. MSF controla toda la cadena de distribución de la ayuda desde el origen hasta su destino final, es decir, las personas en peligro. El presupuesto global de todo el movimiento internacional en 1998 fue de 228 millones de dólares.

MSF testigo de las grandes tragedias del último cuarto de siglo

Refugiados camboyanos en 1979, acciones clandestinas en Afganistán en 1980, hambruna en Etiopía en 1984, hambruna en Sudán en 1988, terremoto de Armenia en 1989, Guerra del Golfo y desintegración de Yugoslavia en 1991, guerra civil y hambruna en Somalia en 1992, refugiados ruandeses en 1994, guerra de Chechenia en 1995, epidemia de meningitis en Nigeria e inundaciones en China en 1996, crisis Grandes Lagos 1996-97, hambruna en el sur de Sudán en julio de 1998, el huracán Mitch en Centroamérica en noviembre de 1998, crisis de Kosovo en marzo de 1999, terremoto en Turquía en agosto de 1999, Timor Oriental en septiembre del mismo año.

Rescatar del olvido a las poblaciones no mediatizadas

Marcha por Camboya en 1980, denuncia del desvío de la ayuda humanitaria y el desplazamiento forzado de poblaciones en Etiopía en 1985, llamamiento de ayuda al pueblo dinka de Sudán en 1988, campaña por Somalia en 1992, denuncia del proceso de limpieza étnica y crímenes contra la humanidad en la exYugoslavia en 1992, denuncia del bombardeo sobre la población civil de Gorazde, campaña "No se detiene un genocidio con médicos" en Ruanda en 1994, denuncia de la desaparición de 8.000 personas en Srebrenica en 1995 y del bombardeo indiscriminado sobre la población civil de Chechenia en 1996, retorno de los refugiados en la crisis de los Grandes Lagos en 1996-97, epidemia de cólera en la costa Este de África en diciembre de 1997-febrero 98, terremoto de Afganistán en enero de 1998 y emergencia en Sudán, en junio de 1998.

FASES DE UN PROYECTO

Misión exploratoria

La información que desencadena una misión exploratoria procede de diversas fuentes: petición de ayuda del gobierno local o la comunidad internacional; propuesta por parte de organismos de coordinación humanitaria como el Departamento de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (DHA), o de financiadores como la Oficina Europea de Asuntos Humanitarios (ECHO); solicitud de ONG locales o internacionales o por datos facilitados por equipos de MSF ya presentes en la región.

Una vez valorada la información recibida, MSF envía un equipo al escenario de los hechos. Dicho equipo suele estar formado por un/a médico/a y un/a logista que llevarán a cabo una misión exploratoria. El objetivo de ésta es evaluar rápidamente la situación y los daños ocasionados, estimar el número de afectados y las necesidades presentes y futuras. Un informe es enviado de inmediato a la sede central que, en caso de considerarlo necesario, pone en marcha el proceso de selección de personal, la compra de material y la búsqueda de financiación para iniciar el programa de ayuda.

Proyecto

Una vez redactado el proyecto y elaborado el presupuesto se envían equipos técnicos y material a la zona. En grandes crisis se fletan aviones de carga de 40 toneladas que contienen todo el material médico y logístico necesarios para arrancar de inmediato las actividades. Gracias a la estandarización de los protocolos de trabajo, la organización de materiales en kits especializados y los almacenes en zonas francas, en caso de emergencia y en 24 horas, MSF desplaza a la zona afectada material y equipos que son operativos desde el mismo momento en que aterrizan.

Evaluación

Los proyectos son evaluados de forma continua a fin de adaptar las actividades a las necesidades reales de las poblaciones. El flujo de información entre el proyecto y la sede central es constante. Ello proporciona a MSF una gran flexibilidad operativa que asegura la optimización de los recursos en beneficio de las personas afectadas por una catástrofe o que carecen de atención sanitaria.

Cierre

Cuando MSF considera que las necesidades que originaron el proyecto han sido cubiertas, inicia la retirada gradual de sus equipos y cierre definitivo del programa o bien lo traspassa a otras ONG locales o internacionales o al gobierno del país.

AREAS DE ACTUACION

Conflictos armados

Cuando un conflicto estalla, MSF envía equipos de médicos/as, cirujanos/as, anestelistas, enfermeros/as y logistas a la zona previamente evaluada por una misión exploratoria, con el objeto de atender con prontitud a los afectados. La asistencia sanitaria de urgencia (curativa, nutricional y preventiva) y el tratamiento médico-quirúrgico, exigen unas condiciones mínimas de hospitalización: almacenamiento y distribución de material y medicamentos, higiene y asepsia de la infraestructura, instalación y mantenimiento de quirófanos, formación del personal auxiliar. A los problemas técnicos se añaden, en estos casos, problemas de seguridad y acceso a las víctimas.

Catástrofes naturales y de origen humano

Terremotos, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas, explosiones, etc., provocan desequilibrios que destruyen el tejido social y desorganizan los servicios públicos. Una catástrofe natural puede provocar cientos de miles de damnificados e incomunicar una región en cuestión de horas. Este tipo de situaciones exige una logística capaz de responder con rapidez y flexibilidad ya que de ello depende la eficacia de la acción. Son necesarios almacenes con material adaptado y estandarizado listo para salir en cualquier momento. MSF dispone además, de guías escritas elaboradas con la experiencia adquirida en muchos países, que permiten organizar de forma rápida tanto el envío de la ayuda como la distribución de la misma en el lugar de los hechos.

Campos de refugiados y desplazados

Conflictos armados y catástrofes provocan con frecuencia el desplazamiento de miles de personas que, huyendo del peligro, se hacen en otras regiones o en países vecinos. En 1976, había dos millones setecientos mil refugiados. Actualmente, se estima en más de cincuenta millones el número de refugiados y desplazados. En la mayoría de los casos, estas personas lo han perdido todo y su supervivencia depende de la protección que les otorgue la comunidad internacional. Su presencia plantea siempre problemas en el país de acogida: sobrecarga de las estructuras locales, ocupación de terrenos, degradación medioambiental y tensiones políticas.

Refugiados

MSF, que colabora desde hace más de 20 años con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), es una de las organizaciones con más experiencia en campos de refugiados del mundo y ha desarrollado un saber hacer innovador en este tipo de programas. Atención médica, vacunación masiva, formación de personal, nutrición, suministro de agua potable, saneamiento ambiental, son algunas de las actividades que la organización desarrolla en los campos.

Epidemias

Las epidemias son enfermedades comunes que requieren intervenciones de urgencia, ya que por la rapidez con la que se transmiten afectan a un gran número de personas. Una enfermedad se convierte en epidemia cuando de manera súbita el número de personas afectadas aumenta bruscamente. Si desborda la capacidad asistencial del sistema local de salud, resulta en una excesiva mortalidad que en determinadas ocasiones es fácilmente evitable. El control de la transmisión de la enfermedad depende de su mecanismo de transmisión, pero puede agruparse en tres grupos principales: control del agua y medidas higiénicas: para las enfermedades que se transmiten por vía orofecal (cólera, disentería por *Shigella*).

vacunación: cuando existe una vacuna eficaz contra la enfermedad (sarampión, meningitis).

control de vectores: control de insectos que transmiten enfermedades tales como dengue, tifus, peste.

Cuando estalla una epidemia, las tres prioridades son el tratamiento de los casos, de cara a disminuir el número de muertes por la enfermedad, limitar el número de casos, es decir, evitar que la enfermedad continúe propagándose y, finalmente, realizar un seguimiento de la epidemia para asegurarse de que el número de casos vuelve a la media normal antes de dar por finalizada la epidemia.

Hambrunas

A pesar del complejo sistema internacional de la ayuda alimentaria y de que hoy día es posible prever las sequías, siguen produciéndose hambrunas. La malnutrición que provocan afecta sobre todo a la población infantil, y es la causa de un aumento de la mortalidad y de secuelas en el desarrollo físico y psíquico.

Para conocer la situación nutricional de una población, se valora sólo a los menores de cinco años por ser el sector más sensible. Entre los niños que padecen malnutrición aguda severa, el porcentaje de mortalidad alcanza un 30 %.

Dependiendo del grado de la hambruna, se pueden realizar tres tipos de programas:

Distribución general: es una ración básica que se entrega a todo individuo y que consiste en 400 g de un cereal, 50 g de una leguminosa, 40 g de aceite vegetal y otros productos como sal. Esto aporta unas 2.100 kilocalorías por persona y día, cantidad considerada el mínimo necesario.

Programas nutricionales suplementarios: su objetivo es prevenir la malnutrición severa. Están dirigidos a los niños con malnutrición moderada, embarazadas, madres lactantes o a todos los menores de cinco años. Aportan un complemento de unas 1.000 kcal a la ración general, cuando ésta es insuficiente.

Centros nutricionales terapéuticos: destinados al tratamiento de la malnutrición severa. En estos centros se ofrece asistencia las veinticuatro horas del día, además de una terapia nutricional muy protocolizada y una asistencia médica casi intensiva para hacer frente a todas las infecciones y complicaciones electrolíticas que sufren estos niños.

Programas a medio plazo

En estrecha colaboración con las autoridades del país, MSF también se ocupa de la rehabilitación de hospitales y dispensarios, de centros de salud en regiones aisladas, de campañas de vacunación, saneamiento y formación de personal local. Estos programas se llevan a cabo en coordinación con organismos internacionales como la Unión Europea (UE), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Su objetivo es el relanzamiento progresivo de las estructuras de salud para que puedan funcionar de forma autónoma.

Poblaciones marginadas de países desarrollados

La sociedad del bienestar atrae cada vez más inmigrantes y crea bolsas de pobreza. Todas estas personas han sido excluidas del sistema de servicios sociales. En la Unión Europea 52 millones de personas viven en situación de pobreza y carecen de los cuidados sanitarios básicos y de programas específicos que faciliten su integración social. MSF, consciente de esta problemática, trabaja también en beneficio de esta población.

Sensibilización

MSF considera parte integrante de su trabajo la sensibilización de la sociedad, con la doble finalidad de rescatar del olvido a poblaciones en situación precaria y cambiar actitudes. Para ello, testimonia sobre desplazamientos forzados, violaciones masivas de los Derechos Humanos, genocidio, crímenes de guerra y emprende campañas de lobbying para promover cambios en la legislación vigente e influir en los procesos de toma de decisiones.

Financiación

FINANZAS. 1999 EN CIFRAS

Los resultados financieros del año 99 se inscriben en las tendencias del plan propuesto a cinco años y permiten a la asociación seguir desempeñando sus operaciones, con la confianza de tener una estructura financiera sólida e independiente.

La política financiera de Médicos Sin Fronteras en el año 1999 se ha centrado en reforzar la independencia operacional de la asociación a través de los siguientes objetivos:

Conseguir los recursos financieros necesarios: destinados a gastos e inversiones imprescindibles para llevar a cabo nuestras acciones de asistencia sanitaria hacia las poblaciones en peligro y también para las acciones de testimonio hacia la sociedad civil.

Garantizar la independencia económica de la asociación: las aportaciones de socios y donantes son nuestra mejor garantía de independencia, junto con una diversificación de las fuentes de financiación.

Disponer de un nivel suficiente de reservas disponibles: éstas permiten una mayor flexibilidad en las intervenciones y aseguran la capacidad operativa de la asociación, sin depender de recursos futuros.

En base a los objetivos de partida, la política financiera de la asociación en 1999 se ha concretado en los siguientes conceptos:

Conseguir una parte significativa (>50%) de recursos no asignados a proyectos específicos, sino al conjunto de acciones de la asociación. A este tipo de recursos les llamamos "no afectados", es decir, que no tenemos la obligación de gastarlos en una acción determinada. Tienen como objetivo el garantizar nuestra independencia en la elección de los proyectos, de las poblaciones beneficiarias y de los protocolos de intervención, en función

de las necesidades reales de los contextos en que trabajamos, y no de la percepción externa que se tenga de ellos.

Consolidar y ampliar nuestra base social. A través de la implicación de los socios en la organización, informando más sobre nuestras actuaciones, preocupaciones y realidades, estamos garantizando la independencia de las acciones de MSF.

Mantener un mínimo (25%) de financiación institucional. Ello nos permite una mayor diversificación de las fuentes de financiación, reforzando de esta manera nuestra independencia económica. En esta línea, estamos desarrollando relaciones con otros organismos de plena confianza, que tienen la capacidad de financiarnos por mayores importes y con más rapidez en las emergencias.

Potenciar las financiaciones procedentes de otras secciones de MSF. Reflejando así la sensibilidad de otras sociedades distintas a la española.

Utilizar los fondos afectados recaudados y todavía no gastados. La reserva de fondos afectados por el Mitch asciende a 380 millones de ptas: 285 millones de estos fondos propios se gastarán en Honduras y Guatemala, según el presupuesto para el año 2000. Los 95 millones restantes quedan en reservas para estos países durante el ejercicio 2001.

El balance detallado de las cuentas de MSF-E correspondientes al ejercicio 1999 ha sido auditado por Arthur Andersen, aprobado por la Asamblea General y está a disposición de todos los socios y colaboradores

Ingresos

MSF EN CIFRAS. INGRESOS

Recursos y equilibrios financiero

Millones de ptas.	1999	%	Presupuesto	2000
Socios/donativos	1.803	56.5%	1.650	47.0%
Empresas/Fundaciones	240	7.5%	280	8.0%
Herencias	29	0.9%	25	0.7%
Otras secciones MSF	190	6.0%	495	14.1%
Otros	108	3.4%	47	1.3%
Total privado	2.370	74.3%	2.497	71.1%
España	452	14.1%	546	15.5%
UE	267	8.4%	297	8.4%
Otros países	93	2.9%	175	5.0%
ONU	10	0.3%	0	0%
Total institucional	822	25.7%	1.018	28.9%
Total ingresos	3.192	100%	3.515	92.0%
Utilización				
Reservas MSF	0	0%	286	8.0%
Total recursos MSF	3.192	100%	3.801	100%

Gastos

MSF EN CIFRAS. GASTOS

Cuenta de resultados 1999, análisis de gastos y previsional 2000

Millones de ptas.	1999		Presupuesto
Proyectos	2.300		2.967
Sensibilización	111		179
Total proyectos	2.411	%	3.146
Captación de fondos	263	80%	274
Administración sede	170	3.9%	205
Otros gastos	32	83.9%	19
Total administración	465	9.1%	498
Total gastos	2.876	5.9%	3.644
Total ingresos	3.192	1.1%	3.515
Fondos afectados	33	16.1%	-286
Reserva Operaciones	283		157
Dotación Reservas MSF	316		-129

SEDE

Para que la acción humanitaria sea eficaz, es necesaria una estructura y una profesionalización de los recursos

Más de 60 personas trabajan en la sede central de Médicos Sin Fronteras en Barcelona y otras 12 en las delegaciones de Málaga, Gijón, Madrid, Bilbao y Valencia.

Desde la sede se coordina el trabajo de todos los departamentos, se elaboran y gestiona la financiación de los proyectos, así como su posterior supervisión y evaluación.

Recursos humanos. Contratación del personal de oficina y proyectos, gestión de voluntarios y formación continuada de todos ellos.

Administración y finanzas. Gestión y seguimiento de los recursos económicos de la organización.

Comunicación. Sensibilización de la opinión pública, captación de socios y colaboradores y definición de los grandes ejes de comunicación interna y externa.

Delegaciones

DELEGACIONES EN ESPAÑA

MSF-GIJÓN Asturias Galicia	Linares Rivas, 12 1º dcha. 33206-GIJÓN	Tel/Fax 98 531 92 93 Correo msf-gijon@barcelona.msf.org
----------------------------------	---	--

León		
MSF-BILBAO Euskadi La Rioja Cantabria Navarra	Alameda de Mazarredo, 47 3º 48009 – BILBAO	Tel 94 423 11 94 423 54 70 Fax 94 423 54 70 Correo msf-bilbao@barcelona.msf.org
MSF-MADRID Madrid Castilla-La Mancha Castilla-León (excepto Provincia de León)	Princesa, 31 2º 28008-MADRID	Tel 91 541 13 75 Fax 91 542 00 22 Correo oficina-madrid@madrid.msf.org
MSF-MÁLAGA Andalucía Extremadura	La Merced, 1 2º 29012-MÁLAGA	Tel 952 60 41 31 60 19 00 Fax 952 60 19 00 Correo msf-malaga@barcelona.msf.org
MSF-VALENCIA País Valencià Murcia	Zapatería de los niños, 2-4 bajos 46001-VALENCIA	Tel 96 391 61 33 Fax 96 391 00 99 Correo msf-valencia@barcelona.msf.org
MSF-BARCELONA Catalunya Balears Aragón	Nou de la Rambla, 26 08001-BARCELONA	Tel 93 304 61 80 Fax 93 304 61 02 Correo msf-bcndele@barcelona.msf.org

Asamblea General

La Asamblea general se reúne al menos una vez al año y la constituyen los miembros asociados. En ella se tratan todos los asuntos concernientes a la asociación para así dar cumplimiento tanto a la normativa existente como a las propuestas de sus asociados.

Miembros asociados

Son aquellas personas que habiendo trabajado con MSF como mínimo un año en España o seis meses en un proyecto, solicitan ser miembros asociados. Los miembros tienen derecho a voz y a voto en la Asamblea General y presentarse como candidatos a la Junta Directiva. MSF España cuenta con más de 340 miembros asociados.

Junta Directiva

Asume el mandato de la Asamblea General. Se reúne una vez al mes y su principal misión es determinar las grandes líneas filosóficas y de actuación de la organización. Está formada por nueve personas; presidente, vicepresidente, tesorero, secretario, y vocales. Sus miembros asumen el puesto por dos años y no perciben remuneración alguna de MSF.

Socios

Constituyen el valor esencial de la organización que refleja el apoyo de la sociedad civil y garantiza la independencia de acción de MSF. Actualmente la sección española de MSF cuenta con 142 000 socios y

colaboradores. Muchos de ellos participan en la difusión del proyecto MSF y la situación de las poblaciones desfavorecidas mediante iniciativas solidarias propuestas por la organización o por ellos mismos.

Campañas

Mejorar el acceso a medicamentos: un desafío al que hacer frente

En lo que al acceso a medicamentos se refiere, la población mundial queda dividida en dos categorías: aquellos que se ven afectados por una enfermedad grave curable que tienen acceso a una asistencia médica eficaz y los que no lo tienen. Se calcula que aproximadamente 2 mil millones de individuos, un tercio de la población mundial, forman parte de esta segunda categoría, el grupo de los excluidos. Para estos pacientes sin recursos, el elevado precio de los medicamentos o su falta de disponibilidad constituyen a menudo una sentencia de muerte.

La seguridad pública en juego

Cada año, las enfermedades infecciosas acaban con la vida de 17 millones de personas, el 90% de ellas viven en países pobres. Un 95% de los 34 millones de personas afectadas por el SIDA no tienen acceso a tratamiento. En ausencia de medicamentos efectivos, asequibles y de fácil utilización, las infecciones respiratorias, la malaria y la tuberculosis continúan siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad en África, Asia y Latinoamérica. A causa de unos sistemas sanitarios desorganizados y de la falta de medicamentos eficaces, en parte debido a las políticas de ajuste estructural impuestas por las instituciones financieras internacionales, no es posible dar una respuesta correcta a las necesidades de salud pública. Estas lagunas no hacen más que alimentar el uso irracional de medicamentos y provocan la aparición de microorganismos resistentes a los medicamentos que se van esparciendo por el planeta con cada movimiento de población, como es actualmente el caso de la malaria y la tuberculosis. Esta situación representa un gran desafío para la salud y por consiguiente para la seguridad pública.

Evitar el retroceso de la medicina

Aunque la disponibilidad de medicamentos no es el único aspecto del acceso a una atención sanitaria de calidad, sí constituye un aspecto esencial. Cuando, a sabiendas, un médico receta un medicamento ineficaz porque sabe que el paciente no puede permitirse nada más, ¿qué queda entonces de ese propósito de curar, de aliviar el dolor?. Y sin este propósito ¿qué le queda por ofrecer a la medicina?.

Nos negamos a resignarnos a ejercer una sub-medicina que traduce las desigualdades económicas en considerables diferencias en lo que respecta a la esperanza de vida y al sufrimiento evitable.

Un diagnóstico claro

Hay varios factores que contribuyen a la falta de disponibilidad de medicamentos esenciales y eficaces:

- Falta de infraestructura y de logística
- Producción de calidad deficiente
- Selección y uso irracionales de los medicamentos
- Producción insuficiente o el abandono de ésta en algunos campos
- Falta de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para enfermedades tropicales
- Precios prohibitivos

Entre estos diferentes factores, los relacionados con la disponibilidad de medicamentos – ausencia de producción, falta de investigación y precios prohibitivos – juegan un papel primordial. Estos tres factores están ligados, sin duda, al desentendimiento de los poderes públicos (nacionales e internacionales), al

abandono del problema en manos de la industria farmacéutica y a la debilidad del mandato de la Organización Mundial de la Salud.

Algunas enfermedades frecuentes y fatales en África (como la leishmaniasis, ciertas formas de meningitis o la enfermedad del sueño) están hasta tal punto descuidadas que se ha abandonado la producción de medicamentos esenciales para tratar a los pacientes que las padecen.

De los 1.223 nuevos medicamentos que entre 1975 y 1997 aparecieron en el mercado, sólo 13 eran específicos para tratar enfermedades tropicales infecciosas, y la mitad de éstos eran productos derivados de la investigación veterinaria. Sólo un 0,2% del presupuesto global de la investigación farmacéutica, estimado entre 50 y 60 mil millones de dólares americanos, se invierte en enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis y enfermedades diarreicas, responsables de un 18% de muertes en todo el mundo.

Es sólo la industria farmacéutica quien finalmente define las prioridades en el campo de la investigación y el desarrollo y por consiguiente, éstas están reguladas por las fuerzas del mercado. En estas condiciones, el desarrollo de nuevos medicamentos responde a la demanda de las poblaciones más ricas y se aleja cada vez más de las verdaderas preocupaciones de la salud pública.

Un gran número de nuevos medicamentos esenciales para la supervivencia de millones de personas (antibióticos, antipalúdicos, antirretrovirales) son demasiado costosos para la gran mayoría de pacientes sin recursos que viven en países pobres. Estos medicamentos fueron descubiertos a lo largo de los últimos 20 años para responder a las necesidades de los países ricos y cada vez están más y más protegidos por patentes. De esta forma, con el uso de patentes, se consigue bloquear la producción de medicamentos genéricos menos caros para los consumidores.

Una reacción positiva pero insuficiente

En 1986, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Farmacéutica Revisada para fomentar la puesta en marcha de políticas nacionales de medicamentos (en cuanto a legislación, información independiente, control de la publicidad no ética y donaciones inapropiadas, seguridad del consumidor, eficacia, calidad, utilización de genéricos y uso racional de medicamentos). Sin embargo, esta estrategia no permite hoy responder a tres de los problemas cruciales del mercado farmacéutico internacional: una producción insuficiente o el abandono de ésta en algunos campos, la falta de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos y el impacto negativo de los acuerdos de mercado internacionales.

La necesidad de una voluntad política internacional de los Estados

La acción es crucial en tres áreas y debe hacerse en coordinación con la Organización Mundial de la Salud, la industria farmacéutica, asociaciones de pacientes y médicos.

La reanudación de la producción de medicamentos abandonados y la protección de medicamentos esenciales cuya producción está en peligro de ser abandonada es un imperativo. En ausencia de un mercado, los productores deberían tener asegurados ciertos pedidos por medio de alianzas de compradores públicos y privados, financiadas con fondos públicos si fuera necesario.

El incremento de la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos para responder a las necesidades de las poblaciones pobres no es posible sin el compromiso de los Estados, y para ello deben tenerse en consideración algunas medidas: la definición de una agenda de prioridades para la investigación a nivel internacional, la atribución de fondos públicos para financiar la investigación y el desarrollo y para el establecimiento de nuevos mercados, la creación de un marco fiscal y reglamentario que fomente la investigación y el desarrollo, y la difusión de la noción de que estos medicamentos constituyen un "bien público" y que no están sujetos únicamente a las fuerzas del mercado.

El establecimiento de una política real de diferenciación de precios, que se traduzca en precios significativamente inferiores para los pacientes de los países pobres, es fundamental para que todos los enfermos puedan tener acceso a medicamentos esenciales. Para la implementación de una estrategia semejante es necesario contar con la intervención de los Estados. Debería incluir la concesión de licencias voluntarias de uso limitado a los países pobres y un apoyo activo a aquellos gobiernos que soliciten licencias obligatorias – ambas cláusulas de salvaguarda quedan inscritas en el acuerdo ADPIC (acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual con el Comercio, en inglés conocido como TRIPS). Gracias a estos modelos se ha conseguido ya aumentar el acceso a vacunas y anticonceptivos orales (algunos hasta 100 veces más baratos en países pobres). Debe contemplar también una transferencia de tecnología que permita el desarrollo de industrias nacionales o regionales capaces de producir medicamentos genéricos de calidad.

Mejorar el acceso a medicamentos **LA CAMPAÑA INTERNACIONAL**

El acceso a los medicamentos esenciales es uno de los derechos humanos básicos a menudo denegado para los habitantes de los países pobres; aproximadamente un tercio de la población mundial carece de acceso a los medicamentos esenciales y en algunas regiones de Africa o Asia más del 50% de sus habitantes.

Muchas de las enfermedades ahora letales en estos países son perfectamente tratables, pero los medicamentos son demasiado caros, ya no se fabrican, no son de calidad o no son efectivos. La investigación para enfermedades que afectan solo a personas en países pobres ha llegado casi a desaparecer del todo. Las empresas multinacionales continuarán siempre dando prioridad a la rentabilidad económica prefiriendo centrarse en nuevos medicamentos para tratar enfermedades del llamado primer mundo, en vez de buscar un nuevo tratamiento para la malaria o la tuberculosis, que matan al año a 5 millones de personas. La globalización y la regulación internacional del comercio están cada vez más vinculadas con la política sanitaria.

Como organización médica humanitaria, para MSF es inaceptable que el acceso a medicamentos esenciales se torne más y más difícil, especialmente para las enfermedades infecciosas que afectan al mundo entero. Voluntarios de MSF ven como mujeres, niños y hombres sufren y mueren de la enfermedad del sueño, tuberculosis, malaria, o VIH/SIDA a pesar de que existen tratamientos efectivos.

Como respuesta a esta crisis MSF lanzó, en Marzo de 1999, una Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales. La campaña pretende movilizar a los voluntarios de MSF, y todos aquellos que comparten la visión de MSF, con el fin de mejorar la salud de poblaciones en peligro.

El objetivo último de la campaña es reducir la diferencia entre los países ricos y pobres en cuanto al acceso a medicamentos vitales.

El proyecto se asienta en tres pilares:

1. HUMANIZAR LOS ACUERDOS INTERNACIONALES DE COMERCIO: se trata de: apoyar la aplicación de las pocas vías de escape que se contemplaron en los acuerdos de comercio internacional, que permitirían proteger el derecho al acceso a productos esenciales como los medicamentos vitales (importación de medicamentos esenciales más baratos, producción local de buena calidad). Para poder utilizar estas reglas comerciales de forma favorable, cada país debe contar con las leyes adecuadas. MSF trata de informar a los gobiernos de los pasos que pueden dar para mejorar la salud pública.

2. SUPERAR LOS OBSTACULOS EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES: se trata de incrementar el acceso a los tratamientos de las enfermedades prioritarias : llevando a cabo un análisis de los precios mundiales de algunos medicamentos esenciales que son demasiado caros porque aún están patentados

en Europa o EEUU, como fluconazol, azitromicina, ciprofloxacina o ceftriaxona. Esta información puede ser útil a los países pobres para negociar mejores precios y demostrar el marcado contraste que existe entre distintos productores del mundo. ã Estudiando la calidad de todas las fuentes de estos medicamentos esenciales para identificar a fabricantes que ofrezcan un producto de alta calidad y bajo precio. ã Respaldando a Ministerios de Salud que luchan para incrementar el acceso a medicamentos esenciales. ã Trabajando con la OMS y la industria farmacéutica para reanudar la producción de medicamentos abandonados que aún son necesarios.

3. ESTIMULAR LA INVESTIGACION Y EL DESARROLLO PARA ENFERMEDADES

OLVIDADAS: intentamos que tanto los países desarrollados como organizaciones internacionales y no gubernamentales llenen el vacío que la industria deja al ignorar la urgente necesidad de nuevos tratamientos para enfermedades contagiosas. Para ello, a partir de nuestra experiencia con los pacientes : ã comunicamos la urgente necesidad de nuevos tratamientos para estas enfermedades y las limitaciones clínicas encontradas al utilizar tratamientos anticuados, desarrollados hace más de 30 o 40 años. ã Hacemos conocer la falta de recursos orientados hacia las enfermedades tropicales. ã Respaldamos los esfuerzos para aumentar la capacidad de producción en los países en vías de desarrollo. ã E intentamos convencer a la UE, EEUU, organizaciones internacionales y fundaciones con influencia política de la necesidad de concretar las prioridades clínicas y de incrementar los fondos de investigación para enfermedades tropicales.

PRINCIPALES OBSTÁCULOS EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS

la falta de investigación y desarrollo, los precios excesivos y el abandono de la producción de medicamentos esenciales para algunas enfermedades suponen importantes barreras para el acceso a la salud en los países pobres.

FALTA DE PRODUCCIÓN

Algunos medicamentos necesarios para determinadas patologías tropicales sí existen, pero prácticamente sólo sobre el papel

Al no ser rentables, la industria farmacéutica tiende a abandonar su producción. Así ha ocurrido con el DFMO o eflornitina. La eflornitina se utiliza para tratar la enfermedad del sueño o tripanosomiasis humana africana, una enfermedad neurológica fatal causada por un parásito transmitido por la mosca tsetse. Sesenta millones de personas en el África sub-sahariana viven bajo la amenaza diaria de contraerla. La eflornitina continúa siendo el único medicamento efectivo para pacientes que padecen la enfermedad del sueño y que no han respondido al tratamiento con melarsoprol. La falta de respuesta al tratamiento con melarsoprol, debido a resistencias, va en aumento. En el programa de la enfermedad del sueño que MSF desarrolla en Uganda, cerca del 25% de pacientes son resistentes al melarsoprol. Otro hecho importante: aproximadamente el 5% de pacientes tratados con melarsoprol, un derivado del arsénico, mueren a causa de los efectos secundarios. En el terreno, la escasez de medicamentos ha sido difícil de gestionar. En Uganda, el último lote de 700 ampollas de eflornitina que MSF tenía en stock caducó a finales de julio de 1999. La Autoridad Nacional de Medicamentos se negó a extender la fecha de caducidad a pesar de que el fabricante estaba de acuerdo con ello. MSF se vio forzada a recurrir a una terapia combinada de melarsoprol y nifurtimox para pacientes que recaían. El nuevo stock de eflornitina es el resultado de unas negociaciones entre MSF, la OMS y los laboratorios farmacéuticos Aventis (el resultado de la fusión de Rhône Poulenc y Hoechst Marion Roussel). La empresa acordó procesar el último stock de eflornitina que les quedaba, suficiente para producir 10.000 ampollas, a finales del año pasado. La producción de este medicamento se abandonó en 1994 debido a que daba bajos beneficios. En Diciembre de 1999, transfirieron la licencia a la OMS. Con 300.000 nuevos casos de la enfermedad del sueño diagnosticados cada año y con un aumento de la resistencia al antiguo tratamiento, urge encontrar una solución a largo plazo que garantice la producción de eflornitina. MSF encabeza la búsqueda de un fabricante que produzca eflornitina. Con el fin de reducir los riesgos comerciales, MSF y la OMS, con la ayuda de financiadores, están dispuestos a garantizar la compra de un stock significativo de este medicamento. En la actualidad, más de 25 laboratorios farmacéuticos han manifestado un interés por producirlo. De entre éstos, se

han identificado seis como potenciales nuevos productores.

PRECIOS EXCESIVOS

Algunas de las enfermedades tropicales son fácilmente tratables, pero el coste de los medicamentos es demasiado elevado para los países pobres. El caso de los medicamentos para el SIDA es sobradamente conocido. Pero el problema del alto precio de los medicamentos afecta a muchas otras enfermedades, algunas de ellas muy comunes: infecciones respiratorias agudas, disentería por *Shigella*, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis... En la mayoría de los casos, las bacterias se han hecho resistentes a los tratamientos antiguos, que ya no resultan eficaces. Sin embargo, estos tratamientos son lo único que los países pobres pueden ofrecer a los pacientes, puesto que los medicamentos más innovadores, que son eficaces, son económicamente inalcanzables para las poblaciones desfavorecidas. En algunos casos, incluso, los medicamentos son más caros en Guatemala City o en Bangkok, por ejemplo, que en cualquier ciudad española. Esta situación conlleva una proliferación de medicamentos de menor precio, y dudosa calidad, producidos de manera ilegal. Los equipos de MSF se han encontrado con este problema en repetidas ocasiones, como en un campaña de vacunación contra la meningitis en Nigeria, en la que se demostró que las vacunas habían sido falsificadas y no contenían más que agua. Para ver con detalle las diferencias de precios de los medicamentos en diferentes países y algunas de sus consecuencias, presentamos tres informes:

Diferencia de precios del Fluconazol, consecuencias y conclusiones, Carmen Pérez-Casas, Julio 2000

Precio de medicamentos para el SIDA. Definiendo objetivos: ¿existe voluntad política?, Carmen Pérez-Casas, Daniel Berman, Pierre Chirac et al, Julio 2000

Selected drugs used in care of people living with HIV: source and prices. UNICEF, ONUSIDA, OMS, MSF, Octubre 2000

INSUFICIENTE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Una tercera parte de la población mundial no tiene acceso a medicamentos

En las zonas más deprimidas de Africa y Asia la cifra se eleva a más del 50% del total de su población. Son muchos los factores que contribuyen a este problema de acceso, incluyendo precios prohibitivos, una producción o aprovisionamiento inadecuado y excesiva prescripción y uso. Sin embargo, para algunas enfermedades comunes en todo el mundo en vías de desarrollo no existen medicamentos efectivos porque no hay investigación y desarrollo (I + D). A lo largo de los años, la industria farmacéutica ha dejado de fabricar medicamentos para enfermedades que afectan predominantemente a los países pobres. Debido a que Europa, Norteamérica y Japón representan el 80% del mercado mundial de medicamentos, la industria farmacéutica, cada vez más competitiva y siempre en busca de beneficios, ha centrado en ellos sus intereses, alejándose de las enfermedades que padecen las otras cuatro quintas partes de la población mundial.

En consecuencia, sólo un tanto por ciento muy pequeño del total del gasto destinado a la investigación y el desarrollo dentro del campo de la salud (aproximadamente 50–60 mil millones de dólares al año) se invierte en el desarrollo de medicamentos que se necesitan en el mundo en desarrollo. En el actual orden mundial basado en el libre mercado, las fuerzas del mercado desvían la dirección de la I + D de nuevos fármacos hacia esas enfermedades y pacientes (clientes) que les garantizan más ganancias. Para el mundo tropical las adversas consecuencias de esta evolución son graves. De los 1.223 nuevos medicamentos que se comercializaron entre 1975 y 1997, menos del 1% estaban específicamente indicados para enfermedades tropicales. Las enfermedades infecciosas acaban con la vida de 17 millones de personas cada año. Más del 90% de estas muertes tienen lugar en los países en vías de desarrollo. A pesar del enorme peso específico de estas enfermedades, no existen medicamentos asequibles y efectivos para combatirlas y las perspectivas de futuro no son nada alentadoras.

Aunque los conocimientos científicos y tecnológicos están lo suficientemente avanzados como para proporcionar los medicamentos necesarios para controlar estas infecciones mortales, no se están llevando a cabo investigaciones para el desarrollo de nuevos medicamentos. Es necesario pues, una urgente reorientación de las prioridades dentro de la política sanitaria de investigación y desarrollo en el campo de los medicamentos. Siguiendo la iniciativa de MSF, se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinario e independiente para elaborar estrategias nuevas y creativas implicando al sector público y privado y asegurando así el desarrollo de nuevos medicamentos para enfermedades tropicales. El Grupo de Trabajo sobre Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (Drugs for Neglected Diseases Working Group o DND) ha conseguido reunir a 30 investigadores, expertos en medicina tropical, economistas de la salud, especialistas en temas legales, expertos en salud pública, representantes de ONGs sanitarias, la OMS y la industria. Junto con MSF, este grupo de trabajo se ha comprometido a mejorar el acceso a medicamentos más asequibles, eficaces y fáciles de usar para el tratamiento de enfermedades mortales e invalidantes que afectan predominantemente al mundo en vías de desarrollo. El grupo se centrará en enfermedades olvidadas para las que es urgente encontrar nuevos tratamientos.

Estas enfermedades olvidadas incluyen la malaria, la tuberculosis, la tripanosomiasis y la leishmaniasis. El Grupo de Trabajo cree que es responsabilidad de la sociedad dar a conocer este fracaso de la salud pública. Hacen un llamamiento tanto al sector público como al privado para trabajar en la búsqueda de soluciones sostenibles y adaptadas a las necesidades con la participación y compromiso activo de los países en vías de desarrollo. La industria farmacéutica tiene que contribuir a este esfuerzo a la vez que políticas nacionales e internacionales deben asegurar que las necesidades sanitarias más apremiantes están cubiertas. Esto requiere voluntad política, el firme compromiso de dar prioridad a temas de salud sobre intereses económicos y la puesta en vigor de normas, leyes y otros mecanismos que estimulen el desarrollo de medicamentos esenciales.

Objetivos del Grupo de Trabajo

Sensibilizar sobre la falta de medicamentos para enfermedades olvidadas y hacer un llamamiento a científicos, profesionales de la salud pública, industria farmacéutica y líderes políticos para priorizar la I + D que haga frente a estas críticas necesidades sanitarias.

Recomendar revisiones de normas y leyes para estimular y promover una adecuada investigación y desarrollo y mejorar el acceso a medicamentos necesarios.

Abogar por un apoyo financiero por parte de los gobiernos, empresas privadas, fundaciones y organizaciones internacionales para compensar el vacío existente en el mercado en relación a las enfermedades olvidadas.

Estimular proyectos de capacitación y transferencia de tecnología en los países en vías de desarrollo, asegurando la experiencia y la infraestructura necesarias para la investigación y el desarrollo y mejorar así el acceso a los medicamentos necesarios.

Para un gran número de enfermedades olvidadas, implementar, en asociación con otras partes implicadas, planes para el desarrollo y el acceso a medicamentos a fin de que medicamentos nuevos o ya existentes estén al alcance de todos asegurando así un tratamiento efectivo y asequible.

Construir una plataforma más amplia de individuos, instituciones y organizaciones interesadas para dar apoyo, promover e implementar estas iniciativas.

Enfermedades diana

Hay enfermedades que siguen causando un gran número de víctimas o que inciden negativamente en la calidad de vida de millones de personas. MSF ha seleccionado un grupo inicial de enfermedades en las que,

creemos, debería ponerse más énfasis en la búsqueda de soluciones dado el elevado número de personas que las sufren y que mueren por su causa.

La malaria

La malaria es causada por un protozoo, el plasmosium. De las 4 especies de plasmosium existentes, el Plasmodium falciparum es el responsable de la mayor parte de infecciones y es el más letal

La malaria es transmitida por el mosquito Anófeles

La malaria o paludismo se cobra la vida de más de un millón de personas anualmente. Las víctimas son en su mayoría niños de zonas rurales

Cada año hay entre 300 y 500 millones de nuevos casos, más del 90% de ellos en el África subsahariana

El coste económico de la malaria es enorme en términos de pérdida de ingresos y carga financiera para los sistemas sanitarios

La malaria puede curarse con medicamentos antipalúdicos como la cloroquina, pero cada vez hay más parásitos resistentes a este medicamento y esta resistencia se está propagando a los países afectados

Fuente: Organización Mundial de la Salud

La malaria es una enfermedad muy antigua, que no ha sido erradicada. Es responsable de más de dos millones de muertes al año y afecta a más de 100 países, lo que representa el 40% de la población mundial. De los trescientos a quinientos millones de nuevos casos anuales, el 90% se dan en países africanos, sobre todo en comunidades rurales muy pobres, con acceso limitado a la atención sanitaria. La malaria mata a un niño cada 30 segundos, aunque las mujeres embarazadas y los refugiados también son vulnerables a esta enfermedad.

En algunas regiones, la malaria ha tomado proporciones epidémicas debido a conflictos armados, desplazamientos masivos de población, crisis económicas y cambios climáticos. Los países afectados por El Niño han experimentado un dramático aumento del número de casos por esta enfermedad.

Un elevado coste económico

Afrontar una enfermedad como la malaria, hace que los países pobres se sumen aún más en la pobreza. En África, un sólo ataque de malaria cuesta el equivalente a diez días de trabajo.

Los servicios sanitarios locales están sobrecargados con las víctimas de esta enfermedad que ocupan hasta un 3% de las camas de los hospitales. Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1997, se estima que el coste anual de la malaria en el África subsahariana, incluyendo costes directos e indirectos, es de más de 2 mil millones de dólares americanos.

Los pacientes de malaria necesitan medicamentos eficaces y accesibles

La cloroquina, uno de los medicamentos antipalúdicos más utilizado, fue concebido en Alemania a principios de 1934 e introducido en los años 40. Aunque en su día era el medicamento ideal, muy barato (cuesta menos de 20 centavos americanos por tratamiento) y de fácil administración, ahora, cuando lleva utilizándose durante 50 años, su efectividad ha empezado a decrecer significativamente debido a las crecientes resistencias. Las áreas más afectadas por estas resistencias son el Sudeste asiático y la región del Amazonas en Sudamérica.

La malaria resistente necesita nuevos medicamentos eficaces y accesibles, porque los que existen actualmente

son muy caros y tienen muchos efectos secundarios. Los pacientes de países del Tercer Mundo no pueden afrontar medicamentos con precios hasta 100 veces más caros que la cloroquina, con lo que se tiende a utilizar medicamentos que ya no son efectivos.

El mejor tratamiento hoy proviene de una planta china de 1.500 años

Los medicamentos más prometedores para curar la malaria hoy son derivados de una planta medicinal China muy antigua cuyo componente activo se conoce como artemisinina. Conocida en China desde el año 400 AD, esta planta ha sido utilizada para tratar la malaria durante más de 1.500 años. Sus ventajas son significativas comparadas con otros medicamentos antipalúdicos; no es sólo el medicamento más efectivo para la malaria resistente, sino que además actúa con mucha rapidez, es bien tolerado y no se han observado resistencias hasta la fecha. Sin embargo, debe ser administrado durante un periodo de tiempo más largo y necesita de la combinación con otro medicamento para evitar recaídas. Se trata de un medicamento demasiado caro para la mayoría de pacientes: un curso de tratamiento con el medicamento de marca cuesta más de 3 dólares americanos, aunque su forma genérica cuesta menos de 1 dólar en Vietnam.

La Artemisinina y sus derivados en la actualidad se utilizan como último recurso para la malaria resistente. Pero los derivados de la artemisinina ya pueden conseguirse en países africanos y asiáticos, donde a veces se utilizan incorrectamente, temiéndose que ello contribuya a la aparición de resistencias en un futuro.

La mejor arma para combatir la malaria resistente parece ser una combinación de medicamentos (dos o más tomados simultáneamente). En otras enfermedades, como el SIDA o la tuberculosis, la terapia combinada se ha convertido en una herramienta importante para disminuir las resistencias. La OMS actualmente está realizando varios estudios para evaluar cuáles son las mejores combinaciones de los derivados de la artemisinina, MSF también está utilizando tratamientos combinados en varios proyectos piloto en diferentes países.

Millones de afectados pero poca inversión para la investigación

Durante los últimos veinte años, sólo unos pocos medicamentos antipalúdicos han sido descubiertos o están ahora siendo desarrollados. En realidad, el lento desarrollo de nuevos medicamentos es resultado directo de una investigación insuficiente. La malaria no representa un buen mercado para las compañías farmacéuticas y aunque el número de afectados es muy alto, la mayoría de ellos son personas sin recursos que viven en los países pobres. Todo el presupuesto a nivel internacional dedicado a la investigación de la malaria fue sólo de 84 millones de dólares americanos en 1993 contra los 2.300 millones dedicados a la investigación del cáncer. Y esta cantidad parece incluso más insignificante cuando la comparamos a los costes económicos de la enfermedad que alcanzan los 2 mil millones de dólares anuales sólo en el África subsahariana.

Ninguno de los nuevos medicamentos posee las tres características esenciales de la cloroquina: efectividad (inicialmente), fácil tratamiento y bajo coste. La investigación de la malaria sólo ha avanzado significativamente cuando los países industrializados lo han considerado necesario en su propio beneficio.

Es necesario aunar esfuerzos para mejorar la prevención

A pesar de la resistencia a los medicamentos, la malaria es una enfermedad curable. Hay una urgente necesidad de encontrar una alternativa barata y efectiva a la cloroquina, especialmente en África donde la malaria es una enfermedad muy extendida y la población no tiene los recursos necesarios para acceder al tratamiento.

Aunque los tratamientos que combinan la artemisinina con otros medicamentos todavía siguen resultando prometedores de cara al futuro, hay que hacerlos asequible a las poblaciones de los países en vías de desarrollo. Una solución es aplicar lo que se conoce como doble precio, es decir, marcar el mismo

medicamento a precios diferentes, como, por ejemplo, hace una compañía (Novartis) produciendo dos versiones de la misma combinación de medicamentos para la malaria, Riamet y Coartem. Riamet va dirigido a clientes ricos y se vende en Suiza a 43 dólares americanos, mientras que Coartem va destinado a los países en vías de desarrollo y se vende a 7 dólares americanos en Costa de Marfil.

Sin embargo, los medicamentos para tratar la malaria por sí solos no pueden ganar la batalla. Las medidas preventivas también juegan un importante papel. En la última década, se han hecho esfuerzos considerables por buscar una vacuna contra la malaria y se están estudiando una docena de posibilidades. Pero una vacuna efectiva seguramente no podrá conseguirse en los próximos siete años.

La lucha de MSF contra la malaria

MSF trabaja en países donde unos servicios de salud desintegrados, conflictos armados y desplazamientos masivos de refugiados favorecen la propagación de la malaria. En la mayoría de proyectos en países tropicales, MSF da apoyo a los servicios sanitarios, previniendo, detectando y tratando a personas que padecen esta enfermedad.

En algunas misiones donde la malaria constituye un problema de máxima prioridad, MSF trabaja específicamente por combatirla:

En Tailandia, cerca de la frontera birmana, MSF proporciona asistencia sanitaria a los refugiados Karen desde 1983. Los equipos de MSF, que coinciden en identificar a la malaria como un problema prioritario, montaron un laboratorio para detectarla, forman al personal sanitario, suministran medicamentos antipalúdicos y hacen el seguimiento de la enfermedad. En 1992, se inició un proyecto similar para otro grupo de desplazados, los Mons.

En Birmania, MSF realiza un programa de detección precoz y tratamiento de la malaria en dos estados principalmente poblados por grupos minoritarios. Este trabajo se realiza a través de laboratorios de campo y clínicas móviles. El programa trata aproximadamente a 50.000 enfermos cada año, la mayoría de ellos niños. MSF también aboga por cambios en el régimen de tratamiento nacional debido a la creciente resistencia a los medicamentos. En Bangladesh, MSF está iniciando un programa de lucha contra la malaria que tendrá como principal objetivo la introducción de un nuevo tratamiento combinado dado que el tratamiento existente ya no resulta efectivo.

En Camboya, MSF está ayudando a implementar nuevas políticas de tratamiento para la malaria en Along Veng, en una área previamente ocupada por los Khmeres Rojos. En Brasil, MSF está ayudando a controlar la malaria entre la población indígena en zonas remotas formando, para ello, a miembros de su comunidad, mejorando las capacidades de los técnicos de laboratorio y el nivel de los dispensarios.

En Nigeria, MSF inició recientemente un programa de tratamiento de la malaria en el Delta del Níger, con el objetivo de formar a promotores de salud en su diagnóstico y tratamiento en diez puestos de salud seleccionados. También se ha equipado un barco que haciendo las veces de una clínica móvil visita zonas que si no resultan inaccesibles. (para más detalles, ver recuadro anterior).

En Indonesia, durante el verano de 1998, MSF proporcionó tratamiento de emergencia para la malaria cubriendo una población de 20.000 personas en el distrito de Irian Jaya.

EL SIDA

En todo el mundo, 19 millones de personas han muerto desde que empezó la epidemia del SIDA. En 1999, 2.8 millones de personas fallecieron por causa del SIDA y ahora es la primera causa de muerte en África

El SIDA es causado por un virus conocido como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se estima que 34 millones de personas en todo el mundo están infectadas con el VIH, 26 millones de las cuales viven en el África subsahariana

Trece millones de niños en el África subsahariana han perdido a sus padres víctimas del SIDA

Una persona infectada es portadora del virus sin estar enferma de 3 a 10 años

Existen tratamientos para el SIDA, denominados antiretrovirales, que mejoran la inmunidad del paciente, pero no le curan. El coste de estos medicamentos es muy elevado y un 95% de la población mundial no puede permitírselos

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Sida

Los datos son escalofrantes, se estima que en el año 2000 hay 34 millones de enfermos de SIDA en todo el mundo. Esta enfermedad se ha convertido en una amenaza para la existencia en algunos países. Desde que empezó la epidemia 19 millones de personas han muerto y trece millones de niños se han quedado huérfanos a causa de la enfermedad. En el África subsahariana, hay 26 millones de personas infectadas con el VIH. Pero esta situación no se limita sólo a África. En Haití, el país más pobre del hemisferio occidental, el SIDA ha reducido la esperanza de vida de 61 a 48 años.

Más del noventa por ciento de todas las personas infectadas con el virus del SIDA viven en los países en vías de desarrollo, creando expectativas inalcanzables en unos sistemas de salud que ya estaban sobrecargados antes de la aparición de esta enfermedad. En algunos de los países más pobres de África, cerca de uno de cada cinco adultos están infectados con el VIH contra 1 de cada 500 en los países ricos como el Reino Unido.

Los medicamentos no están al alcance de la mayoría de los afectados

Desde 1995, para tratar a las personas con SIDA existen medicamentos antiretrovirales que devuelven la inmunidad. Se trata de tratamientos con un alto coste, ya que el precio con antiretrovirales oscila entre los 600 y los 1.200 dólares americanos al mes. En Europa, Canadá y los Estados Unidos la mayoría de las personas que tienen SIDA reciben esta terapia y los costes están cubiertos por varios programas sanitarios. Sin embargo, debido a su precio, esta medicación se encuentra fuera del alcance de las personas en los países en vías de desarrollo: África, Asia y Latinoamérica.

La infraestructura necesaria para el tratamiento del SIDA, incluyendo instalaciones médicas adecuadas y médicos especializados, es costosa. Por lo tanto, incluso si pudiese conseguirse la medicación, para muchos países en vías de desarrollo esta clase de infraestructura médica resulta económicamente imposible.

Las medicinas necesarias para tratar algunas de las infecciones oportunistas son demasiado caras, por ejemplo para la fase de mantenimiento de la meningitis criptocócica asociada al SIDA, en Tailandia el tratamiento completo para toda la vida cuesta 0.29 dólares al día, mientras que en Kenya su precio es de 10.5 dólares al día, porque el medicamento está patentado lo que significa que sólo la compañía propietaria de la patente tiene el derecho de producirlo. En Tailandia, se produce la forma genérica que es mucho más barata. Gracias a su precio, este tipo de meningitis puede tratarse ahora en Tailandia.

La lucha de los enfermos para acceder a tratamiento

En muchos lugares del mundo, las personas con SIDA han formado organizaciones para luchar por el acceso a tratamiento. En varios casos, estos esfuerzos se han visto recompensados. En Costa Rica, en 1997 un grupo de personas con SIDA consiguieron que todos los pacientes con dicha enfermedad tuviesen acceso a los antiretrovirales. En Guatemala, MSF ayudó a redactar el borrador de una ley federal en favor del SIDA que prohíbe la discriminación y garantiza el derecho de las personas a un tratamiento adecuado. Sin embargo su aplicación está todavía lejos de ser una realidad.

Algunos países han encontrado soluciones al problema del coste de los antiretrovirales. Debido a los esfuerzos del movimiento activista en favor de los derechos de las personas con SIDA, Brasil se ha enfrentado al problema de una forma enérgica. Las versiones genéricas de varios antiretrovirales son producidas en el país, y el gobierno ha conseguido negociar una reducción de precios con varios laboratorios. El resultado es que casi todas las personas en Brasil tienen acceso al tratamiento que necesitan y que la mortalidad por SIDA disminuyó en más de un 50 por ciento de 1996 a 1999.

En Tailandia, MSF y activistas en favor de los derechos de las personas afectadas por el virus han ejercido presión sobre el gobierno para que produzca un antiretroviral genérico de bajo coste. El gobierno empezó a tomar medidas para producirlo, pero en 1998 se vio obligado a abandonar la iniciativa de fabricar ddl cuando la administración norteamericana amenazó con sanciones comerciales si se continuaba produciendo la versión genérica.

MSF y el tratamiento del SIDA

Recientemente algunos de los países productores de medicamentos han anunciado su intención de reducir entre un 80 y un noventa por ciento los precios de los medicamentos para tratar el SIDA. Si embargo, MSF advierte sobre el peligro de esta iniciativa en lo que respecta al acceso a medicamentos: El hecho que se haya iniciado una seria discusión entre las compañías farmacéuticas acerca de una reducción significativa de los precios de los medicamentos para tratar el SIDA es una victoria, pero sólo una pequeña victoria, afirma Bernard Pécoul de MSF. La realidad es que, a pesar de esta iniciativa, los medicamentos para el SIDA continuarán estando fuera del alcance de la gran mayoría de los que los necesitan en los países más pobres.

Médicos sin Fronteras exige un compromiso mayor por parte de la comunidad internacional y denuncia la falta de acceso a medicamentos para tratar el SIDA en los países pobres. En la XIII Conferencia Internacional del SIDA celebrada el pasado mes de julio en Durban, MSF reclamó precios más bajos para los tratamientos de infecciones oportunistas y anti-VIH en los países sin recursos. MSF está fomentando la producción y distribución de medicamentos genéricos, cuyo precio puede llegar a ser hasta un 90 por ciento más barato que el del producto original comercializado, pero los acuerdos comerciales internacionales (como el acuerdo ADPIC) complican la situación de forma alarmante. A esto hay que añadir los esfuerzos estratégicos por parte de los productores de medicamentos más importantes, a menudo apoyados por Estados Unidos y otros países occidentales, que insisten en bloquear la distribución tanto legal como políticamente.

MSF presente en la enfermedad del SIDA

MSF lleva a cabo programas específicos de lucha contra el SIDA en Camboya, Tailandia, Guatemala, Honduras, Camerún o Uganda. En contextos sin a penas recursos económicos como Tailandia, Guatemala o Sudáfrica, MSF está iniciando proyectos piloto utilizando antiretrovirales para probar su viabilidad. En Tailandia, MSF desarrolla un programa para personas con VIH/SIDA en las provincias de Surin, Chiang Mai, así como en la capital, Bangkok. Los equipos en el terreno proporcionan asistencia sanitaria y contribuyen de manera activa a la creación de una red de personas y organizaciones involucradas con el VIH/SIDA. Por otro lado, MSF está desarrollando actividades preventivas así como la formación de personal local.

A finales del 2000, MSF iniciará un proyecto en Camerún de lucha contra el SIDA. El objetivo del programa será conseguir que los medicamentos para tratar el virus sean asequibles.

Enfermedad del sueño

La Tripanosomiasis Humana Africana o enfermedad del sueño es causada por un parásito transmitido a los humanos por la mosca Tsé-Tsé

Oficialmente 150.000 personas murieron víctimas de la enfermedad del sueño en 1996. En la actualidad, 60 millones de personas corren el riesgo de contraerla, pero sólo 4 millones (un 7%) tienen acceso a diagnóstico y tratamiento

La OMS estima que de trescientas a quinientas mil personas pueden hoy en día padecer la enfermedad. Se cree que sólo se conoce un 10% de los nuevos casos

De los 36 países afectados en el África Subsaharina, 22 se encuentran entre los menos desarrollados del mundo

La enfermedad se desarrolla en dos fases: en la primera, el parásito se multiplica en la sangre y en el sistema linfático, provocando en algunos casos la inflamación de los ganglios linfáticos y fiebre; en la segunda, pocos meses más tarde, el parásito invade el cerebro y provoca problemas neurológicos. Si no se trata antes de los tres años del contagio, el enfermo inevitablemente muere

El melarsoprol, medicamento utilizado para tratar la segunda fase, es el causante de la muerte de entre el 3% y el 10% de los pacientes a quienes se les inyecta. Este medicamento en algunas regiones ya no resulta efectivo

Fuente: Organización Mundial de la Salud

La Tripanosomiasis Humana Africana

La Tripanosomiasis Humana Africana, conocida popularmente como enfermedad del sueño, se llegó a considerar prácticamente erradicada a finales de los años 60. En las décadas siguientes, la disminución de recursos, los grandes desplazamientos de población y la paralización de programas de control debido a los conflictos existentes han posibilitado un resurgimiento de la enfermedad que ha llegado a alcanzar proporciones epidémicas. En los años 90, en algunos poblados del Congo, MSF detectó que el 70 % de la población estaba infectada. En la actualidad, se estima que hay medio millón de infectados.

La Tripanosomiasis Humana Africana o enfermedad del sueño

La infección se produce por la picadura de una mosca Tsé-Tsé portadora del parásito. La enfermedad se desarrolla en dos fases: primero, el parásito se multiplica en la sangre y en el sistema linfático, produciendo fiebre, inflamación de ganglios y debilidad generalizada, entre otros. En esta fase, la enfermedad es difícil de reconocer, pero relativamente fácil de tratar. Sin tratamiento, el parásito continúa su progreso hasta invadir el cerebro en un proceso que puede prolongarse desde pocos meses a años. La persona afectada comienza a padecer trastornos del sueño y convulsiones que producen alteraciones del comportamiento que pueden ir de la confusión a la locura. En esta segunda fase, la enfermedad es más fácil de reconocer, pero más difícil de tratar. Si no se trata, el enfermo entra en coma y muere.

Esta enfermedad disminuye sustancialmente la capacidad de trabajo de las comunidades afectadas, lo que sume a la población aún más en la pobreza, impidiendo cualquier tipo de desarrollo. Y dado que afecta a poblaciones que no tienen ningún impacto en la economía global, no captan la atención internacional. Ello explica por qué la enfermedad del sueño se ha convertido en una enfermedad olvidada.

El melarsoprol: un tratamiento a base de arsénico

Las personas infectadas buscan tratamiento cuando la enfermedad está en su estado más avanzado y es más fácil de reconocer. El más frecuente es el melarsoprol, un medicamento elaborado en 1949, que no está al alcance de todos. Dicho fármaco contiene arsénico y resulta extremadamente doloroso cuando se inyecta, provocando incluso muertes entre los pacientes. Susan Morrison, médica de MSF que trabaja en Uganda lo describe así: Es una situación increíblemente frustrante para los trabajadores sanitarios. La reacción al arsénico tiene lugar sin previo aviso. La imposibilidad de predecir a quién afectará crea un sentimiento de impotencia.

En algunas zonas de África como Omugo en Uganda o Ibba en el Sur de Sudán donde MSF lleva a cabo programas de lucha contra la enfermedad del sueño, el medicamento no consigue curar a los pacientes tratados. Jean-Hervé Bradol, presidente de MSF Francia, recientemente escribió: Hace diez años, para tratar a los pacientes de tripanosomiasis en estado avanzado en el norte de Uganda, tenía a mi disposición un tratamiento antiguo concebido hacía cuarenta años, pero con el que podía curar al 95% de mis pacientes. Hoy en día, los médicos todavía utilizan este tratamiento, pero ya no es efectivo en más del 25% de los pacientes en algunas regiones. El hecho que un 5% de personas continúen muriendo debido a los efectos secundarios significa una sentencia de muerte para más del 30% de los pacientes tratados. En menos de diez años, nuestra capacidad para curar a los pacientes ha disminuido en un 25%, porque no se ha desarrollado un nuevo tratamiento, eficaz y no tóxico.

DFMO: El único medicamento alternativo ya no se produce

El DFMO es un tratamiento alternativo al melarsoprol. Es más efectivo y más seguro, pero también más caro y muchos centros de salud o pacientes individuales no pueden costárselo. Este medicamento se utiliza en pacientes que no responden al melarsoprol, pero el fabricante abandonó su producción en 1994 porque no le resultaba rentable.

En 1998, MSF y la OMS negociaron con la internacional farmacéutica AVENTIS el stock remanente y siguieron utilizándolo como alternativa al melarsoprol, hasta que se agotaron las existencias en el verano de 1999. Tras una nueva negociación, Aventis aceptó procesar su último stock de materia prima para producir 10.000 ampollas del medicamento que servirán para tratar cerca de 1.400 personas selectivamente en los próximos 18 meses. En la actualidad MSF busca algún fabricante que acepte producir DFMO antes de que se agoten las existencias.

MSF y la producción de medicamentos

El resurgimiento de la enfermedad del sueño y el aumento de los niveles de resistencia exigen una respuesta de la comunidad internacional. La investigación de esta enfermedad necesita ser impulsada con urgencia con fondos públicos, ya que no existen soluciones desde la empresa privada, que se rige por las reglas del mercado. A través de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales, MSF está intentando sensibilizar a la industria farmacéutica, a los gobiernos y a la opinión pública acerca de la necesidad de incrementar la investigación y el desarrollo en el campo de estas enfermedades olvidadas.

Es necesario que alguna compañía acepte producir el DFMO para asegurar el suministro a largo plazo. MSF y la OMS están dispuestas a garantizar la compra de una cantidad significativa con el objetivo de reducir el riesgo comercial para el fabricante. Hasta la fecha, más de 25 compañías farmacéuticas han expresado su interés.

MSF combate la enfermedad del sueño en el terreno

Los equipos móviles de MSF trabajan en el control de la enfermedad del sueño y en la detección de las personas infectadas a través de análisis de laboratorio. La puesta en marcha de un tratamiento con los medicamentos apropiados y el seguimiento de los pacientes, es otra de las actividades de MSF. Si no hay un dispensario donde los pacientes puedan ser hospitalizados durante el curso del tratamiento, MSF organiza centros de tratamiento especiales. Los equipos proporcionan formación, supervisan al personal local y suministran medicamentos.

MSF empezó a combatir la enfermedad del sueño en el norte de Uganda en 1986. Los equipos instalaron varios centros de tratamiento y laboratorios en el distrito de Moyo (1986), Adjumani (1991) y Omugo (1995). En Adjumani, cerca de 250.000 personas han sido analizadas y casi 5.000 tratadas. A lo largo de los últimos años, MSF transfirió sus actividades al personal sanitario local, pero todavía se encarga del suministro de medicamentos y del seguimiento de la evolución de la enfermedad.

En el Sur de Sudán, donde la epidemia continúa avanzando, MSF lleva a cabo un centro de tratamiento en Ibba en febrero de 1999 con una capacidad para 200 pacientes. Más de 1.000 personas habían sido tratadas y más de 7.500 analizadas. Se inició otro programa en Kajo-Keji en junio del 2000 con el objetivo de tratar cerca de 5.000 pacientes en los próximos cinco años.

En Angola, el número de personas afectadas crece con rapidez y el acceso a las víctimas es difícil debido al conflicto bélico que asola al país. MSF empezó a tratar a las personas infectadas con la enfermedad del sueño en N'dalantando en 1995. Más adelante, cuando las condiciones de seguridad lo permitieron, se introdujeron equipos móviles. También se proporciona apoyo técnico al programa nacional de lucha contra esta enfermedad. A lo largo de los últimos tres años, han sido tratados cerca de 1.000 casos al año, cubriendo una población de aproximadamente 3.500 personas.

En la República Democrática del Congo, donde se encuentran más del 70% de todos los afectados por esta enfermedad, MSF ha estado dando apoyo a los centros de tratamiento locales y a equipos móviles desde 1997. En el sur, en la región del Ecuador, MSF trabaja en cuatro centros de tratamiento y asistiendo a la población a través de varios equipos móviles. Cerca de 400 casos han sido tratados cada año. Sin embargo, los equipos tuvieron que retirarse del Ecuador a principios de este año debido a la continua guerra civil.

Reaparición de la enfermedad del sueño en el noroeste de Uganda

La enfermedad del sueño se conoce en el noroeste de Uganda desde 1900, aunque quedó controlada en los años 30 como resultado de extensas medidas de control. En 1979, debido a la agitación política en el Norte de Uganda, los habitantes del distrito de Moyo se vieron obligados a huir y atravesar la frontera con Sudán a una zona seriamente afectada por la enfermedad y la infección se propagó rápidamente entre los refugiados.

Cuando regresaron a sus hogares en 1985, trajeron el parásito consigo. Mientras tanto, en su ausencia, la guerra civil impidió que se llevaran a cabo las medidas de control de la mosca Tsé-Tsé y el insecto volvió a reproducirse. El parásito de la enfermedad del sueño pronto empezó a infectar al creciente número de moscas Tsé-Tsé y las moscas infectadas lo transmitieron a los humanos, produciéndose un brote que se iba extendiendo. MSF puso en marcha un programa de asistencia sanitaria a la población. Se formaron equipos móviles en la detección de las personas infectadas en los pueblos, convirtiendo el hospital de Moyo en el centro de tratamiento de la zona. El brote se agravó con la llegada de una ola de refugiados sudaneses a esta parte de Uganda que huían de la guerra civil en su propio país. La mayoría de ellos estaban infectados, trayendo la enfermedad consigo e incrementando aún más la magnitud del brote existente.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis: principal causa de muerte en el llamado Tercer Mundo

En el mundo industrializado erróneamente se piensa que la tuberculosis es una enfermedad erradicada. La

tuberculosis es, sin embargo, la primera causa de muerte en adultos contagiados de un solo agente infeccioso y se cobra la vida de dos millones de personas al año, el equivalente a lo que serían las víctimas mortales causadas por 24 accidentes aéreos diarios de un Boeing 747 durante todo un año.

En países en vías de desarrollo donde las condiciones de vida por regla general no han mejorado, la TB no ha podido ser detenida. Un 95% de las personas que en la actualidad padecen esta enfermedad viven en el llamado Tercer Mundo. En muchos países, las guerras y las crisis económicas han provocado la destrucción del sistema sanitario, imposibilitando la detección y tratamiento de la TB y haciendo a la población todavía más vulnerable a contraer enfermedades. Pero el principal factor que ha contribuido al aumento de la TB es la epidemia global de VIH. Entre las personas infectadas por el bacilo de la TB, los seropositivos son diez veces más propensos a contraer la TB que los VIH negativos.

La TB es la principal causa de muerte entre las personas con SIDA. En Homa Bay, a las orillas del lago Victoria en Kenya, las tres cuartas partes de los pacientes con TB tratados por Médicos Sin Fronteras son VIH positivos.

La enfermedad en la actualidad se está propagando de tal forma que ya ha alcanzado proporciones epidémicas en algunas regiones. En los últimos 20 años el número de nuevos casos en el mundo ha aumentado en un 20% y se espera que el número de casos se incremente aún más, sobre todo en países africanos y en el Sudeste Asiático. Ante este resurgimiento mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la tuberculosis como una emergencia global en 1993.

DOTS: Un efectivo pero arduo tratamiento

El tratamiento DOTS (Terapia de Observación Directa) se basa en una combinación de medicamentos administrada durante un periodo de tiempo que dura entre seis y ocho meses. El seguimiento específico de cada paciente muestra la efectividad del tratamiento, sin embargo éste es largo e intensivo y uno de los principales problemas es que los enfermos no suelen completarlo hasta el final.

Desde principios de los 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la estrategia DOTS ya que con este tratamiento, se impide la aparición de resistencias y a largo plazo puede incluso llegar a reducir el número de casos. Desde un punto de vista económico, se considera una de las intervenciones de coste-beneficio más efectivas en el campo de la salud pública.

Sin embargo, DOTS es un tratamiento conocido por su durabilidad y necesita de unos servicios sanitarios efectivos que no son frecuentes encontrar en muchos países en vías de desarrollo. Por otro lado, no sólo la supervisión intensiva de cada paciente supone una carga excesivamente pesada para los servicios sanitarios, sino además los costes de implementación a nivel nacional están en muchos casos fuera del alcance de los países del sur.

En pacientes que no han sido debidamente tratados, la bacteria de la TB puede desarrollar resistencias a uno o varios de los medicamentos administrados. Esto ocurre cuando los pacientes no llegan a completar el curso completo del tratamiento, cuando los trabajadores sanitarios prescriben un tratamiento inadecuado o cuando hay escasez de medicamentos. La OMS ha declarado que tratar a un paciente de forma inadecuada es peor que no tratarle en absoluto. Estas resistencias han sido observadas en muchos países. Cuando la TB es resistente a dos de los medicamentos más efectivos, se la denomina TB multiresistente y, como su tratamiento resulta demasiado caro, complejo y largo, no es realista aplicarlo en el terreno ya que se requieren medicamentos especiales que normalmente no se encuentran en los países pobres.

MSF tiene que hacer frente a la TB multiresistente en las antiguas repúblicas soviéticas. La situación es particularmente alarmante en las prisiones donde el hacinamiento, una dieta inadecuada y la falta de higiene constituyen un campo de cultivo ideal para la TB. Oficialmente existen 100.000 reclusos enfermos de TB en

Rusia. Como la mayoría de los programas de lucha contra la TB no incluyen a las prisiones, los tratamientos que allí se administran son inadecuados provocando un aumento de casos de TB multiresistente. Actualmente no existe tratamiento para estos pacientes y la única solución para reducir el riesgo de contagio es aislarlos. En las dos cárceles de Siberia donde trabaja MSF, cerca de un 20% de reclusos padecen TB multiresistente.

Investigación insuficiente

Los medicamentos utilizados en la terapia DOTS son medicamentos antiguos ya que desde los años 60 no se ha llevado a cabo investigaciones para mejorar dichos tratamientos. Incluso la vacuna que hoy utilizamos fue concebida en 1923, y su eficacia se encuentra por debajo de los estándares normales. Ello se debe sencillamente a que la TB no supone un mercado lucrativo para las compañías farmacéuticas. Sólo aproximadamente un 5% de las personas actualmente enfermas de TB pueden costearse el tratamiento.

Los países en vías de desarrollo, que son los que se ven principalmente afectados por el problema de la TB, no disponen de recursos para luchar contra esta enfermedad y necesitan el compromiso político de la comunidad internacional.

A través de la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales, MSF exige que se reanude la investigación y el desarrollo de nuevas vacunas y tratamientos contra la TB y que éstos puedan comercializarse a precios asequibles para los habitantes del llamado Tercer Mundo. Es necesario, al mismo tiempo, encontrar un tratamiento contra la TB más corto y fácil de aplicar. Por eso, MSF está negociando con las compañías farmacéuticas para conseguir reducir los precios prohibitivos de estos medicamentos.

MSF lucha contra la TB

Los equipos de MSF están trabajando en 27 programas de lucha contra la tuberculosis en África, Asia y los países de la antigua Unión Soviética. En dichos proyectos, MSF lleva a cabo las siguientes actividades: formación del personal sanitario, suministro de medicamentos, mejoras en las estrategias de tratamiento y apoyo a los programas nacionales de lucha contra la TB. En algunos de estos contextos, los equipos médicos están desarrollando estrategias adaptadas a las realidades de los pacientes. Esto incluye el desarrollo de proyectos en los suburbios más pobres de Phnom Penh (Camboya), o en las tribus nómadas de Jijiga (Etiopía).

En algunos países donde la TB multiresistente se ha convertido en un problema, MSF está actuando para conseguir implementar un tratamiento contra esta forma de la TB como es el caso de Karabakh.

Ejemplo del programa de lucha contra la TB en Karabakh

MSF introdujo el primer tratamiento DOTS en Kazajistán en 1996 en el Hospital de Arsky beneficiando a una población de 190.000 personas. Además de rehabilitar el hospital, MSF ha instalado tres nuevos laboratorios para mejorar la detección de la TB. El tratamiento de los pacientes dura seis meses y está compuesto de un periodo de dos meses de hospitalización, seguido de cuatro meses de tratamiento en casa. Los pacientes deben acudir a sus respectivos centros de salud para conseguir su medicación.

En el sur donde DOTS fue introducido en diciembre de 1997 donde MSF cubre una población de 150.000 personas. Los equipos de la organización humanitaria visitan regularmente todos los pueblos para seguir el progreso de los pacientes en la segunda fase del tratamiento.

LEISHMANIASIS

En la actualidad aproximadamente 12 millones de personas están afectadas por la leishmaniasis

Se estima que hay 2 millones de nuevos casos cada año, de los que sólo un 30% se declaran oficialmente

La forma más grave, la leishmaniasis visceral o Kala Azar, puede ser mortal. De las aproximadamente 500.000 personas afectadas cada año, el 100% morirán si no reciben tratamiento

El 90% de casos de Kala Azar tienen lugar en los países en vías de desarrollo: Bangladesh, Brasil, India, Nepal y Sudán

El Kala Azar también se encuentra en Europa. En los países del sur, a más de 1.400 personas seropositivas, de las cuales un 71% eran heroinómanos, se les diagnosticó Kala Azar en 1998

El tratamiento más común es el SSG comercializado con el nombre de Pentostam®. Un curso de tratamiento cuesta 150 dólares americanos, con lo que, en África, donde el SSG genérico no está autorizado, la mayoría de las personas con Kala Azar no tienen acceso a tratamiento

Fuente: Organización Mundial de la Salud

La leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria que, aunque desconocida para la mayoría de la población, no es nueva. Tiene una larga historia y ha estado presente en las Américas y África durante varios siglos. En la actualidad, la enfermedad afecta a 12 millones de personas en 88 países. Pero los enfermos se encuentran, principalmente, en los países en vías de desarrollo.

El parásito es transmitido por jejenes (una especie de insectos parecidos a pequeños mosquitos) que viven en regiones tropicales y templadas. Existe en diferentes formas dependiendo del tipo de parásito y de la inmunidad de la persona infectada. Así pues, a veces se manifiesta a través de simples úlceras en la piel, o en una forma que progresivamente acaba por desfigurar a los infectados, o como la leishmaniasis visceral, invadiendo todo el organismo.

La fiebre negra

La leishmaniasis visceral, también conocida como Kala Azar (expresión que en hindi significa fiebre negra), es la forma más grave de la enfermedad. Cuando el parásito entra en el cuerpo humano a través de la picadura del jején, se multiplica y ataca el sistema inmunológico. Parte de las personas infectadas a los pocos meses desarrollan el Kala Azar que se manifiesta a través de fiebres muy altas, pérdida de peso, esplenomegalia (dilatación del bazo) y oscurecimiento de la piel. Si no se trata, el Kala Azar acaba con la vida de los enfermos que generalmente mueren a causa de infecciones comunes que el sistema inmunológico ya no puede controlar, como por ejemplo neumonía y diarrea. La malnutrición, que también afecta la inmunidad, hace aumentar el peligro de contraer la enfermedad y morir.

La mayoría de los casos se encuentran en cinco países tropicales: Sudán, India, Bangladesh, Nepal y Brasil. Pero, en la actualidad, la enfermedad se ha extendido a nuevas áreas como resultado de cambios medioambientales tanto naturales como provocados por el hombre (e.g. presas) y las migraciones. El número de casos detectados ha sufrido un dramático aumento y cuando aparecen en escena guerras, hambruna y desplazamientos masivos de población, suelen declararse epidemias mortales de leishmaniasis visceral. La situación es particularmente crítica en el Sur de Sudán, debido a la guerra civil que asola el país desde hace años.

La leishmaniasis y el VIH

Entre los casos de Kala Azar que MSF está tratando en Etiopía, un 30% también están infectados con el VIH. Esta mortal combinación se está convirtiendo en una nueva enfermedad porque cada infección por su parte disminuye la inmunidad de los infectados y refuerza el impacto de la otra. Es muy difícil de diagnosticar y tratar, y más de la mitad de las personas tratadas recaen. Se espera que el número de personas con ambas infecciones aumente, especialmente en África, de nuevo, debido a conflictos y desplazamientos de población.

Falta de acceso a tratamiento

El tratamiento más frecuente del Kala Azar se conoce como SSG. Este medicamento, descubierto alrededor de 1930, provoca reacciones graves en un 10% de los pacientes tratados, causando la muerte de un pequeño porcentaje de éstos. Su eficacia también está disminuyendo, han aparecido resistencias al SSG en áreas muy pobres sin apenas acceso a la atención sanitaria. Se teme que la resistencia del parásito al medicamento observada durante los últimos 15 años en la India pueda extenderse a África.

La compañía farmacéutica Wellcome comercializa el SSG con el nombre de Pentostam. Es un medicamento muy caro que cuesta cerca de 159 dólares americanos por tratamiento. En muchas zonas afectadas de África, los ministerios de salud no tienen en cuenta a esta enfermedad y los servicios sanitarios no proporcionan el tratamiento, especialmente en el Sur de Sudán y Somalia. En los países donde puede conseguirse Pentostam en las farmacias, la mayoría de las personas sólo tienen suficiente dinero para pagar unos días de tratamiento (y no todo un mes tal como se recomienda). Ello significa que los paciente no sólo no se curan sino que además corren el riesgo de desarrollar resistencias al medicamento. Por otro lado, el elevado precio del medicamento ha animado a los productores de imitaciones.

Un problema adicional es que el fabricante de Pentostam no puede garantizar la producción y suministro de las cantidades suficientes para asegurar su disponibilidad. Está claro que las compañías farmacéuticas en general no contemplan el tratamiento para el Kala Azar como una fuente de ingresos potenciales.

SSG más barato y de calidad

Algunas compañías farmacéuticas principalmente en Asia están produciendo SSG genérico. MSF ha identificado SSG genérico de muy buena calidad en la India a un precio diez veces más barato que el del tratamiento con Pentostam. Aunque se utiliza en la India en grandes cantidades, no se encuentra en África donde su uso todavía no ha sido aprobado. Al igual que en Europa, los ministerios de salud africanos tienden a rechazar medicamentos genéricos y, por lo tanto, se muestran reacios a autorizarlos, prefiriendo el producto de marca original, en este caso el Pentostam. Esto significa que a un precio medio de 150 dólares americanos por cada tratamiento con Pentostam, el coste de tratar a 40.000 personas con Kala Azar en Sudán durante los últimos 10 años ascendería a 6 millones de dólares. Si el SSG genérico hubiera estado disponible (o autorizado), el coste hubiera sido de 600.000 dólares americanos, lo que representa un ahorro de más de 5 millones de dólares.

En Sudán, donde MSF necesita urgentemente un medicamento más eficaz y más barato para los pacientes de Kala Azar, las autoridades sanitarias no han permitido su uso, oficialmente porque no estaban convencidos de su eficacia. MSF envió muestras a laboratorios europeos para que fueran analizadas. Asimismo, también realizó un estudio sobre el terreno para comparar los efectos de ambos productos. Los resultados mostraron que el SSG genérico eran tan efectivo como el producto comercializado. A pesar de la evidencia, el gobierno sudanés ha continuado oponiéndose a su registro e insistiendo en la necesidad de más pruebas.

MSF continúa trabajando con los gobiernos del África del este y con los fabricantes de la forma genérica a fin de encontrar una manera de hacer que el SSG pueda ser utilizado por la población necesitada. En Kenya, donde recientemente se declaró un brote de Kala Azar, los expertos de MSF mostraron los resultados obtenidos en el estudio de la eficacia del SSG al Ministerio de Salud y el gobierno ha accedido a registrar la forma genérica para un periodo de tres meses. Sin embargo, la disponibilidad de un medicamento más barato no sería la

solución final. Los problemas más importantes en relación al tratamiento del Kala Azar son tanto la falta de acceso a la atención sanitaria en general como la incapacidad de pagar incluso ni 10 dólares para poder salvar una vida.

MSF exige más compromiso

MSF está haciendo campaña para persuadir a los gobiernos de los países africanos afectados por el Kala Azar que autoricen el uso de SSG genérico. Se están haciendo circular los resultados del estudio realizado en Sudán a fin de probar que el producto genérico es tan bueno como el comercializado. MSF pretende convencerles no sólo de registrar la forma genérica para su uso, sino también de que la compren ellos mismos. Asimismo MSF, está trabajando en colaboración con IDA1 para asegurar el suministro regular y el control de calidad del SSG genérico.

MSF hace un llamamiento a los gobiernos y compañías farmacéuticas para que inviertan más dinero y esfuerzos en la lucha contra la leishmaniasis. Existe una urgente necesidad de conseguir medicamentos más efectivos, seguros y baratos para tratar el Kala Azar. MSF considera que el Kala Azar debe tener un lugar en la agenda de la salud.

Una enfermedad olvidada en Sudán

Sudán, 1988. La guerra civil entre las tropas del gobierno musulmán y las tribus nilóticas del Sur hacía estragos en una zona también afectada por una importante hambruna. Millones de desplazados huían de sus hogares en el Sur para refugiarse en el Norte. En octubre, MSF en Khartoum, descubrió que una extraña enfermedad estaba provocando numerosas muertes entre los desplazados procedentes del Sur. Todos provenían del área de Bentju al Sur de Sudán. Al cabo de pocos días, los equipos en el terreno habían examinado a más de 50 personas. En un principio se pensaba que era un brote de tifus, aunque luego MSF vio que se trataba de una extraña enfermedad parasitaria que recientemente se había estado estudiando en Europa: el Kala Azar.

MSF importó desde Europa un análisis especial para detectar a las personas infectadas, suministrando SSG e instalando un centro de tratamiento en Khartoum en colaboración con el Ministerio de Salud sudanés. Los análisis revelaron que cerca de la mitad de las personas de la zona de Bentju habían sido infectadas. Se identificaron y trataron más de 700 casos en Khartoum durante el primer año. Más tarde se diagnosticaron otros casos en las principales ciudades en la carretera entre Bentju y Khartoum donde MSF puso en marcha otros tres centros de tratamiento.

Al mismo tiempo, a unos 1.000 Km de Khartoum, otro equipo de MSF entró en el Sur de Sudán de forma clandestina e inició sus actividades en el pueblo de Leer donde sus habitantes sufrían los efectos de la guerra. Tras algunas semanas, al enterarse que una extraña enfermedad estaba matando a todos los habitantes de otros poblados en la zona, el equipo emprendió el viaje a pie para ir a visitarles. Los médicos asumieron que se trataba del tifus y empezaron a tratarles con antibióticos. Pero su estado no mejoró.

En las oficinas de MSF, el médico a cargo de Sudán descubrió la relación entre ambos casos: los enfermos en el Sur de Sudán y los pacientes de Kala Azar en Khartoum todos provenían del área de Bentju, lo que proporcionó la pista acerca de la naturaleza de la enfermedad, que más tarde fue confirmada por los análisis de laboratorio. Se cree que las tropas rebeldes infectadas durante su instrucción en el este de Sudán trajeron el parásito del Kala Azar al área de Bentju. Además, los cambios medioambientales habían hecho aumentar el número de vectores (los jejenes). La guerra y el hambre naturalmente contribuyeron a alimentar la epidemia que duró de 1984 a 1994. Según uno de los estudios realizados por MSF, el Kala Azar se cobró 100.000 vidas durante este periodo.

MSF combate el Kala Azar

MSF organiza la detección y el tratamiento de casos para controlar la enfermedad en las áreas afectadas. Cuando los hospitales locales no tienen posibilidades de tratar grandes cantidades de enfermos, o cuando no hay hospitales, MSF desarrolla unidades especiales de tratamiento para atender a los pacientes.

En Sudán, MSF identificó una epidemia de Kala Azar en 1988. Durante los últimos diez años, MSF ha puesto en marcha 6 centros de tratamiento en Khartoum, en el Alto Nilo Occidental y en la frontera con Etiopía donde ha tratado a más de 40.000 pacientes. En Etiopía, en la frontera con Sudán, MSF inició un proyecto de lucha contra el Kala Azar en 1998 y ha tratado ya hasta 800 casos.

En Uganda, MSF atiende cada año a cerca de 250 pacientes de Kala Azar entre la población nómada Pokot.

En Kenya, MSF ha ayudado a controlar el reciente brote de Kala Azar y está fomentado el uso del SSG genérico.

Adiós a las armas

"ADIÓS A LAS ARMAS"

Campaña para el control de armas ligeras

Las armas ligeras son las causantes del 90 % de las víctimas de los conflictos actuales. De ellas, el 90 % corresponde a la población civil, siendo mujeres y niños los principales afectados. En el mundo hay 500 millones de armas ligeras, a los que hay que añadir los que se encuentran en manos de cuerpos policiales y de seguridad.

Desde hace un año, cientos de organizaciones de todo el mundo se han estado preparando para iniciar una campaña conjunta a nivel mundial, formándose una red de ONG, individuos y organizaciones coordinadas internacionalmente contra la acción de las armas ligeras y su proliferación. Esta red ha sido recibido el nombre de IANSA (International NGO Action Network on Small Arms).

Debido al efecto negativo que la proliferación y descontrol de las armas ligeras tiene sobre los derechos humanos de las poblaciones afectadas, la hipoteca que representa sobre sus posibilidades de desarrollo y a su impacto destructivo en las crisis humanitarias, Amnistía Internacional, Greenpeace, Intermón y Médicos Sin Fronteras han decidido juntar sus fuerzas para difundir esta campaña en España, con la colaboración y participación de otras organizaciones de derechos humanos, de cooperación y solidaridad, y el apoyo técnico de la Cátedra UNESCO sobre Paz y Derechos Humanos de la UAB.

Objetivos de la campaña

Conseguir transparencia en la información referente a la exportación de armas desde España al resto del mundo.

Control sobre el cumplimiento del Código de Conducta de la Unión Europea, sobre agentes intermediarios y mejora paulatina del código.

Promover la recompra y destrucción de armas ligeras en países y zonas concretas, así como priorizar las ayudas oficiales que permitan la reinserción de excombatientes.

Últimas noticias

130 países apoyan al gobierno de Sudáfrica en su lucha por el acceso a medicamentos para SIDA
45.000 españoles se han sumado a la campaña desarrollada por MSF en Internet

Johannesburgo/Madrid, 18 de Abril de 2001. – Hoy se reabre en la Corte Suprema de Pretoria el juicio que enfrenta a 39 compañías farmacéuticas y al gobierno de Sudáfrica. El juicio, iniciado el pasado 5 de marzo, se centra en la ley sudafricana de 1997 sobre Medicamentos y sustancias relacionadas que pretende hacer más accesibles y asequibles los medicamentos esenciales a la población sudafricana. En una rueda de prensa celebrada hoy en Johannesburgo, organizaciones nacionales e internacionales han denunciado la actitud de la industria farmacéutica por no desistir en sus acciones legales. Desde el año 98 esta demanda ha bloqueado la puesta en marcha de esta ley.

La organización internacional humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF) puso en marcha hace seis semanas una campaña de recogida de firmas en Internet con el objeto de frenar esta demanda. Durante este periodo de tiempo más de 250.000 personas de 130 países han firmado este manifiesto de apoyo al Gobierno sudafricano. "Desde los 4000 habitantes de los suburbios de Nairobi hasta celebridades como Whoopi Goldberg, Carlos Santana y REM, la sociedad civil pide a las industrias farmacéuticas que retiren la demanda", afirma Eric Goemaere, Coordinador General de MSF en Sudáfrica.

En España la respuesta de la sociedad también ha sido considerable. "Cerca de 45.000 personas en el estado español han firmado en nuestra web esta petición para que se retire la demanda dejando claro que los intereses económicos no deben ser más importantes que los derechos de las personas", afirma Emilia Herranz, responsable de la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales.

La organización Treatment Action Campaign (TAC) ha presentado hoy datos demostrando el devastador efecto que el elevado precio de los medicamentos está provocando en Sudáfrica. Solo el año pasado 250.000 personas fallecieron por patologías relacionadas con el SIDA en Sudáfrica. En las 6 semanas en las que la corte ha pospuesto el caso para permitir a la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos aportar evidencias que justifiquen sus precios, 30.000 personas más han muerto por esta causa. Las compañías farmacéuticas afirman que los altos márgenes de beneficios en África son esenciales para que siga existiendo investigación y desarrollo. "Los precios desorbitados de los medicamentos en Sudáfrica no se pueden justificar por la necesidad de financiar la I+D ya que África solo supone un 1% de las ventas mundiales de fármacos", afirma Goemaere. "La verdad es que el dinero público –no sólo de la industria farmacéutica– ha cubierto una parte importante de la I+D de medicamentos contra el SIDA. Los titulares de las patentes de antirretrovirales importantes como el D4T, ddI y ddC son el gobierno norteamericano o instituciones académicas". Además el sector privado invierte cantidades poco significativas en I+D para enfermedades que afectan principalmente a países en desarrollo.

MSF también destaca la necesidad de soluciones legales sostenibles que aseguren el acceso a medicamentos a largo plazo. Estas soluciones redundarían en mejores beneficios para la salud de la población más desfavorecida que las propuestas ad hoc, recientemente ofrecidas por compañías multinacionales farmacéuticas, como rebajar el precio de medicamentos para el SIDA acompañadas de un gran componente publicitario.

MSF denuncia

Cuando los intereses políticos y económicos están por encima de las poblaciones que sufren

Por Eric Stobbaerts
Director general – Médicos Sin Fronteras–España

En poco más de un mes la tierra se ha visto sacudida por tres graves terremotos; el primero en El Salvador

(13/01/01), el segundo en la India (26/01/01) y el tercero nuevamente en El Salvador. Desde MSF consideramos que no debemos quedarnos callados al observar la reacción del gobierno español en uno y otro caso. Mientras el gobierno actuó sin dudar en la emergencia de El Salvador, es sorprendente, por no decir indignante su inercia en el caso de la India, dónde más de 100.000 personas han perdido la vida en apenas dos días.

Sin duda, la raíz del problema debe buscarse en la base de la política de ayuda del gobierno central ó, lo que es lo mismo, en la interesada Ley de Cooperación y en el oportunista Plan Director de Cooperación Internacional diseñado por el Estado. Con esta ley el Gobierno parece olvidar que las necesidades humanitarias existen más allá de las prioridades geográficas y sectoriales que determina la política. Lo visto nos lleva a pensar que la realidad del mundo, la de las poblaciones que sufren ocupa un segundo plano y sólo sirve de fachada para ocultar los intereses de orden económico y de visibilidad política del gobierno.

Es lamentable observar que esta solidaridad del gobierno español sólo obedece a intereses del Estado. Solamente actúa humanitariamente cuando le viene bien, es decir, cuando ve posibilidades de abrir futuros mercados en el país damnificado, o para lanzar discursos políticos que venden bien. O cuando le permite mandar al terreno al ejército español que no busca nada más que limpiar su pobre imagen ó encontrar un nuevo papel que desempeñar. Todo vale para reconfortar a la opinión pública, o hasta para vender una imagen humana del ejército español.

La situación que viven las poblaciones afectadas de India no justifica la actual política del Gobierno español y lo que ha quedado claro es que la solidaridad de las autoridades centrales es sesgada e interesada. En este sentido, India parece que no es un país prioritario para el Estado Español y, por lo tanto, que sus poblaciones pueden ser olvidadas. Esta política del Gobierno viola, sin el más mínimo remordimiento, lo que legitima las acciones humanitarias: la gratuidad de la ayuda, sin distinción de raza, de religión ó afiliación política. Una víctima es una víctima. La acción humanitaria debe respetar este código ético y mantenerse independiente de los intereses políticos ú económicos. Y este ejemplo simboliza y pone de manifiesto, una vez más, que los legítimos garantes de todos estos valores no pueden ser otros que las ONG.

1

48



© Juan Carlos Tomasi, Sede Central, Barcelona, 2000

