

MSF
Diciembre de 2021

50 años de humanidad

Médicos Sin Fronteras
cumple medio siglo de acción
humanitaria independiente



En recuerdo de nuestros compañeros María Hernández Matas, Yohannes Halefom Reda y Tedros Gebremariam Gebremichael, asesinados en Etiopía en junio de 2021, cuando prestaban su valiosa ayuda a la población de Tigray.



Nuestros equipos viven y trabajan entre gente cuya dignidad es violada cada día. Estos profesionales deciden utilizar su libertad para hacer del mundo un lugar más soportable. A pesar de grandes debates sobre el orden mundial, la acción humanitaria viene a resumirse en una sola cosa: seres humanos ayudando a otros seres humanos que viven en las más adversas circunstancias. Vendaje a vendaje, sutura a sutura, vacuna a vacuna”.

James Orbinski, presidente internacional de MSF
Discurso de aceptación del Premio Nobel de la Paz (1999)

- 5 Cincuenta años de humanidad**
David Noguera, presidente de MSF España
- 7 La organización que queremos ser**
Marta Cañas, directora general de MSF España
- 10 Los orígenes: la necesidad de denunciar**
- 12 Cronología de las intervenciones de MSF (1971-2021)**
- 16 Acción médica directa: los pacientes en el centro**
- 18 Posicionamiento público: testimonios que salvan vidas**
- 20 Innovación médica: adaptación continua y eficacia**
- 21 Epidemias: la sombra del Ébola y la COVID-19**
- 24 Veinte años de la Campaña de Acceso: los medicamentos no son un lujo**
- 26 Cambiar el modelo humanitario para asistir mejor a las poblaciones**
Abdoul-Aziz Mohammed, director de la oficina regional de MSF en Dakar
- 30 La experiencia, innovación e iniciativa te permiten ofrecer una respuesta de calidad en situaciones límite**
Entrevista a Teresa Sancristóval, directora de Operaciones de MSF España
- 34 Poblaciones en movimiento: la experiencia de MSF en Latinoamérica**
Jorge Pedro Martin, expresidente de MSF para América Latina (2015-2017), y Daniel Macía Agudelo, especialista en salud mental de MSF en Colombia
- 38 Inmediatez: la atención a emergencias en menos de 72 horas**
- 40 Independencia: el pilar de la asistencia humanitaria**
- 42 Apoyo social y rendición de cuentas: la importancia de socios y donantes**
- 44 MSF hoy**
- 46 Proyectos en 2020**



“ Hoy sabemos que el regreso a las primaveras idas es irrealizable; que el hábito de explicarse las cosas acalambadas de contradicciones es la fuente de toda lucidez; y que el oficio de conspiradores para cambiar el mundo es la única manera de no envejecer”.

Sobre las tres grandes vocaciones, de Mario Payeras

Cincuenta años de Médicos Sin Fronteras (MSF) son demasiados, aunque lamentablemente todo nos indica que tendremos que seguir nuestro recorrido. Porque lo que para otras instituciones u organizaciones es un aniversario señalado y un momento de celebración, en la nuestra necesariamente genera sentimientos contradictorios. Los triunfos y gestas de nuestra gente siempre ocurren en un contexto mayor de sufrimiento, enfermedad y muerte en las personas y las comunidades, de fracaso de la humanidad y en particular de los estamentos y de las figuras que son causantes de las crisis.

Nacimos, en 1971, en un contexto de desplazamiento tras un conflicto, el de Biafra (Nigeria). Fruto de una mezcla de compromiso, de nuestra manera de entender la profesión médica y de la necesidad de denunciar

Ya nacimos, en 1971, en un contexto de desplazamiento forzado tras un conflicto, el de Biafra (Nigeria). Fuimos fruto de una mezcla de compromiso, de nuestra manera de entender la profesión médica, y de la necesidad de combinarla con la denuncia para canalizar la indignación ante determinadas situaciones, señalar a los responsables y buscar aliados para revertirlas.

A principios de los ochenta, nos expulsaron de Etiopía por dejar constancia de que la acción humanitaria puede ser manipulada y convertirse en cómplice camuflada de ayuda. En los noventa, en los Balcanes, vimos que nuestra presencia no podía evitar matanzas indiscriminadas de civiles que venían a nuestros hospitales buscando protección. En el genocidio de Ruanda perdimos a más de 250 compañeros y compañeras, y por primera vez reclamamos una intervención militar externa que parara el horror. El cambio de siglo nos trajo la guerra contra el terror que sacudió Oriente Próximo y el mundo entero, y en la que los discursos y posicionamientos políticos vinculaban la asistencia humanitaria a procesos de “consolidación democrática y pacificación” que nos pusieron en la diana de actores armados.

Dimos testimonio del uso de la violencia sexual en conflictos como los de Darfur (Sudán) y los Kivus (República Democrática del Congo), y vimos cómo tembló Haití para después sucumbir a una epidemia de cólera sin precedentes. En estos últimos años, Siria o Yemen nos han demostrado que estamos aún muy lejos de que la comunidad internacional reaccione adecuadamente y pare las guerras que se enconan. Los conflictos en el Sahel cruzan todo el continente africano como un cinturón de violencia que lo ahoga. El Ébola y la COVID-19 suponen un auge de las epidemias. Y Europa y Estados Unidos, supuestos impulsores y garantes de derechos,

se han enfrentado a la migración y a la búsqueda de refugio con medidas de seguridad y bloqueo, del todo deshumanizadas, que encierran a menores en cárceles o convierten mares en cementerios.

Pero esta lista de hitos es incompleta, porque son solo parte de una lista mucho más extensa de otras situaciones que de forma reiterada no aparecen en el radar de los grandes medios. Y porque en MSF los grandes momentos son cotidianos, y somos conscientes de que el secreto de nuestra persistencia es saber que cada vida que salvamos, en cualquier rincón del planeta, con independencia de cualquier otra consideración, es un logro enorme, de la mayor relevancia y absolutamente necesario. Quizás perdamos todas las guerras, pero ganamos millones de batallas.

En MSF, los grandes momentos son cotidianos. Cada vida que salvamos es un logro enorme. Quizás perdamos todas las guerras, pero ganamos millones de batallas

Y siempre son las poblaciones el actor principal de la respuesta a las situaciones de emergencia. No son sujetos pasivos que, como una hoja zarandeada por el viento, se rinden a los embates de la vida sin oponer resistencia. Todas las personas que hemos tenido el privilegio de trabajar en los proyectos de MSF sabemos de miles de historias de lucha, de supervivencia, de solidaridad hacia el otro, de compromiso con la comunidad. Nuestros referentes personales y profesionales siempre los encontramos en los países donde trabajamos. Y también entre ese medio millón de personas que colaboran con nosotros en España. No hay ningún país en el mundo con más socios y socias de la organización.

Si MSF, esta cadena de individuos organizados, es capaz de estos logros, los que verdaderamente tienen la responsabilidad y aún más recursos para hacerlo, si no lo hacen, es por falta de voluntad política, de liderazgo verdadero, nunca de capacidad. Se convierten por tanto en culpables, en cómplices, o irresponsables.

Ojalá no cumplamos los cien. Nos apasiona lo que somos y lo que hacemos. Pero no tenemos mayor anhelo compartido que desaparecer por innecesarios. Ojalá podamos ver el día en que cerremos nuestra oficina y arrojemos las llaves a este mar tan nuestro, el Mediterráneo, el que nos une (y no separa) de África, como homenaje y disculpa por no haber podido asistir a todas las personas que se ahogaron. Ojalá nuestros equipos puedan arriar esa bandera blanca con un monigote pintado a trazos rojos y queden nuestros hospitales como último regalo tratando a pacientes que vivan en paz. Ojalá nuestros vehículos hagan un último viaje para devolvernos a todos a nuestras casas y puedan jubilarse como ambulancias cruzando junglas y desiertos.

Ojalá no cumplamos los cien. No tenemos mayor anhelo compartido que desaparecer por innecesarios

Pero este oficio me ha enseñado que esto no será mañana. Que los 50 nos sirvan entonces para renovar nuestro compromiso, para reforzar esa tozudez que nos lleva a buscar nuestros límites y llegar donde otros no llegan.

La organización que queremos ser



Marta Cañas, directora general de MSF España

El espíritu asociativo de esta organización ha permitido a quienes la integramos poner sobre la mesa todo tipo de debates en sus 50 años de historia. Debates, discusiones, propuestas que han hecho de Médicos Sin Fronteras algo mejor y más grande que aquella pequeña organización creada en 1971 por un puñado de médicos y periodistas. En los últimos años, cada vez más voces internas demandaban una mayor determinación para que la organización sea más diversa en términos de género, etnia, origen, religión, nacionalidad y orientación sexual.

Creemos inequívocamente que de ese modo nuestra organización será más fuerte y más justa y estará mejor preparada para vencer los desafíos a los que nos enfrentamos. Por ello trabajamos con constancia en esa dirección y nos hemos comprometido de manera firme a eliminar cualquier barrera y otras formas de discriminación que identifiquemos. Lo hemos hecho muy explícito en nuestras Orientaciones Estratégicas para el período 2020-2023, tal y como refleja este fragmento:

“ Todas las personas de la organización se sentirán bienvenidas y valoradas y tendrán igualdad de oportunidades para crecer y desarrollarse profesional y personalmente, gracias al acceso equitativo a servicios, información y oportunidades. Nos comprometemos a poner en marcha los mecanismos necesarios para superar los obstáculos que todavía minan la igualdad, la movilidad interna y las políticas basadas en el género”.

Estamos construyendo un MSF que tenga la igualdad, la inclusión, la diversidad y el respeto como ejes fundamentales de su identidad

Estamos construyendo un MSF que tenga la igualdad, la inclusión, la diversidad y el respeto como ejes fundamentales de su identidad. En la Dirección General hemos creado una nueva área estratégica sobre Diversidad, Igualdad e Inclusión, dos de cuyos pilares centrales son la equidad de género y el antirracismo. Aunque nuestro enfoque es abordar la diversidad desde una perspectiva interseccional, es decir, desde los múltiples elementos identitarios de cada persona. Esta área trabaja estrechamente con la Unidad de Comportamiento y Ética, pues el racismo, la discriminación y el abuso no tienen cabida en la organización.

Pero estas acciones no empiezan ahora. Llevamos años caminando hacia una diversidad global en nuestra organización. Por ejemplo, nuestra fuerza global en los proyectos es absolutamente diversa en términos de origen, con más del 50% de nuestro personal internacional, y también de los puestos de coordinación, proveniente del Sur Global. Llevamos casi diez años incrementando la incorporación de personal de sede en las oficinas que tenemos fuera de Europa, principalmente en Nairobi (Kenia), Dakar (Senegal), Ammán (Jordania), Buenos Aires (Argentina) y Nueva Delhi (India). A su vez, hemos lanzado una nueva política que obliga a la apertura

de cualquier puesto global en cualquier oficina de MSF en el mundo. De esa manera, promovemos la desconcentración de nuestra fuerza de trabajo en las sedes en Europa y la atracción de talento de diferentes regiones del mundo.

Hemos abierto cada vez más cargos clave, sobre todo operacionales, en estas oficinas, con el objetivo de alentar el acceso de personal no europeo a puestos de alto nivel. Al mismo tiempo, los acercamos a nuestras operaciones en los proyectos, la razón de ser de la organización. En este sentido, tres de nuestras cinco células operacionales se encuentran en oficinas regionales del Sur Global, en Nairobi, Ammán y Dakar. A pesar de todos estos esfuerzos, necesitamos seguir dando empuje a la identificación de talento y a la promoción de compañeros y compañeras del Sur Global en puestos de responsabilidad de sede.

El énfasis hay que ponerlo también en la formación y los planes de carrera. Hemos diseñado una serie de programas para personal de MSF del Sur Global, uno de ellos con especial enfoque en las mujeres de los países africanos. El fin de estos programas es garantizar la igualdad de oportunidades, y permitir que todas las personas puedan crecer dentro de la organización y alcanzar cargos de responsabilidad. Además, hemos aumentado la oferta y el acceso a cursos online para nuestro personal contratado localmente (más del 80% de nuestros equipos).

Organizamos sesiones de formación y talleres de sensibilización en todos los niveles de la organización en cuanto a diversidad, igualdad e inclusión. En cada una de estas sesiones hablamos de discriminación, entendiéndola en todas sus formas: por género, por orientación sexual, por religión y también en términos de racismo.

NOS QUEDA CAMINO POR RECORRER

Somos conscientes de que aún estamos muy lejos de donde nos gustaría estar. La representación total de las mujeres en nuestros proyectos sigue siendo muy baja. Tenemos que aumentar los esfuerzos ya citados para atraer y contratar a más mujeres, y para apoyar su formación y crecimiento dentro de la organización, con el fin de que ocupen puestos de coordinación. Hoy las mujeres, en los proyectos de MSF España, representan el 42%, si hablamos de personal internacional, y solo el 32% si evaluamos el personal contratado localmente. En cuanto a los puestos de coordinación, el 38% está ocupado por mujeres.

A nivel global, cabe destacar que el 57% del personal en los proyectos procede del Sur Global. No obstante, aún debemos aumentar el acceso del personal contratado localmente a los puestos de coordinación, ya que estos siguen estando ocupados sobre todo por personal contratado internacionalmente.

Por último, un pilar básico en la búsqueda de una organización más diversa e inclusiva es la lucha contra toda clase de abuso y acoso. MSF ha definido y fortalecido todos los mecanismos para fomentar la prevención, detección, notificación y gestión de cualquier tipo de mala conducta, acoso y abuso hacia las personas a las que servimos, así como entre las que formamos parte de la organización. Además, se han creado nuevos puestos y recursos

En los proyectos de MSF España, las mujeres son el 42% del personal internacional y el 32% del personal contratado localmente

Un pilar básico para una organización más diversa e inclusiva es la lucha contra toda clase de abuso y acoso



CAMERÚN © SCOTT HAMILTON

diversos para aumentar el apoyo al personal, tanto en calidad como en cantidad, en el sentido de proporcionarle más sesiones de formación y sensibilización, aumentar las visitas y el soporte a los proyectos y mejorar todo el sistema de investigación. Realizamos talleres y mantenemos otras formas de consulta con el personal para analizar situaciones y enfocar las acciones y estrategias de manera adaptada y relevante.

Hemos fortalecido la orientación brindada al personal sobre cómo denunciar el acoso, el abuso o la explotación, y hemos reforzado la sensibilización de los pacientes y de las comunidades en las que realizamos operaciones respecto a estos temas. A pesar de ello, seguimos observando un subregistro en las denuncias de estos colectivos. Vamos a seguir pues poniendo la máxima energía para mejorar dicha sensibilización y adaptar los mecanismos de denuncia existentes. No dejaremos de trabajar incansablemente para que las cosas cambien de forma radical. No permitiremos ningún tipo de agresión hacia las personas a las que asistimos ni hacia sus comunidades, y la más mínima expresión de abuso en este sentido será recibida con tolerancia cero.

Lograr y mantener un ambiente de trabajo libre de abusos y de acoso es un esfuerzo continuo que todas las personas que trabajamos en MSF tenemos que hacer. Todos somos responsables de su cumplimiento, al igual que tenemos la obligación de mantener nuestro compromiso de no dañar a las personas a las que cada día nos esforzamos por ayudar.

Quizás avancemos con más lentitud de la que nos gustaría o cometamos errores, pero tenemos claro que este es un camino sin vuelta atrás: no hacer nada no es una opción. Si unimos fuerzas y nos proponemos cambiar las cosas, seremos imparables.

Quizás avancemos con más lentitud de la que nos gustaría o cometamos errores, pero tenemos claro que este es un camino sin vuelta atrás

Los orígenes: la necesidad de denunciar

Las raíces de MSF se hallan en el conflicto de Biafra (1968) y en un contexto marcado por la Guerra Fría, la descolonización y los movimientos políticos y activistas de finales de los sesenta

50 años después, la comunidad internacional es incapaz de dar respuesta a las grandes crisis y la ayuda humanitaria resulta imprescindible

Médicos Sin Fronteras nace formalmente en París el 22 de diciembre de 1971 de la mano de un grupo de médicos y periodistas. Para hallar las raíces de la organización hay que trasladarse al conflicto de Biafra (Nigeria, 1968) y a un contexto marcado por la Guerra Fría, la descolonización y los movimientos políticos y activistas de finales de los sesenta.

El resorte que impulsó la creación de MSF fue la frustración de una serie de médicos porque el mandato de la organización en la que trabajaban les impedía prestar testimonio sobre la guerra civil en Biafra y las atrocidades contra la etnia igbo. A esto se sumó la de los médicos que presenciaron la ineficacia con que se atendió a las víctimas de las inundaciones de 1970 en Pakistán Oriental (actual Bangladesh).

MSF evolucionó del caos de los inicios a la creación de una sólida estructura para prestar apoyo al personal de los proyectos, la contratación de expertos en logística y agua y saneamiento, y la especialización médica para dar lugar a una medicina humanitaria.

En plena Guerra Fría, los conflictos armados eran, en la mayoría de las ocasiones, parte del juego de mesa entre las dos superpotencias. La nueva organización, que impulsaba una acción médica independiente de intereses geopolíticos, vio prohibida su entrada a los países del bloque soviético, en los que solo pudo acceder a determinadas zonas de forma clandestina.

Hoy, 50 años después, las razones que llevaron al nacimiento de MSF siguen vigentes: la comunidad internacional es incapaz de dar respuesta a las grandes crisis y la ayuda humanitaria resulta imprescindible.

Aunque el contexto y los conflictos han cambiado, permanecen (y se agravan) los ataques a las misiones médicas, la falta de acceso a las poblaciones necesitadas y la erosión del espacio humanitario por parte de agentes políticos o militares que controlan y manipulan la ayuda.

La Guerra Fría y su política de bloques dio luego paso a unos conflictos bélicos como los actuales, con más agentes implicados, que se enquistan, y en los que la falta de respeto a la población civil, así como al Derecho Internacional Humanitario y las leyes de la guerra, sigue siendo tan infame como patente. De ello son testigos los equipos de MSF en Siria, Yemen, Sudán del Sur, Afganistán o Etiopía, por citar solo algunos ejemplos.

La organización también ha sido testigo, especialmente en la última década, de un gran deterioro de la acogida de las personas que huyen de la guerra y la violencia, algo que era impensable cuando nació. Europa ha levantado nuevos muros (físicos y burocráticos) contra refugiados, solicitantes de asilo y migrantes. La criminalización de estos colectivos se ha agudizado hasta apuntar a las propias organizaciones que los asisten.

En 1986 se creó Médicos Sin Fronteras España; su primer proyecto fue en Palos Blancos, en Bolivia, con un programa de asistencia a la población aymara

La sección española de MSF nació en 1986. Uno de sus principales impulsores fue el Dr. Josep Vargas, que sería el primer presidente de MSF España. Vargas conoció la organización cuando estudiaba salud pública en París. De la mano de la sección belga, trabajó en Chad y Nicaragua, y, a la vuelta, comenzó a fraguar la idea de crear una homóloga española en base a sus ideales de independencia y neutralidad y sin vinculaciones políticas ni religiosas.

El 24 de julio de 1986 se creó en Barcelona la Asociación Médicos Sin Fronteras España y, siguiendo los principios y las grandes líneas de la Carta Magna, se forjaba su documento fundacional.

El primer proyecto de MSF España tuvo lugar en Palos Blancos, en Bolivia, con un programa de asistencia a la población aymara. En 1990, la rama española ya trabajaba en emergencias junto con las demás secciones: Francia, Bélgica, Holanda y Suiza.

Hoy, 35 años después, MSF España lleva a cabo operaciones en una treintena de países y destina la mayor parte de sus fondos a la asistencia a poblaciones afectadas por conflictos y violencia armada en contextos tan complejos como Siria, Yemen, Etiopía, Camerún o Nigeria, entre otros. Más de 580.000 socios y colaboradores apoyan hoy a la organización en nuestro país.

Directeur de la publication
R. C. BOREL
Redaction, Administration
97, 98, bd V. Hugo, Clichy 92
250 82 60
Petites Annonces :
250 72 40
Publicité : Promo Médic
ALM 23 94
TONUS N° 493
3 janvier 1972

TONUS
Toutes les semaines au service du Corps Médical

VOUS LIREZ AUSSI...
Neurologie : un C.E.S. qui s'imposait p. 3
Bibliophilie p. 12
Tourisme p. 14
Madame TONUS p. 16
et 150 petites annonces en p. 11 et 15

“ MÉDECINS SANS FRONTIÈRES ” EST DEVENU UNE RÉALITÉ



De gauche à droite : M. Reynaud, Conseiller Juridique, M. Bernier, journaliste, M. R.C. Borel, Directeur de Tonus, les Drs Wild, Récamier, Kouchner, Pigeon, Grollety-Bosviel, Berex, Cabrol, Delcourt.

LA RÉPONSE À TOUS CEUX

FRANCIA © FRANÇOIS LEDUC

Cronología de las intervenciones de MSF (1971-2021)

1971 Nacimiento de Médicos Sin Fronteras.

1972 Terremoto en Nicaragua.

1976 Guerra civil en Líbano.

Asistencia a refugiados camboyanos en Tailandia.



© MSF

1980 Invasión soviética de Afganistán.

1984 Hambruna en Etiopía.

1986 Guerra civil en Sri Lanka.

Primeros programas para tratar la enfermedad del sueño.

Nacimiento de Médicos Sin Fronteras España.

1988 Terremoto en Armenia.

Primera Intifada en Gaza y Cisjordania.

1990 Guerra en Liberia.



© MSF

1991 Guerra civil en Somalia.

Éxodo kurdo de Irak.

1992 Crisis por la disolución de la antigua Yugoslavia.

Hambruna en el Cuerno de África.

Guerra en Bosnia.

1993 Guerra civil en Burundi.

1994 Genocidio en Ruanda.



© ROGER JOB

Crisis humanitaria en Goma (Zaire).

Asistencia a víctimas del conflicto interno en Colombia.

1995 Masacre de Srebrenica (Bosnia).

Primera guerra en Chechenia.

Primeros programas para tratar la tuberculosis.

1996 Epidemia de meningitis en Nigeria.

1997 Atención a refugiados ruandeses en Zaire.

Primera guerra en República Democrática del Congo.

1998 Huracán Mitch en Honduras, Nicaragua, Guatemala y El Salvador.

Emergencia nutricional en el sur de Sudán.

1999

Guerra en Kosovo.
Segunda guerra en Chechenia.



© ERIC BOUVET

Primeros programas para tratar la enfermedad de Chagas en Centroamérica.

Concesión del Premio Nobel de la Paz a MSF.



Creación de la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME).

2000

Segunda Intifada en Gaza y Cisjordania.
Guerra civil en Sierra Leona.

Primer programa para tratar el VIH, en Tailandia (le seguirá otro en Sudáfrica en 2001).

2001

Integración de la atención a la salud mental en las actividades de MSF.
Terremotos en El Salvador, India y Perú.

2002

Hambruna tras el fin de la guerra en Angola.
Entrada en Afganistán de la coalición liderada por EE. UU.



© JUAN CARLOS TOMASI

Implantación de la terapia combinada contra la malaria.

2003

Invasión norteamericana de Irak.
Escalada de violencia en Liberia.
Nacimiento de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi).

2004

Tsunami en el sureste asiático.



© JOHN STANMEYER

Conflicto armado y crisis nutricional en el oeste de Sudán.

Retirada de MSF de Afganistán.

2005

Epidemia de Marburg en Angola.
Crisis nutricional en Níger.
Terremoto en Pakistán.

2006

Crisis armada en Líbano.
Atención a heridos de guerra iraquíes en Jordania.
Asistencia a personas migrantes abandonadas en el desierto de Marruecos.

2007

Terremoto en Perú.
Introducción de un nuevo medicamento combinado contra la malaria.
Desnutrición: campaña a favor del uso de alimentos terapéuticos preparados.

Caso Novartis: campaña de apoyo a la Ley de Patentes de India.

2008

Emergencia nutricional en Etiopía.
Recrudescimiento de los combates en República Democrática del Congo.
Ciclón Nargis en Myanmar.

2009 Epidemia de cólera en Zimbabue.
Intensos bombardeos israelíes en Gaza.
Brotos de meningitis en el oeste de África.
Campaña sobre la necesidad del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.

2010 Terremoto y epidemia de cólera en Haití.



© JULIE REMY

Inundaciones en Pakistán.
Atención a migrantes subsaharianos vulnerables en su camino hacia Europa.
Campaña sobre la retirada de apoyo financiero y político por parte de los donantes a la lucha contra el sida.
Campaña sobre el nuevo tratado comercial entre la Unión Europea e India, una amenaza para los medicamentos genéricos.

2011 Guerra en Libia.
Revueltas árabes en diversos países y conflicto armado en Yemen.
Terremoto y tsunami en Japón.
Guerra civil en Costa de Marfil.
Violaciones masivas en la República Democrática del Congo.

2012 Guerra en Siria.



© NICOLE TUNG

Afluencia masiva de refugiados en Sudán del Sur.
Vacunación generalizada contra el cólera en Guinea.
Atención a migrantes latinoamericanos en ruta a través de México.

2013 Aumento de la violencia contra la población en República Centroafricana.

Guerra civil en Sudán del Sur.
Tifón Haiyan en Filipinas.
Retirada de MSF de Somalia.

Primeros programas para tratar la hepatitis C.

2014 Epidemia de Ébola en África Occidental, la peor de la historia hasta ese momento.



© JOHN MOORE

Guerra en Yemen.
Conflicto bélico en el este de Ucrania.

2015 Operaciones de búsqueda y rescate en el Mediterráneo central por la falta de respuesta de los Estados europeos.



© ANNA SURINYACH

Llegada masiva de refugiados a Europa, a través de Grecia y de las fronteras de la Europa del este.

Bombardeo del hospital de MSF en Kunduz (Afganistán).

Ataques a misiones médicas en Yemen, Siria y Afganistán.

2016 Emergencia nutricional en Borno (Nigeria).

Conflicto bélico en la región del lago Chad, en África Central.

Acuerdo sobre inmigración entre la Unión Europea y Turquía.

2017 Éxodo rohingya de Myanmar a Bangladesh.



© ANTONIO FACCIOLONGO

Brote de cólera en Yemen.

2018 Gran Marcha del Retorno en los Territorios Palestinos Ocupados.

Brote de Ébola en República Democrática del Congo, el peor de la historia del país.

2019 Brotes de sarampión a gran escala en África.

Ciclón Idai en Mozambique, Malawi y Zimbabue.

Conflictos y crisis de desplazamiento en el Sahel.

Conflicto armado en Camerún.

2020 Pandemia mundial de COVID-19.



© ANNA PANTELIA

Migración en la frontera entre Venezuela y Colombia.

Conflicto armado en Burkina Faso.

2021 Conflicto bélico en Tigray, Etiopía.



© CLAUDIA BLUME

Crisis de desplazamiento en Cabo Delgado, Mozambique.

Ofensiva israelí en los Territorios Palestinos Ocupados.

Acción médica directa: los pacientes en el centro

La acción médica directa es el eje central alrededor del cual gira todo el trabajo de MSF

Suturar una herida, poner una vacuna, asistir un parto, tratar una infección o una enfermedad crónica. La acción médica directa es el eje central alrededor del cual gira todo el trabajo de Médicos Sin Fronteras. De hecho, la labor de la organización está guiada por la ética médica y los principios humanitarios. El acto médico más sencillo se convierte en uno de los últimos reductos de humanidad, sobre todo en contextos de guerra. Para la organización, estar en primera línea significa estar en una consulta en una zona remota donde no hay otra atención médica disponible y preguntarle al paciente: “¿Cómo le puedo ayudar?”. Y adaptar esta atención médica a sus necesidades, sus preferencias y sus valores.

La proximidad con las poblaciones en crisis legitima las acciones de incidencia política y de comunicación que realiza MSF para denunciar las situaciones de las que es testigo directo.

En situaciones de guerra, violencia o inestabilidad social, o en países con una falta crónica de recursos, los problemas de acceso a servicios de salud de calidad se convierten en algo generalizado. Como consecuencia, muchas personas no pueden ir al médico o recibir cuidados de enfermería cuando lo necesitan, por muy grave que sea su estado. La atención que proporciona MSF intenta cubrir las necesidades más urgentes por medio de actividades en los diferentes niveles estructurales de la asistencia sanitaria, desde la comunitaria hasta la hospitalaria, pasando por la primaria. Una asistencia sanitaria que, según las necesidades, será de carácter preventivo, curativo o paliativo. Además, la organización realiza también otras actividades de gran impacto en la salud pública, como las relacionadas con el agua y el saneamiento.

MSF presta una asistencia sanitaria que, según las necesidades, será de carácter preventivo, curativo o paliativo

Para llevar a cabo esta labor, MSF cuenta con más de 45.260 personas trabajando en todo el mundo.¹ Nueve de cada diez están en los proyectos y el 83% de ellas son contratadas localmente. Es este volumen de personas comprometidas con nuestros valores lo que permite a la organización dar asistencia directa a quienes lo necesitan.

El trabajo de proximidad con las poblaciones se completa con las estructuras de salud a las que MSF da apoyo y con una atención más especializada, así como con clínicas móviles y otras actividades puntuales o regulares, como las campañas de vacunación.

¹ La cifra de personal equivale al total de puestos a tiempo completo o FTE (del inglés *full-time equivalent*). Por ejemplo, dos personas a media jornada equivalen a un FTE.

MSF forma a personas de las comunidades para que asuman tareas básicas, como por ejemplo diagnosticar y tratar casos leves de diarrea aguda en niños

En muchas ocasiones, las personas a las que MSF atiende no viven cerca de un hospital ni un centro de salud. Viven en pueblos apartados, desde donde buscar asistencia sanitaria puede ser complicado y peligroso, lo que aumenta el riesgo de que las enfermedades se agraven rápidamente.

Para paliar este problema, la organización trata de expandir la asistencia sanitaria más allá de los hospitales, hasta los centros de salud periféricos y los mismos pueblos. Con ese fin, MSF forma a personas de las comunidades en aspectos claves de salud para que asuman tareas básicas, por ejemplo, diagnosticar y tratar los casos leves de enfermedades que causan una gran mortalidad, como la diarrea aguda en niños. Otra tarea esencial de este personal comunitario es identificar los signos de gravedad y alarma en los pacientes, y gestionar derivaciones a centros de salud y hospitales.



NÍGER © ELISE MERTENS

Posicionamiento público: testimonios que salvan vidas

La pérdida del espacio humanitario ha llevado también a MSF a la denuncia pública en numerosas ocasiones

Existe el dilema de si se debe prestar testimonio sabiendo que la organización será expulsada y la población pagará las consecuencias

Médicos Sin Fronteras cree firmemente que el testimonio también salva vidas y a menudo ha alzado la voz para denunciar los abusos de los que ha sido testigo.

El genocidio ruandés, en 1994, situó a MSF ante muchos de los dilemas que han marcado su trayectoria como organización, e hizo comprender que, en circunstancias tan extremas, las organizaciones humanitarias no pueden proteger a la población ni a sí mismas. Entonces se dijo: “No se detiene un genocidio con médicos”.

La pérdida del espacio humanitario ha llevado también a MSF a la denuncia pública en numerosas ocasiones. Las hambrunas de Etiopía en 1984 y de Corea del Norte a finales de los noventa son ejemplos de crisis en las que la ayuda era desviada y no llegaba a la población. La organización lo denunció públicamente en ambas ocasiones: de Etiopía fue expulsada tras hacerlo, y de Corea del Norte se retiró voluntariamente, aunque forzada por las circunstancias.

El carácter asociativo de MSF ha hecho de esta organización un lugar en el que los debates internos son cada vez más y más intensos. En numerosas ocasiones, muchos de ellos han girado alrededor del dilema de si se debe prestar testimonio cuando existe la certeza de que la organización será castigada con la expulsión y la población pagará las consecuencias. En 2009, en Sri Lanka, el Gobierno había rematado tres décadas de guerra acorralando a los tigres tamiles en una estrecha franja entre la selva y la costa. La población civil quedó atrapada bajo los bombardeos, y quienes consiguieron escapar fueron encerrados en campos en los que la prestación de asistencia externa estaba condicionada al silencio. En aquella ocasión, se optó por aceptar aquellas condiciones a cambio de poder seguir prestando una asistencia que era vital para los civiles.

Una importante muestra de testimonio y denuncia fue la carta abierta de MSF enviada en 2011 a la Unión Europea (UE) y sus Estados miembros, entre ellos España, en la que se denunciaba el trato inhumano infligido a las personas que intentaban llegar a su territorio huyendo de la guerra en Libia. Guerra en la que la UE decía participar en defensa, precisamente, de la población.

El 3 de mayo de 2016, el Consejo de Seguridad de la ONU aprobó la Resolución 2286, que condena los ataques contra las instalaciones médicas, su personal y los pacientes, y reafirma la obligación de su protección en situaciones de conflicto. Existe un marco legal que todos los países deben cumplir. MSF, que había presenciado, sufrido y denunciado ataques de esta índole, contribuyó al borrador de esta resolución. En su discurso en septiembre de ese mismo año ante el Consejo de Seguridad,

Joanne Liu, presidenta internacional de la organización, clamó contra los continuos ataques a las misiones médicas que se siguen presenciando, sufriendo y denunciando en Siria, Yemen o Afganistán. Y recordó que la necesidad de proteger la atención sanitaria y a quienes la prestan en las más difíciles circunstancias es una responsabilidad colectiva.

El 10 de diciembre de 1999, MSF aprovechó su discurso de aceptación del Premio Nobel de la Paz en Oslo para denunciar los bombardeos indiscriminados que el Ejército ruso llevaba tres meses perpetrando contra la población civil en Chechenia y en particular en Grozni, donde “la asistencia humanitaria es prácticamente inexistente”. “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 y cada uno de nosotros”, señaló en el discurso James Orbinski, presidente internacional de MSF.



NORUEGA © PATRICK ROBERT

Innovación médica: adaptación continua y eficacia

El afán de mejora ha llevado a la organización a investigar, adoptar y proponer nuevos enfoques en el tratamiento de enfermedades olvidadas o pandemias como la del VIH

Médicos Sin Fronteras ha buscado constantemente formas de mejorar su acción médica, que ha tenido que adaptarse desde el primer momento para trabajar con la mayor eficacia posible en entornos complejos. Las intervenciones de MSF han cubierto desde atención primaria de salud hasta proyectos verticales centrados en enfermedades epidémicas o endémicas, pasando por el apoyo a sistemas y estructuras de salud durante conflictos, respuesta a crisis nutricionales, atención a víctimas de violencia sexual o programas de salud mental.

Este afán de mejora ha llevado a la organización a investigar, adoptar y proponer nuevos enfoques en el tratamiento de enfermedades olvidadas, como el kala azar, la enfermedad del sueño o la malaria, o pandemias como la del VIH. El reto es conseguir que los pacientes tengan acceso a métodos de diagnóstico y tratamientos más eficaces y menos tóxicos, para aumentar así la calidad de la asistencia y ampliar su alcance. El centro de investigación epidemiológica de MSF Epicentre, creado en 1987, contribuye a este esfuerzo con sus investigaciones sobre la incidencia y las causas de epidemias y de enfermedades infecciosas.

Un ejemplo reciente del trabajo de Epicentre es un estudio dirigido por la organización y publicado en *The Lancet* a principios de 2021 que demuestra que proporcionar una quinta parte de la dosis estándar de la vacuna contra la fiebre amarilla es eficaz y seguro. Los resultados del estudio facilitarán que Gobiernos y organizaciones internacionales puedan vacunar a más personas durante los brotes de esta enfermedad, que causa 30.000 muertes al año. De estas, nueve de cada diez ocurren en el África subsahariana, aunque su prevalencia está aumentando en Centroamérica y Sudamérica.

Un estudio conjunto de MSF y la Universidad de Ginebra, publicado en *PLOS ONE* en febrero de 2021, demuestra que varios tipos de insulina pueden almacenarse a temperaturas que oscilan entre los 25 y los 37 °C por un período de hasta cuatro semanas. Estas conclusiones permitirán mejorar la atención de pacientes con diabetes en contextos de escasos recursos, ya que las personas que vivan en dichas condiciones de temperatura podrán almacenar y usar su insulina durante un mes, incluso si no cuentan con sistemas de refrigeración.

La diabetes es una enfermedad crónica y progresiva que se puede controlar con un tratamiento eficaz. Sin embargo, se calcula que solo la mitad de las personas que necesitan insulina tiene acceso a ella.

Epidemias: la sombra del Ébola y la COVID-19

Durante más de 20 años, los esfuerzos de MSF se centraron en evitar la propagación de los brotes de Ébola, ya que no existían tratamientos ni vacunas

En marzo de 2014, cuando Médicos Sin Fronteras alertó de que el brote de Ébola que afectaba a Guinea era de una escala sin precedentes, sus equipos ya tenían mucha experiencia en enfermedades causantes de fiebres hemorrágicas. La primera de sus intervenciones fue en 1995, en la República Democrática del Congo (RDC). Tras aquella, vinieron 17 más: en Uganda, Sudán, Gabón, República del Congo, Angola y la propia RDC. Así que, cuando aquella primavera el Ébola saltó a otros países de África Occidental y las alarmas se activaron, MSF ya llevaba meses luchando contra el virus. Seis meses después de la aparición de los primeros casos, y con focos detectados en más de 60 puntos, seguía siendo la única ONG que les plantaba cara en los países afectados. Durante este tiempo, frente a la inacción de la comunidad y los organismos internacionales, el 90% de los pacientes confirmados pasaron por los centros de tratamiento que la organización desplegó.

Durante más de 20 años, los esfuerzos de MSF se centraron en evitar la propagación de los brotes, ya que no existían tratamientos específicos ni vacunas. Los ejes de sus programas eran la contención, el aislamiento de casos sospechosos y confirmados, la desinfección de sus casas y pertenencias, y el seguimiento de contactos para cortar las vías de transmisión. Por los pacientes, salvo proporcionarles tratamiento sintomático y de confort para aliviar su sufrimiento y para ayudar a prevenir infecciones secundarias, así como cuidados paliativos a los que evolucionaban peor, poco más podía hacerse. No es fácil reducir la mortalidad causada por unos virus (al Ébola habría que añadirle el Marburg) cuya letalidad puede llegar al 90%.

Las más de 11.300 muertes que dejó aquella epidemia en Sierra Leona, Guinea y Liberia entre diciembre de 2013 y marzo de 2016, pero, sobre todo, el miedo de los países desarrollados cuando vieron asomarse el Ébola a sus puertas, hicieron que se invirtiese mucho dinero en las investigaciones para lograr una vacuna y un tratamiento efectivo.

En 2015 se probó por primera vez una vacuna en una situación de epidemia real, con un pequeño grupo de contactos y personal sanitario en Guinea Conakry. Y tres años después, en la RDC, se realizó la primera vacunación, aún en fase experimental, desde el principio de un brote epidémico. Aquello supuso un cambio radical en las reglas del juego.

LA EXPLOSIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19

En enero de 2020, cuando empezaron a reportarse casos de un nuevo coronavirus en China, nadie podía imaginarse que aquello acabaría convirtiéndose en una pandemia que se cobraría millones de vidas y causaría varias olas de contagios en todo el planeta, cambiando fuertemente nuestra manera de relacionarnos.

El desarrollo en tiempo récord de vacunas con tecnología de ARN mensajero abre las puertas al desarrollo de vacunas para el VIH o la malaria

Casi dos años después, con más de cinco millones de personas fallecidas (según cifras oficiales) y buena parte de la población mundial aún sin vacunar, cabe destacar el desarrollo en tiempo récord de vacunas con una tecnología innovadora, el ARN mensajero, que abre las puertas al futuro desarrollo de otras vacunas para el VIH o la malaria. También son relevantes el egoísmo de los países más desarrollados y la desmedida avaricia de las farmacéuticas: los primeros, acaparando las dosis disponibles, y las segundas, con su negativa a compartir conocimientos, tras haber recibido ingentes cantidades de dinero público para sus investigaciones.

MSF hace frente al coronavirus en distintos puntos del planeta, como Perú, Brasil, Sudáfrica o India, mediante el apoyo a los Estados para crear estructuras de salud adaptadas, la formación del personal médico en respuesta a epidemias, las campañas de información a la población, el tratamiento de los pacientes y la vacunación.

En España, durante los peores meses de la primera ola, contribuyó a expandir la capacidad hospitalaria con la implementación de pabellones externos. También puso a disposición de las autoridades su experiencia en gestión de epidemias, y ayudó a reforzar la protección de las personas mayores en más de 500 residencias. Además, publicó varios informes



REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO © PABLO GARRIGÓS

El cierre de centros médicos, las restricciones de movilidad y la pérdida de ingresos de muchas personas a causa de la COVID-19 han limitado aún más el acceso a la salud de pacientes de otras enfermedades

de testimonio y denuncia sobre la gestión de la pandemia. Entre ellos, *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España.*

La organización ha hecho un enorme esfuerzo para adaptar sus intervenciones a la situación de pandemia. Asimismo, se ha enfrentado a los daños colaterales que conlleva que todos los esfuerzos se enfoquen en ella. La suspensión de programas de otras organizaciones, el cierre de centros médicos, las restricciones de movilidad y la pérdida del sustento económico de muchas personas a causa de la COVID-19 han limitado aún más el acceso a los servicios de salud de los pacientes aquejados de otras enfermedades.

También han tenido efectos negativos las cancelaciones o retrasos en las campañas de vacunación de enfermedades como el sarampión, la disminución de las actividades de prevención y detección de enfermedades potencialmente mortales como la malaria o la tuberculosis, y el incremento de la desnutrición infantil en muchos lugares. Contra todo ello, la organización sigue, a día de hoy, luchando en primera línea del frente.

A lo largo de sus 50 años de historia, MSF ha puesto en marcha numerosas intervenciones para frenar el avance de enfermedades epidémicas como el cólera, la neumonía, la fiebre amarilla, la meningitis, la tuberculosis o el sarampión.

Estas enfermedades pueden aparecer en zonas donde no existían, debido a la debilidad de los sistemas de salud y de las campañas de vacunación. Tal fue el caso, en 2017 y 2018, de las epidemias de difteria en Yemen y entre los refugiados rohingyas que llegaron a Bangladesh. También pueden desarrollarse brotes epidémicos a partir de enfermedades endémicas en zonas determinadas, como la malaria, el Chagas o el dengue. En la mayoría de ellas, las actividades de prevención, sensibilización y vacunación han jugado un papel primordial para reducir la mortalidad.

Veinte años de la Campaña de Acceso: los medicamentos no son un lujo

En 1999, los medicamentos contra el VIH costaban más de 10.000 dólares por año, y miles de pacientes morían por no poder pagar estos altos precios que fijaban las farmacéuticas

MSF puso en marcha la Campaña de Acceso a medicamentos con la dotación del Premio Nobel de la Paz recibido en 1999

En 1999, el precio cobrado por la terapia combinada de medicamentos para tratar el VIH era de más de 10.000 dólares por persona y año. Miles de pacientes morían en todo el mundo porque no podían permitirse los precios deliberadamente altos que fijaban las farmacéuticas.

El Dr. Eric Goemaere, que abrió el primer programa de tratamiento del VIH de Médicos Sin Fronteras en África en el año 2000, en Khayelitsha (Sudáfrica), describe con crudeza la situación en esos años: “La mayoría de quienes venían a nuestra clínica ya no podían caminar. Los traían literalmente en carretillas o llevados a cuestras. La gente se moría en la sala de espera, no podían permitirse los antirretrovirales. Así de sencillo y de duro”.

Había falta de medicamentos asequibles, muchos obstáculos para acceder a ellos y escasez de investigación y desarrollo sobre las enfermedades tropicales desatendidas, que afectan casi exclusivamente a personas que viven en la extrema pobreza y, por lo tanto, no son consideradas un buen mercado por las compañías farmacéuticas. Todo lo cual llevó a MSF a actuar para superar las barreras que se interponían entre los tratamientos y los pacientes.

MSF convirtió la frustración ante la falta de fármacos esenciales en acción y, con la dotación del Premio Nobel de la Paz recibido en 1999, puso en marcha la Campaña de Acceso a medicamentos. Sus objetivos eran lograr precios asequibles para los medicamentos, vacunas y diagnósticos esenciales, y promover un sistema de investigación y desarrollo que atendiera a las necesidades de salud pública y a los pacientes y no a los beneficios empresariales.

En estas algo más de dos décadas, se han conseguido avances. En 2001, la Declaración de Doha reconoció el derecho de los Gobiernos a tomar las medidas necesarias para eliminar las patentes y otros mecanismos de propiedad intelectual a fin de proteger la sanidad pública y promover el acceso de la población a los medicamentos.

Después de Doha, con la ruptura del monopolio y la aparición de los genéricos, la mayoría indios, el precio de los antirretrovirales contra el VIH cayó un 99% en apenas una década. La movilización social y la voluntad política fueron claves para cambiar un *statu quo* que, desgraciadamente, se cobró muchísimas vidas mientras se mantuvo. Hoy, más de 26 millones de personas tienen acceso a los antirretrovirales.

La movilización de la sociedad civil también fue clave para una victoria emblemática en la lucha en favor del acceso a los medicamentos y frente a la ambición de las compañías para extender la duración de los monopolios. En 2013, el Tribunal Supremo indio rechazó la apelación de Novartis, tras siete años de batalla legal sobre la Ley de Patentes de India.



INDIA © RICO GUSTAV / APN

Para demostrar que otro tipo de innovación farmacéutica es posible y desarrollar tratamientos contra las enfermedades desatendidas, MSF cofundó en 2003 la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi por sus siglas en inglés). Consiste en un modelo de I+D sin ánimo de lucro que ha desarrollado tratamientos para la malaria, el VIH pediátrico, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas y la enfermedad del sueño, entre otros.

La Campaña de Acceso de MSF pide la eliminación temporal de las patentes y la propiedad intelectual de las tecnologías sanitarias esenciales contra la COVID-19

A pesar de todos los esfuerzos, la crisis de acceso a los medicamentos y de la innovación se ha hecho global. Muchos de los nuevos fármacos, vacunas y diagnósticos tienen precios desorbitados y amenazan la sostenibilidad de los sistemas de salud, incluso en los países desarrollados. Los monopolios están más arraigados y la I+D sigue enfocada en los beneficios comerciales y no en los beneficios para la salud. Los derechos de propiedad minan la capacidad de los proveedores de salud para responder a desafíos tales como el VIH, la tuberculosis resistente a los medicamentos, la hepatitis C y, ahora, la pandemia de COVID-19. El coronavirus ha desnudado, de forma trágica, a un sistema cuyas profundas fisuras tienen trágicas consecuencias, de las que son testigos los equipos de MSF y que se hacen evidentes en todos los países y para la sociedad en general.

Es por ello que la Campaña de Acceso de MSF viene abogando, desde el inicio de la pandemia, por la eliminación temporal de las patentes y la propiedad intelectual de las tecnologías sanitarias esenciales contra la COVID-19, con el fin de ampliar la producción, el suministro y el acceso a las mismas.

Cambiar el modelo humanitario para asistir mejor a las poblaciones



Abdoul-Aziz Mohammed,
director de la oficina regional
de MSF en Dakar

Uno de los principales retos es garantizar una mayor diversidad del personal que aborde la necesidad de gozar de autonomía (fuera de Europa) para responder a situaciones de emergencia

Durante los últimos años, en Médicos Sin Fronteras hemos vuelto la mirada al Sur Global para fortalecer nuestra capacidad operativa, garantizar una participación diversa y propiciar la autonomía a nivel local. Uno de los principales retos a los que debemos hacer frente es garantizar una mayor diversidad entre el personal, que fomente contribuciones activas y colaborativas a los proyectos humanitarios y, lo que es más importante, que aborde la necesidad de gozar de autonomía (fuera de Europa) para responder a situaciones de emergencia.

Una de nuestras iniciativas para avanzar en esta dirección es la presencia en Dakar (Senegal), que contribuye a una mayor agilidad y adaptabilidad de nuestras intervenciones en la región de África Occidental y Central. Para MSF, un proyecto como el de Dakar ayuda a descentralizar el proceso de toma de decisiones y las operaciones humanitarias en el continente africano. A través de una oficina regional, aspiramos a crear una mayor convergencia entre nuestras distintas operaciones en la región.

También nos esforzaremos por generar sinergias por medio de una iniciativa más reciente: la Asociación Regional de África Occidental y Central (WaCA, por sus siglas en inglés). MSF WaCA, que actualmente tiene su sede en Abiyán (Costa de Marfil), fue creada por un grupo de profesionales de la medicina y colaboradores de la región para impulsar un cambio de rumbo que permita seguir desarrollando operaciones médico-humanitarias cada vez más cercanas a los pacientes y las comunidades.

La evolución de nuestros enfoques y prácticas en una región como África Occidental y Central es necesaria, y las oficinas de Dakar y Abiyán están llamadas a desempeñar un papel fundamental.

Una sede regional supone un acercamiento a la información, ya que se encuentra rodeada de un terreno humanitario y social dinámico, así como de institutos de referencia en el ámbito de la investigación médica y la educación. Es un entorno privilegiado para el intercambio de conocimientos humanitarios y para la cooperación científica. Estos intercambios ya se vienen produciendo gracias a los equipos de Dakar, con motivo de los debates sobre la epidemia de Ébola o la investigación sobre la hepatitis E en los últimos años. El año pasado, durante los seis primeros meses de la pandemia de COVID-19 en Senegal, emprendimos colaboraciones con el distrito sanitario de Guédiawaye —un suburbio de Dakar— para el rastreo de contactos, la participación de la comunidad y el apoyo a la asistencia. Lo aprendido en Dakar ha servido para contribuir a una reflexión más amplia sobre las intervenciones relacionadas con la COVID-19 en la región de África Occidental y Central. No obstante, lo que ahora resulta aún más significativo es todo lo que puede ayudarnos

a comprender mejor nuestro entorno en el contexto tan volátil en el que trabajamos: un entorno en el que se presta ayuda bajo una amenaza constante, ya que nos enfrentamos a ataques contra el personal sanitario, detenciones y secuestros. Es necesario que actuemos con rapidez para adaptar nuestra respuesta, sin dejar de reflexionar con espíritu crítico sobre nuestros enfoques.

UNO DE LOS CENTROS CON MÁS CONTRATACIONES DE TODA LA ORGANIZACIÓN

Desde que llegué a Dakar he observado que la captación de talento de la región es indudablemente uno de los logros más notorios de la oficina. En vista de las crecientes amenazas que pesan sobre los trabajadores humanitarios en contextos como el de la región del Sahel, para reducir el riesgo de secuestros y detenciones hemos tenido que adaptar nuestra estrategia de recursos humanos (RR. HH.).

En apenas unos años, Dakar se ha convertido en el tercer centro con más contrataciones de MSF, por detrás de París y Bruselas. Nuestros equipos de RR. HH. han identificado y seleccionado a un buen número de personas experimentadas de la región de África Occidental y Central, así como residentes senegaleses, que integran cada vez más equipos mixtos. En 2019, contrató a 79 profesionales en toda la región. Y en 2020, un total de 119 personas. Todo ello ha sido posible, en parte, porque en Dakar hay buenos centros de formación como Bioforce, numerosas ONG e institutos médicos de prestigio. El departamento de RR. HH. también se ocupa de acompañar a cada empleado en sus necesidades formativas, y existe un programa de movilidad que permite al personal adquirir más experiencia internacional y habilidades para trabajar en toda la región.

En muchas de estas contrataciones para los países del Sahel, tuvimos que recurrir a lo que llamamos “elaboración de perfiles”. Esta práctica implica que, además de la experiencia profesional, hemos tenido que considerar criterios como la nacionalidad, el color de la piel, el género o la religión para poder decidir sobre los lugares de destino del personal. No obstante, la elaboración de perfiles no disminuye otros peligros; las detenciones, los ataques a convoyes, los atentados o los ataques suicidas, y el secuestro de trabajadores no occidentales, también van en aumento. En octubre del año pasado se organizó un taller sobre este tema en Dakar, lo que supuso un paso positivo. Debemos seguir dialogando e involucrar a los equipos nacionales con experiencia en el trabajo en los proyectos para guiar las reflexiones afines a estas cuestiones cruciales relacionadas con el análisis de riesgos.

Otro reto importante que debemos abordar es la equidad de género en una región donde siguen existiendo grandes desigualdades en el acceso a la educación y a las oportunidades profesionales para las niñas y las mujeres. Es preciso redoblar los esfuerzos dentro de MSF para identificar y ofrecer la formación y las oportunidades adecuadas a las profesionales. La realidad es que el 80% de las personas que trabajan en los proyectos son hombres, y que copan sobre todo los cargos directivos. Es urgente que avancemos en este sentido. Debemos crear más oportunidades para que las mujeres

Además de la experiencia profesional, tenemos que considerar la nacionalidad, el color de la piel, el género o la religión para decidir sobre los lugares de destino del personal

Otro reto importante es la equidad de género en una región con grandes desigualdades en el acceso a la educación y a las oportunidades profesionales para las niñas y las mujeres

puedan desarrollarse dentro de los proyectos, identificar mejor el talento y ofrecer una formación adecuada, entre otras iniciativas. Este cambio no ocurrirá si no se crea conciencia entre las mismas personas que integran MSF. Es necesario explicar por qué tenemos que cambiar y cuestionar nuestros hábitos, por qué luchamos contra todas las formas de discriminación y cómo debemos contribuir a ello a nivel individual.

LA TRANSFORMACIÓN DE NUESTRA RELACIÓN CON COMUNIDADES Y PACIENTES

Desde Dakar, queremos promover espacios de reflexión y contribuir a debates profundos en torno a los enfoques que otorgan protagonismo a los pacientes en nuestras acciones humanitarias y médicas, de manera más inclusiva y cercana. Además, cada vez tenemos más experiencia propia en el modelo descentralizado de atención, en una región donde el acceso a la salud es un reto constante para las comunidades y el personal sanitario.

Tratamos de crear una relación de confianza con los agentes locales que nos facilite el acceso a las poblaciones

En varias zonas controladas por distintos grupos armados, mediante nuestro enfoque comunitario, tratamos de desarrollar una dinámica de trabajo en red y de proximidad, con el fin de crear una relación de confianza con los agentes locales que nos permita facilitar el acceso a las poblaciones. A través de estos intercambios constantes, los líderes y las comunidades locales comprenden mejor nuestros valores y nuestra forma de trabajar, son testigos del impacto de nuestras acciones y, por tanto, terminan por confiar en nosotros, y nos permiten trabajar y llevar a cabo acuerdos operativos. Esto también posibilita que seamos más receptivos a las necesidades de la gente. Cuando nuestras relaciones con la comunidad no son suficientes para garantizar la seguridad de los equipos o no son aceptables para garantizar nuestra neutralidad, tenemos que tomar decisiones difíciles y marcharnos.

En aras de hacer más accesibles las actividades médicas curativas y preventivas a las poblaciones más aisladas de la región, hemos trabajado en la puesta en práctica de una atención al margen de los centros de salud, en la implicación de personas voluntarias de las comunidades, del relevo comunitario y de los padres y madres, y las familias. Ellas desempeñan un papel importante en la detección y atención temprana de enfermedades como la malaria y la desnutrición, la neumonía y la diarrea de los niños y niñas menores de cinco años. Por ejemplo, en la comuna de Magaria (Níger), actualmente trabajamos con unos 278 miembros de la comunidad.

Recuerdo que, cuando era coordinador general en Níger, trabajábamos con muchas madres para evitar una afluencia estacional de niños gravemente enfermos y de muy corta edad, gracias al programa *Parent MUAC*, que permite a las familias responsabilizarse de la revisión nutricional de sus hijos e hijas. Las madres recibieron formación para aprender a medirles la circunferencia del brazo. Si la desnutrición infantil se detecta a tiempo, es posible atenderla rápidamente, y evitar así las hospitalizaciones y el riesgo de muerte en una fase demasiado avanzada. También hemos habilitado un sistema de alerta telefónica, gracias a relevos comunitarios que se encargan de llamar directamente al personal de medicina o enfermería para tratar cada caso.

La descentralización es necesaria. Hemos comprobado los límites del antiguo modelo, con una relación muy vertical con comunidades cuyas opiniones no se valoraban

Por muy importante que sea implicar a las comunidades, debemos hacerlo de una forma equilibrada y justa, para evitar hacerles cargar con responsabilidades que no les corresponden.

La descentralización es un enfoque importante y necesario, y también va de la mano de la reflexión sobre la relación entre pacientes y profesionales sanitarios. Ya hemos podido comprobar los límites del antiguo modelo de ayuda humanitaria médica, que ha tenido una relación a veces muy vertical con comunidades cuyas opiniones no se tenían debidamente en cuenta ni se valoraban.

Estas relaciones desiguales deben ser analizadas y cuestionadas, ya que perjudican tanto a los pacientes como a nuestra propia razón de existir. Debemos comprender mejor las dinámicas de poder que entran en juego en las comunidades y no reforzarlas. También debemos considerar a pacientes y comunidades como socios, dedicar tiempo a explicar lo que hacemos y escuchar sus necesidades. Es importante que una madre entienda el tratamiento médico que se dará a su hijo o hija, y que se le dé el espacio necesario para contribuir a sus cuidados siempre que sea posible.

Como ejemplo de inclusión comunitaria que hasta hoy me inspira, recuerdo un proyecto en la frontera entre Tahoua y Agadez (Níger) y Ménaka (Mali), en el que creamos comités municipales formados por mujeres y hombres designados por la comunidad. Estos comités desempeñaron un papel crucial en nuestra forma de entender la ruta trashumante de las poblaciones nómadas, que cambia según las estaciones. Gracias a los intercambios con los comités, pudimos hacer un seguimiento más exhaustivo de los movimientos de las poblaciones y planificar mejor las intervenciones de las clínicas móviles para tratar la tuberculosis, atender las complicaciones del embarazo o practicar cirugías a las poblaciones nómadas y a personas expulsadas de Argelia.

Nuestra experiencia de trabajo directo en 12 países de la región de África Occidental y Central durante tantos años nos ha permitido avanzar en nuestras reflexiones sobre la descentralización del proceso de toma de decisiones, la descentralización de los cuidados y el enfoque centrado en los pacientes. Esperamos que nuestra presencia regional contribuya cada vez más al debate en curso sobre las principales cuestiones de salud mundial, y al desarrollo de asociaciones para la innovación médica. También estamos tomando medidas para profundizar en nuestras acciones de defensa de causas en Dakar, donde disponemos de un espacio de interés para expresarnos, transmitir nuestros mensajes y amplificar las voces de las comunidades y los pacientes a los que prestamos servicio, de acuerdo con nuestra misión social.

Aunque somos conscientes de que aún queda mucho por hacer para cumplir con nuestras ambiciones en estos ámbitos, estamos avanzando hacia una dirección que permitirá, cada vez más, que la suma de nuestras experiencias se convierta en nuestra mejor fortaleza.

La experiencia, innovación e iniciativa te permiten ofrecer una respuesta de calidad en situaciones límite



Entrevista a **Teresa Sancristóval**,
directora de Operaciones
de MSF España

Médicos Sin Fronteras cumple este año medio siglo respondiendo a conflictos cada vez más complejos, que generan más desplazamientos de población que nunca y en los que el espacio humanitario es cada vez más limitado. La presencia en contextos de una alta inseguridad como Camerún, Mali, Mozambique o Yemen, y las legislaciones antiterroristas, que terminan por coartar el acceso de las organizaciones humanitarias a la población que más necesita esta ayuda, son dos de los grandes retos que afronta MSF. Por ello, la organización se obliga a ser mejor cada día en todos los aspectos. Desde la negociación con las autoridades para conseguir acceso a las zonas más necesitadas al desarrollo de modelos operacionales que garanticen el impacto médico de calidad, pasando por el incremento de la seguridad y el reclutamiento de personal efectivo con capacidad para solucionar situaciones límite.

¿Cómo ha evolucionado la asistencia de Médicos Sin Fronteras en estos 50 años?

La asistencia humanitaria ha evolucionado muchísimo en lo que respecta a las soluciones y herramientas de las que disponemos para atender a las poblaciones que más lo necesitan. La tecnología, el progreso y las innovaciones médicas nos han permitido mejorar la asistencia. Uno de los mayores cambios ha sido en el ámbito de la desnutrición, en el que se ha logrado la simplificación y la mejora sustancial del tratamiento de los casos moderados, lo que ha reducido considerablemente la mortalidad. Y los test de diagnóstico rápido, las máquinas de diagnóstico transportables para dar servicio allí donde vayamos, y los nuevos tratamientos para la malaria y otras enfermedades tropicales han tenido un gran impacto en la calidad de la atención.

Por otro lado, la tipología de los conflictos también ha evolucionado notablemente, y en los últimos años ha habido más conflictos internos, con guerras *proxy*², que han causado muchos más desplazamientos internos y, en ocasiones, graves problemas de acceso. El cambio climático también está generando desplazamientos y conflictos por la escasez de recursos. En este momento, hay más población desplazada o refugiada que en ningún momento de la historia. Asimismo, ha habido cambios importantes en la dimensión de las epidemias con el aumento de la movilidad, como estamos viendo ahora con la COVID-19 o en los últimos años con el Ébola, y esto ha hecho más vulnerables a las poblaciones.

La simplificación y la mejora del tratamiento de los casos moderados de desnutrición ha reducido considerablemente la mortalidad

2 Una guerra *proxy* es un conflicto interno entre distintos actores que se engloba como parte de otra rivalidad entre potencias o actores externos.

Ahora los conflictos causan muchos más desplazamientos internos y graves problemas de acceso. Y el cambio climático genera desplazamientos y conflictos por la escasez de recursos

Asimismo, nuestra manera de trabajar con las autoridades locales y nacionales ha variado, y ahora es menos frecuente la sustitución y más común la colaboración estrecha con las autoridades sanitarias. Buscamos también profundizar más en nuestra relación con las comunidades, para que los proyectos respondan a sus necesidades, y tenemos la ambición de implicarlas mucho más sistemáticamente en la definición de los problemas y las soluciones.

Por último, el acceso de las organizaciones humanitarias a las poblaciones ha fluctuado durante estos 50 años, ha habido momentos mejores y otros peores. Pero lo que es cierto es que, hoy, la ayuda humanitaria y sus principios básicos están peor percibidos que hace 50 años.

¿Hay algún aspecto que siga intacto en MSF desde su creación?

Algo que no ha cambiado es el espíritu humanitario, las ganas de trabajar para aquellos que más necesitan nuestra asistencia, lo más cerca posible de ellos, y de hacerlo desde los principios de humanidad, neutralidad, imparcialidad e independencia. Esto no ha cambiado.

¿Hacia dónde va MSF España operacionalmente? ¿Estamos cada vez más en crisis más agudas, con menos acceso, etc.?

MSF España ha evolucionado mucho durante estos 35 años. Ahora tenemos una dirección muy clara hacia las víctimas de violencia y las personas en situación de emergencia. Esta dirección nos ha llevado a lugares muy peligrosos, con muchas restricciones de acceso y con unas dificultades operacionales elevadísimas. Lugares como Camerún, Mali, Mozambique o Yemen. Lugares también donde nuestra pertinencia es indudable y donde nuestros programas y asistencia médica marcan una diferencia importante para la población.

¿Qué retos supone para la organización este viraje a conflictos o crisis más agudas y cómo los solventamos?

Este cambio, obviamente, nos pone en situaciones de enorme dificultad. Intentar trabajar donde nadie quiere trabajar o donde a casi nadie le permiten trabajar, con crisis muy agudas y situaciones límite para las poblaciones, nos obliga ser mejores cada día en todos los aspectos. Es decir, en negociar con las autoridades para conseguir el acceso, en desarrollar modelos operacionales que garanticen el impacto médico y al mismo tiempo la agilidad y la adaptabilidad, en afinar cada vez más nuestra gestión de la seguridad, y en disponer de recursos humanos efectivos que tengan capacidad para solucionar situaciones complejas.

Trabajar en estas zonas también nos reta a ser más proactivos en relación con otras necesidades de la población que no son puramente médicas, pero sí muy críticas para ellos, como el cobijo, el acceso a comida o los aspectos de protección. Lo ideal es que logremos movilizar a otros actores para que cubran estas necesidades, pero no siempre lo conseguimos, y por eso, a veces, si las necesidades son muy agudas, les damos respuesta nosotros directamente.

El conflicto de Siria dura ya 10 años, una quinta parte de la historia de MSF, y parece el paradigma de las crisis en las que operamos: ataque a misión médica, acceso limitado, etc. ¿Qué ha supuesto y supone el trabajo allí? ¿Ha marcado un punto de inflexión en la forma de actuar de la organización?

El de Siria ha sido uno de los conflictos que más nos ha puesto a prueba: por no tener acceso a la población de la zona gubernamental, y porque la misión médica ha sido objetivo militar

El de Siria ha sido uno de los conflictos que más nos ha puesto a prueba. Primero, por no tener acceso a una gran parte de la población, pues nunca obtuvimos el permiso para trabajar en la zona gubernamental. Y segundo, porque la misión médica en este contexto ha sido objetivo militar. Además, es un conflicto en el que siempre parecía que la situación de la población no podía ir a peor, pero sí podía, sí. Como en estos casi dos años ya de dificultades derivadas de la COVID-19, una pandemia que ha hecho aún más compleja la situación límite que vive la población siria, gran parte de ella hacinada en asentamientos de desplazados.

Honestamente, no sé si ha marcado un punto de inflexión en esta organización, lo que sí creo es que nos ha llevado a ir un paso más allá y a buscar otras formas de alcanzar y atender a la población. En parte, ha sido un ejercicio muy positivo el hecho de pensar que hay otras soluciones para llevar a cabo nuestras operaciones en este contexto, y nos ha abierto a colaborar con otros actores de nuevas maneras. También el nunca darnos por vencidos, el tener siempre a la población como prioridad y el buscar soluciones adaptándonos a los acontecimientos y reinventando todo lo que veníamos haciendo.

Fue en Siria donde, por ejemplo, pusimos en marcha proyectos de telemedicina desde el otro lado de la frontera o, en los momentos más duros del conflicto, tuvimos que implementar quirófanos en los sótanos de los edificios para minimizar el impacto de las bombas. Situaciones como estas te llevan a pensar continuamente en la población; a tener muy claro qué hacemos, para quién y con quién. Finalmente, la experiencia, innovación e iniciativa te permiten ofrecer una respuesta de calidad en situaciones límite.

¿Cómo afectan las leyes antiterroristas a las operaciones de MSF?

Las leyes antiterroristas designan grandes áreas controladas por grupos terroristas o milicias como hostiles y objetivo militar. Es decir, asimilan la población con el grupo que controla esa región

Estas legislaciones limitan la asistencia humanitaria en zonas de violencia extrema, o sea, donde más se necesita. Además, suelen alentar la sobreactuación militar, entre otros aspectos. Bajo esas leyes, los Estados designan la totalidad de grandes áreas controladas por grupos terroristas o milicias insurgentes como hostiles y objetivo militar en su conjunto. Es decir, asimilan la población con el grupo terrorista o milicia que controla esa región. Bajo la premisa del "todos son terroristas", las organizaciones humanitarias vemos coartado nuestro acceso a esas zonas. Ciertamente, parte de la población puede apoyar a dichos grupos, lo vemos en todos los contextos. Pero hay otra gran parte de los civiles que se ve, sin más, afectada por la violencia. Se ven desplazados y despojados tanto de sus bienes como de sus derechos más básicos. Y es justamente a estas personas a las que dichas leyes no nos permiten llegar ni atender, y de alguna manera son víctimas de ambos lados. Las legislaciones antiterroristas terminan por criminalizar a los civiles y a las organizaciones que los asisten.

Por ejemplo, hace unos años, el Gobierno de Níger prohibió expresamente la entrada de personal humanitario a zonas donde operan determinados grupos armados. El acceso pasó a estar estrictamente controlado por las Fuerzas Armadas y se negó a los actores humanitarios el derecho a trabajar en las islas del lago Chad y algunas áreas de Bosso. Los militares insistieron en que no quedaban civiles en esas islas, pero muchos actores humanitarios consideraban lo contrario. Las ONG solicitaron públicamente acceso, pero el Gobierno solo consintió con la condición de que llevaran escolta militar, una exigencia inaceptable para MSF en aquel contexto armado.

¿Está la ayuda humanitaria cada vez más politizada? ¿Cómo nos afecta esto?

La ayuda humanitaria siempre se ha instrumentalizado con fines políticos. Siempre que hay una población que sufre por negligencia de un Gobierno o por un conflicto armado, cuando se intenta prestar ayuda humanitaria, los distintos actores y sus aliados maniobran más o menos abiertamente para que eso les beneficie, o para que como mínimo no les perjudique. Esto nos afecta mucho, porque muchas veces es extremadamente difícil que se entienda el concepto de neutralidad tal y como lo entendemos en MSF: no formar parte ni ser apoyo de ningún bando, sino de las poblaciones que están sufriendo las consecuencias de un conflicto, del olvido o de una catástrofe natural. Y exige un trabajo más constante, más claro y más transparente de nuestra parte, sin duda.

Cincuenta años después de la creación de MSF, nos enfrentamos a una pandemia mundial. ¿Qué hemos aprendido de nuestra respuesta en Europa?

La pandemia nos ha enseñado a todos mucha humildad, por el hecho de no conocer una enfermedad que ha tenido y sigue teniendo este impacto tan grande. Nos ha enseñado, además, a no ver las enfermedades solo desde una perspectiva médica, sino también desde una perspectiva social y desde el impacto que tienen en las poblaciones.

Hemos visto también que en Europa se ha perdido esa capacidad de responder a una situación como esta desde el prisma de emergencia. Ha sido complicado trabajar en nuestros países y que se cambiaran las mentalidades y el modo de actuación a un “modo emergencia”.

¿Y qué consecuencias a medio y largo plazo va a tener la COVID-19 en nuestros proyectos?

Espero que las consecuencias a largo plazo de esta pandemia se traduzcan en un esfuerzo en las medidas de control y prevención de infecciones y, por tanto, haya una disminución también del resto de las enfermedades transmisibles. De todos modos, lo que ha puesto claramente sobre el tapete esta pandemia es la falta de solidaridad internacional y la máxima del “primero yo”.

Esta pandemia ha puesto sobre el tapete la falta de solidaridad internacional y la máxima del “primero yo”

Poblaciones en movimiento: la experiencia de MSF en Latinoamérica



Jorge Pedro Martín,
expresidente de MSF para
América Latina (2015-2017),
y **Daniel Macía Agudelo**,
especialista en salud mental
de MSF en Colombia

Uno de los desafíos más grandes a los que se enfrenta Latinoamérica son las corrientes migratorias masivas, que se han acrecentado en los últimos años. En este contexto, Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja para mejorar el acceso a la atención médica y de salud mental de las personas migrantes y refugiadas como las que huyen del Triángulo Norte de Centroamérica (Honduras, Guatemala y El Salvador) a través de México y hacia Estados Unidos. También de la población en tránsito venezolana que busca refugio en Colombia y de quienes cruzan la peligrosa selva del Darién desde Colombia hasta Panamá.

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en el período entre 1960 y 1980 comenzó a consolidarse la emigración hacia países de rentas altas. De hecho, en los últimos 30 años, la población latinoamericana que vive en América del Norte ha aumentado considerablemente, ya que ha pasado de 10 millones de personas a cerca de 26 millones en la actualidad.

Por primera vez,
América Latina
tiene la mayor crisis
de desplazados
a nivel global, después
de Siria, a raíz de
la migración de la
comunidad venezolana

Por primera vez, América Latina tiene la mayor crisis de desplazados a nivel global, después de Siria, a raíz de la migración de la comunidad venezolana. De acuerdo con ACNUR, la agencia de la ONU para los refugiados, en los últimos años, de los más de 5,6 millones de ciudadanos venezolanos que han emigrado por diferentes motivos, 4,6 millones se ubican en la región. Un gran porcentaje de esa población, 1,7 millones de personas, se encuentra en Colombia, país en el que han topado con muchas dificultades para acceder a servicios de primera necesidad.

Este aumento migratorio ha comportado numerosas afectaciones humanitarias y, en general, las personas migrantes han tenido problemas para hacer valer sus derechos básicos en los países de tránsito o de destino. A través de su trabajo en Latinoamérica, MSF ha adquirido un amplio conocimiento de las necesidades médicas, así como de las constantes barreras que presentan los sistemas de salud de la región, que afectan tanto a la población de acogida como a la población de migrantes y refugiados. Si bien el sistema de respuesta humanitario cubre de manera parcial el abrigo, el refugio, la alimentación o el asesoramiento legal, muy pocas organizaciones abordan la atención sanitaria, que suele ser una necesidad frecuente.

Sumado a esto, en el último año y medio, las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la pandemia de COVID-19 han profundizado la vulnerabilidad de los migrantes, con un mayor bloqueo en la ruta migratoria, así como con nuevas trabas en el acceso a la salud. En este marco, los sistemas de salud también se han encontrado con dificultades para brindar atención a los pacientes con COVID-19, lo cual se agudiza con las limitaciones para acceder a la vacunación.

CORRIENTES MIGRATORIAS: EL AUMENTO DE LOS CONTROLES FRONTERIZOS

A causa de estas nuevas corrientes migratorias masivas, en los distintos países de América Central y en México se ha visto un fortalecimiento de los sistemas de control fronterizo. Ahora, las personas migrantes tienden a permanecer más tiempo en los lugares de tránsito, los cuales, en muchos casos, representan situaciones de riesgo, como ocurre en las ciudades ubicadas al norte de México o en la frontera entre Colombia y Panamá. Además, los recursos públicos con los que se las apoya, que siempre han sido limitados, resultan insuficientes porque las demandas de la población local también son mayores. Esto genera situaciones de discriminación y privación del acceso a la atención médica aún en casos urgentes, e incluso ha movilizó a muchos a retornar a sus países de origen.

Un ejemplo de este tipo de bloqueo en las rutas migratorias ha sido la aplicación del Título 42, una política perniciosa y discriminatoria de la era Trump que ha continuado bajo la Administración Biden. En esencia, lo que esta política hace es, violando el derecho nacional e internacional, utilizar como excusa la pandemia para cerrar la frontera, interceptar rápidamente a los migrantes y a las personas que buscan asilo en Estados Unidos y expulsarlos directamente de regreso a México o a sus países de origen³.

En este contexto, los equipos de MSF que brindan asistencia médica y humanitaria con frecuencia son testigos de los abusos a los que son sometidas las personas migrantes durante el viaje, sobre todo las más vulnerables, como las mujeres y los menores no acompañados, cuyo número aumenta cada año en todas las rutas migratorias de la región.

En Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo, Ciudad Juárez o Tijuana, al norte de México, las pacientes de MSF han relatado sufrir violencia sexual en la ruta hacia Estados Unidos, además de cargar con el miedo de ser secuestradas o con la responsabilidad completa del cuidado de sus hijas e hijos. Todos estos factores, sumados a la desgastante espera, impactan en su salud mental, ya que les provocan estrés postraumático, reacciones psicósomáticas, insomnio, desesperanza, falta de apetito y algunas personas suelen presentar síntomas de depresión.

Los actos de abuso, que no distinguen por origen ni por edad, van de la explotación laboral a situaciones de robos con agresiones físicas, violencia sexual, extorsiones y secuestros, que pueden llevar, en casos extremos, a sufrir tortura o ser víctima de redes de tráfico y trata que operan de manera interconectada en la mayoría de los países. De hecho, los equipos de MSF reciben pacientes que han sufrido violencia extrema o torturas en el Centro de Atención Integral (CAI), situado en México, donde se les ofrece cuidados físicos y de rehabilitación, así como cuidados de salud mental.

Los actos de abuso van de la explotación laboral a robos con agresiones físicas, violencia sexual, extorsiones y secuestros, torturas, o ser víctima de redes de tráfico y trata

³ El Gobierno estadounidense y grupos pro derechos de los migrantes han estado en negociaciones sobre el uso del Título 42, pero al cierre de este dossier dichas conversaciones permanecían en punto muerto y sin atisbo de que el Título 42 vaya a ser revocado.

En el corredor de América Central y México, la exposición a la violencia suele ser superior que en Sudamérica, por lo que las personas migrantes, habituadas a esas rutas, en general son más resilientes y conocen mejor los riesgos. Es usual encontrar que cuentan con redes de apoyo de familiares en los países de destino, y muchos consideran que la migración es la única salida para escapar de las difíciles condiciones en sus países de origen, a pesar de los peligros que tienen que asumir para llegar.

MIGRANTES VENEZOLANOS EN COLOMBIA: LA INTEGRACIÓN EN LAS COMUNIDADES

En los últimos 15 años de trabajo, los equipos de MSF en Colombia han proporcionado atención en salud primaria, incluyendo salud mental, sexual y reproductiva, a personas afectadas por el conflicto armado en 20 departamentos del país.

Esta situación ha dejado profundas huellas en la salud física y mental de la población local que ha tenido que huir de sus hogares a causa de la violencia y los enfrentamientos entre grupos armados. En este contexto, la masiva movilización de flujos de migrantes y refugiados venezolanos hacia el país ha requerido a MSF un nuevo esfuerzo y empeño para brindar acompañamiento y atención médica y en salud mental a una población que se ha visto afectada por una profunda crisis política, social y económica.

En términos generales, el tránsito de la mayoría de los migrantes y refugiados venezolanos es precario y presenta grandes riesgos. Además de la situación que les genera dejar atrás sus pertenencias, su cotidianidad, y su red de apoyo social y comunitaria, entre otros factores, tienen que recorrer pasos fronterizos irregulares, donde con frecuencia pueden ser víctimas de robos y abusos sexuales e, incluso, perder la vida. Y, cuando llegan a Colombia, la situación continúa siendo difícil, ya que el acceso a los servicios básicos de salud es muy limitado, se exponen a condiciones de inseguridad, y deben enfrentar el estigma y la discriminación por parte de las comunidades de acogida.

Frente a esta situación, resulta central abordar el sufrimiento desde una perspectiva integral, incluyendo el aspecto físico, el emocional y el psicológico. A través del trabajo de MSF en Colombia, se ha evidenciado que el apoyo en salud mental con un enfoque psicosocial ha desarrollado un proceso de integración de las personas migrantes en las comunidades de una forma más sana y tranquila.

En este sentido, al servicio de salud mental suelen llegar algunas personas después de las charlas que se organizan a nivel comunitario y en las que se habla acerca de los síntomas que requerirían atención psicológica. Otras, en cambio, son referidas desde hospitales locales que identifican signos de alarma. Una vez que los psicólogos de MSF hacen una primera evaluación del paciente, se establece un plan de tratamiento y se delimita cual será el abordaje en el proceso.

Como en este caso se trabaja con población migrante, es usual que las personas estén de paso y desconozcan si van a poder regresar a la consulta. Cuando no es posible hacerles un seguimiento, se les brinda

Cuando los migrantes y los refugiados venezolanos llegan a Colombia, el acceso a los servicios básicos de salud es muy limitado, se exponen a la inseguridad y enfrentan la discriminación por parte de las comunidades de acogida

una consulta única en la que se priorizan los malestares más relevantes y se trabajan herramientas de afrontamiento y otras formas en que la persona pueda aliviar su sufrimiento.

En muchas ocasiones sucede también que en el servicio de psicología se reconocen otras necesidades, mayormente relacionadas con la atención médica o con la falta de vivienda, trabajo y educación; en estas circunstancias, se efectúan referencias hacia otros servicios.

Cuando sí es posible la periodicidad de la atención, MSF ha sido testigo de la disminución de ciertos malestares como el estrés, la ansiedad y la tristeza, y de cómo los pacientes han ido readquiriendo la capacidad de trabajo y del cuidado de sí mismos y de sus familias, lo que demuestra que van recuperando su facultad para vivir de forma más funcional.

La atención de salud mental es un aspecto fundamental en toda respuesta humanitaria. Este trabajo es esencial para proteger la dignidad de las personas, ya que alivia su sufrimiento para que puedan vivir en un entorno con el mayor bienestar posible.



PANAMÁ © SARA DE LA RUBIA

Inmediatez: la atención a emergencias en menos de 72 horas

Médicos Sin Fronteras es una organización de ayuda médico-humanitaria en emergencias, lo que supone que la intervención debe ser lo más inmediata posible, como exigen, por ejemplo, los desastres naturales y las epidemias. Por ello, el envío de material médico vital es una prioridad para MSF. Y una vez en la zona afectada, es necesario identificar centros sanitarios en los que poder trabajar. De no ser posible, se levantan hospitales y dispensarios mediante instalaciones temporales, como tiendas de campaña, estructuras hinchables o contenedores prefabricados.

Todo ello requiere la movilización de una importante cadena logística, que comienza en los centros de aprovisionamiento en Europa: Bruselas (Bélgica), Burdeos (Francia) y Ámsterdam (Países Bajos). En ellos, todos los materiales necesarios para este tipo de intervenciones están ya preparados para su envío donde sea necesario en un plazo máximo de 72 horas. Además,



BÉLGICA © JULIEN DEWARICHT

MSF usa unos 5.000 artículos, y organizarlos en kits es fundamental para agilizar los envíos. Fue una de las primeras innovaciones logísticas de los años ochenta

la organización dispone de un almacén de artículos de primera necesidad y material de cobijo en Dubái (Emiratos Árabes). Esta profesionalización ha llevado también a la creación de unidades de emergencia en los centros de operaciones y en bases descentralizadas —por ejemplo, en Nairobi y Panamá—, que cuentan con personal y materiales preparados para su movilización inmediata.

Para llevar a cabo sus actividades médico-humanitarias, MSF utiliza unos 5.000 artículos diferentes, así que organizarlos en kits resulta fundamental para agilizar los envíos. Esa fue una de las primeras innovaciones logísticas que se produjo en los años ochenta. Con la estandarización de los suministros, se desarrollaron kits con los medicamentos, materiales y equipos básicos necesarios para intervenciones determinadas, adaptados y específicos para diferentes situaciones, como campañas de vacunación, epidemias de cólera, actividades de cirugía o incluso la instalación de hospitales de campaña hinchables. Estos kits, que se han convertido en referencia internacional, son esenciales para lograr una respuesta inmediata y eficaz a las emergencias.

Ha resultado también fundamental la creación del Fondo de Emergencias, una reserva especial dentro de nuestros presupuestos que permite responder a las crisis que requieren de una intervención más inmediata. MSF ha respondido a los principales desastres de las últimas décadas, como los terremotos de Armenia (1988), Bam (Irán, 2003), Pakistán (2005) y Japón (2011), el huracán Mitch en Centroamérica (1998), el tsunami del sureste asiático (2004) y el ciclón Nargis en Myanmar (2008). La respuesta al terremoto de Haití en 2010 y a la posterior epidemia de cólera en 2014-2016 supusieron las intervenciones de mayor envergadura en la historia de la organización.

Independencia: el pilar de la asistencia humanitaria

La independencia es clave para prestar asistencia a quienes más lo necesitan sin ningún tipo de discriminación

La ayuda humanitaria debe estar libre de presiones e intereses políticos, militares, económicos o religiosos, ya que la independencia es clave para prestar asistencia a quienes más lo necesitan sin ningún tipo de discriminación. Por tanto, no puede supeditarse a otras agendas, por muy legítimas que estas sean, como la construcción de la paz, la definición de un nuevo modelo de desarrollo o la agenda antiterrorista internacional.

La experiencia de la última década en algunos países del Sahel, África Central u Oriente Próximo ha demostrado cómo las operaciones antiterroristas desarrolladas en algunas regiones y respaldadas internacionalmente han dejado a poblaciones en situación de extrema vulnerabilidad sin la asistencia que precisan, con lo que ha generado más necesidades y ha impedido u obstaculizado la respuesta de las organizaciones humanitarias.

Un ejemplo de estas situaciones es el del noreste de Nigeria, donde el Gobierno apostó por crear “ciudades guarnición” (*garrison towns*) bajo el control del Ejército y dejó a los actores humanitarios sin acceso a zonas que están fuera de esas localidades. Otro es el de Yemen, donde la coalición militar liderada por Arabia Saudí declaró provincias enteras objetivo militar sin distinguir entre combatientes y no combatientes.

Ello pone en riesgo la imparcialidad y neutralidad con la que se debe prestar la ayuda humanitaria, y lleva a muchas organizaciones a abandonar estas zonas, por miedo a incumplir las leyes antiterroristas. Además, criminaliza a las poblaciones que están detrás de lo que los ejércitos definen como líneas enemigas.

Por estos y otros motivos, la independencia es clave para las operaciones de Médicos Sin Fronteras en zonas de conflicto, como las que ha desarrollado en contextos complejos como Somalia, República Democrática del Congo, Afganistán, Territorios Palestinos Ocupados, Colombia, Etiopía o el Sahel. También para sus intervenciones en las guerras de los Balcanes en los noventa (Bosnia, Kosovo) o en las actuales guerras de Siria, Camerún y Yemen.

En 2016, MSF renunció a todos los fondos procedentes de la Unión Europea (UE) y de sus Estados miembros, en protesta por la dañina política migratoria puesta en marcha, basada en la disuasión y en alejar lo máximo posible de sus costas a quienes huyen de la guerra y el sufrimiento.

La organización tomó esta decisión tres meses después de la firma del acuerdo entre la UE y Turquía. Este pretendía acabar con el flujo de refugiados, solicitantes de asilo y migrantes que intentan llegar a Grecia desde las costas turcas. El trato, que sigue vigente en 2021, permite devolver a la mayoría de estas personas a Turquía y considera a este país un lugar seguro, a pesar de que mantiene una "limitación geográfica" a la Convención de Refugiados de 1951 y niega ese estatuto a los "no europeos".

Como consecuencia de este acuerdo, miles de personas vulnerables han sido abandonadas a su suerte sin importar el coste humano, y muchas de ellas continúan atrapadas en las islas griegas, viviendo en condiciones extremas, en campos superpoblados. La mayoría de estas familias, que Europa ha decidido apartar de su vista mediante disposiciones legales, han huido de las guerras de Siria, Irak y Afganistán.



ANGOLA © HANS JURGEN BURKARD

Apoyo social y rendición de cuentas: la importancia de socios y donantes

Médicos Sin Fronteras trabaja para salvar vidas y aliviar el sufrimiento. Las acciones de la organización están guiadas por la ética médica y los principios de neutralidad e imparcialidad. Para poder acceder a las personas que lo necesitan y ayudarlas, las políticas operacionales son escrupulosamente independientes de los Gobiernos, así como de los poderes religiosos y económicos, y es por ello por lo que resulta vital la generosidad de los socios y colaboradores.

Actualmente, la organización cuenta con más de 7 millones de socios y colaboradores en todo el mundo, de los cuales 583.012 en España, que garantizan que el 97,2% de los fondos sean de origen privado.

Esta independencia financiera ha sido crucial para mantener una presencia relevante en las principales crisis humanitarias de los últimos tiempos y responder a todo tipo de emergencias. Desde las derivadas de desastres naturales, como el terremoto de Haití, la mayor operación de ayuda en la historia de MSF, hasta las provocadas por conflictos bélicos, como las brutales guerras en Siria, Yemen o Sudán del Sur, entre otras.

La respuesta a las peticiones de donaciones para llevar a cabo nuestra misión social ha sido siempre muy generosa, incluso en momentos de crisis económica

La respuesta pública a las peticiones de apoyo a través de donaciones para poder llevar a cabo nuestra misión social ha sido siempre muy generosa, incluso en momentos en los que el mundo se ha visto afectado por crisis económicas. Así ocurrió tras el tsunami de 2004 en el sudeste asiático: el desastre movilizó a la sociedad mundial y MSF recibió más fondos de los que iba a ser capaz de destinar a prestar ayuda durante la respuesta a la emergencia. Eso le hizo suspender la recaudación y ofrecer a los donantes la opción de reasignar sus aportaciones a otras crisis o recuperarlas si así lo deseaban.

Digna de mención es también la extraordinaria solidaridad de los socios y donantes ante otras grandes emergencias como, por ejemplo, el brote de Ébola que afectó a África Occidental en 2014-2016. Su confianza y su apoyo sostenido han permitido aumentar y fortalecer la capacidad de ofrecer asistencia de la organización.

La COVID-19 ha presentado para MSF desafíos extraordinarios. En 2020, la organización creó el Fondo para la crisis del coronavirus y, una vez más, la respuesta de la sociedad fue impecable. Los fondos recogidos le permitieron y le permiten hacer frente a las consecuencias de la pandemia en lugares como Brasil, Líbano o Perú, pero también en países de Europa como Bélgica, Francia, Italia, Portugal y España.

Nuestra base social, sólida y comprometida es clave para mantener nuestra relevancia pública y legitimidad, así como para garantizar la independencia de las operaciones. MSF informa a sus socios y colaboradores con transparencia a través de un estricto mecanismo de rendición de cuentas que va más allá del control financiero. La organización ha apostado por explicar el uso estratégico que hace de los fondos que recibe: dónde actúa, por qué, cómo lo hace, dónde están los límites y cuáles son los éxitos y fracasos. Asimismo, ofrece espacios de diálogo genuino sobre su actividad operacional y sus valores.



ESPAÑA © MSF

MSF hoy

MSF es una organización internacional independiente, privada y sin ánimo de lucro. Está formada por 23 oficinas nacionales y por nueve organizaciones especializadas en actividades como el aprovisionamiento y envío de ayuda humanitaria, la investigación médica y epidemiológica o los estudios sobre acción humanitaria.

Estas son algunas de las actividades que MSF desarrolló en sus proyectos en 2020. La lista no puede considerarse exhaustiva.

EL TRABAJO DE MSF ESPAÑA EN 2020

ACTIVIDADES

1.866.653

consultas externas

189.310

hospitalizaciones

258.821

ingresos en Urgencias

28.687

niños con desnutrición grave

5.208

personas atendidas tras sufrir violencia sexual

707.855

pacientes con malaria

170.500

vacunaciones contra el sarampión durante un brote

18.860

cirugías

49.662

partos

1.325

pacientes con tuberculosis

78.902

familias recibieron artículos de primera necesidad

89.110

consultas individuales de salud mental

APOYO SOCIAL

583.012

Total de colaboradores

486.882

Socios y socias

España es el país del mundo con más socios y socias que colaboran de forma regular con MSF.

RECURSOS HUMANOS

81,7%

Personal nacional en proyectos y bases de coordinación
5.079

8,6%

Personal internacional en proyectos y bases de coordinación
536

9,7%

Personal en la sede y de apoyo a los proyectos
606



Las cifras de personal se expresan en FTE (del inglés *full-time equivalent*) y representan el total anual de puestos equivalentes a tiempo completo. Las cifras de personal en el terreno incluyen al personal de los proyectos y al de apoyo.

Toda la información financiera completa en: msf.es/quienes-somos/como-financiamos

EL TRABAJO DE MSF INTERNACIONAL EN 2020

ACTIVIDADES

9.904.200

consultas externas

877.300

hospitalizaciones

1.026.900

ingresos en Urgencias

64.300

niños con desnutrición severa hospitalizados

29.300

personas atendidas tras sufrir violencia sexual

2.690.600

pacientes con malaria

1.008.500

vacunaciones contra el sarampión durante un brote

117.600

cirugías

306.800

partos

13.800

pacientes con tuberculosis

395.000

familias recibieron artículos de primera necesidad

349.500

consultas individuales de salud mental

APOYO SOCIAL

+ 7.000.000

Total de socios, socias y colaboradores

La organización cuenta con más de siete millones de donantes individuales y fundaciones privadas que le dan apoyo en todo el mundo.

RECURSOS HUMANOS

83%

Personal nacional en proyectos y bases de coordinación
37.763

8%

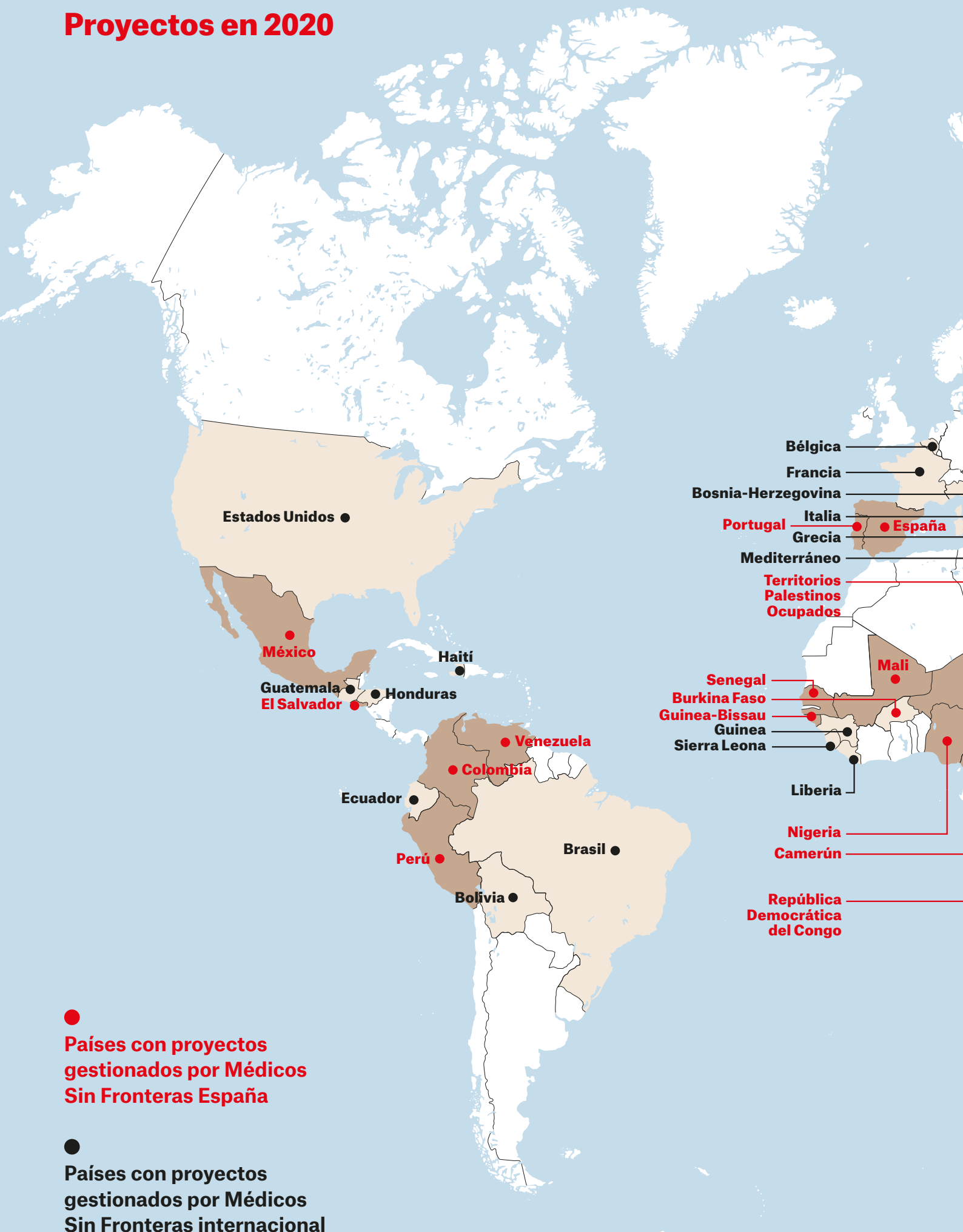
Personal internacional en proyectos y bases de coordinación
3.409

9%

Personal en la sede y de apoyo a los proyectos
4.088

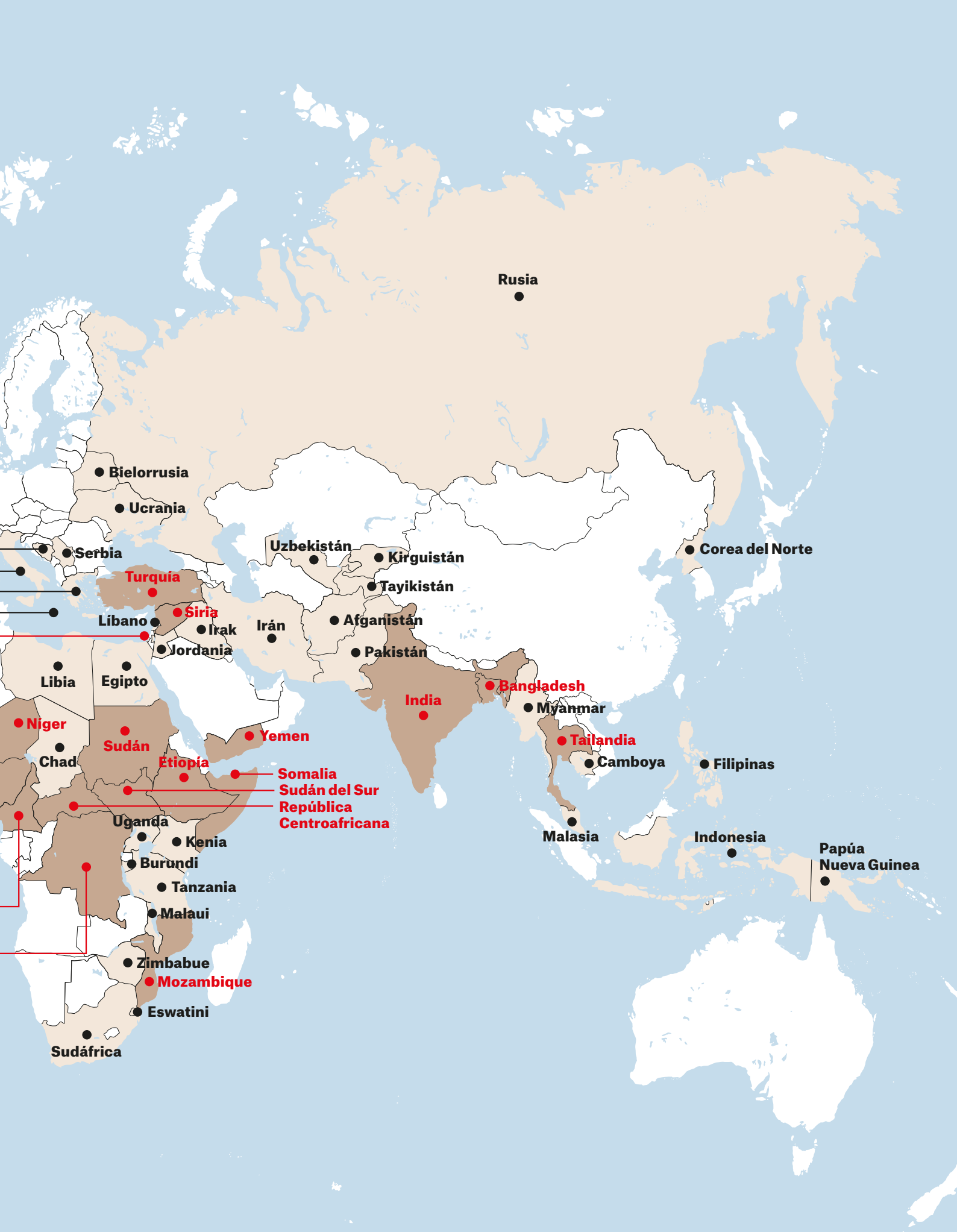


Proyectos en 2020



● Países con proyectos gestionados por Médicos Sin Fronteras España

● Países con proyectos gestionados por Médicos Sin Fronteras internacional



Médicos Sin Fronteras es una organización médico-humanitaria internacional que asiste a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación por raza, género, religión o ideología política. Su presencia independiente e imparcial en las crisis le permite dar una asistencia inmediata a las personas más necesitadas. La acción médica es la prioridad de MSF, pero la organización también recurre al testimonio como medio para provocar cambios en favor de las poblaciones a las que asiste.

MSF debe su independencia financiera a los siete millones de personas y entidades privadas que son socias o colaboradoras en todo el mundo. Gracias a ellas, puede decidir a quién atiende y cómo, y su único interés es el de las poblaciones a las que asiste. MSF no aspira a transformar una sociedad, sino a permitirle superar un período crítico: el objetivo de MSF son las personas, no los Estados. Por este motivo, sus intervenciones son limitadas en el tiempo.