

SER MÉDICO ...

Ser médico ... y presidir Médicos Sin Fronteras

Being a physician... and being president of Doctors without Borders

Todavía me siento extraño al definirme como presidente de Médicos Sin Fronteras (MSF). Llevo poco más de un año ocupando este cargo. Estoy más cómodo definiéndome como un médico de familia que ha dedicado los últimos 20 años a la medicina humanitaria, y que actualmente preside esta organización en un momento muy especial. Es un momento muy especial porque se combinan, por una parte, la madurez operacional sin perder el mismo espíritu inquieto original, y por la otra, el apoyo de la población española a pesar de la crisis. Y coincidiendo con todo ello, el 40 aniversario de MSF en unos tiempos complicados para la ayuda humanitaria independiente.

Aunque casi desde que empecé a estudiar medicina tenía la idea romántica de ser médico de familia y trabajar en una zona rural remota de España o irme a África, me costó algo dar el paso de trabajar a tiempo completo con MSF. Era, y soy, un entusiasta de la Medicina de Familia, por la riqueza de trato con el paciente, que nos permite a los facultativos, y por la concepción del paciente como un ser humano integral; pensaba por aquél entonces, que podría ser médico en España y compaginarlo con salidas «al terreno». Mi primera misión con MSF fue en 1991, en la primera Guerra del Golfo, en los campos de refugiados kurdos de la frontera entre Irak y Turquía. Ya en aquella primera misión me impactó emocionalmente, en primer lugar el contacto directo con esas acumulaciones de sufrimiento humano que estamos a acostumbrados a ver solo en la televisión; en segundo lugar, me impactó también la experiencia humana de poder hacer algo, con unos resultados tan evidentes, por gente en una situación muy difícil. Finalmente, me atrajo profesionalmente la capacidad de poder encontrar protocolos y maneras de actuar relativamente simplificados y muy eficaces para trabajar en situaciones de emergencia y tener un impacto inmediato. Fue mi primer contacto con la medicina humanitaria.

Ese es el objetivo de la ayuda médico-humanitaria: el impacto inmediato, preservar la vida, aliviar el sufrimiento y restablecer la dignidad de las personas en períodos en los que su supervivencia está amenazada. Se trata de ayudar a poblaciones vulnerables a superar el período de crisis,

para que una vez pasado este, ellos mismos decidan su futuro.

Ese ha sido el objetivo que ha guiado a MSF desde que fue creada hace 40 años en París, por un grupo de médicos y periodistas: una ayuda temporal que se dirige directamente a las personas que sufren las consecuencias inmediatas de las crisis y que no está dirigida a las causas de las mismas. Un ejercicio de humanismo directo e inmediato, alejado de ambiciones sociales estructurales, complejas o sistémicas.

La acción humanitaria es en este sentido diferente de otras expresiones de solidaridad y construcción de un mundo mejor y más justo. Los loables esfuerzos de la cooperación al desarrollo y de la lucha por los derechos humanos, la paz o la justicia internacional, son necesarios, pero diferentes de la acción humanitaria (fig. 1). Esta no tiene la aspiración



Figura 1 Una trabajadora de Médicos Sin Fronteras discute con un soldado en un campo de desplazados por la Guerra de Angola en Kuito (1999).

Los loables esfuerzos de la cooperación al desarrollo y de la lucha por los derechos humanos, la paz o la justicia internacional son necesarios pero diferentes de la acción humanitaria. La ayuda médico-humanitaria que ofrece Médicos Sin Fronteras tiene un impacto inmediato para preservar la vida, aliviar el sufrimiento y restablecer la dignidad de las personas en períodos en los que su supervivencia está amenazada.

de producir cambios estructurales a largo plazo, sino que se guía por la aguda preocupación por el aquí y el ahora, y por el individuo que sufre y que necesita asistencia inmediata ya que su salud y su vida dependen de ello. Sabemos bien que esta prioridad por el corto plazo tiene riesgos: por ejemplo, proporcionar tratamiento nutricional y alimentación suplementaria gratuita en mitad de una hambruna puede incidir negativamente en la producción agrícola local. Pero este es un riesgo que asumimos con la certeza de que las víctimas de esas emergencias no pueden esperar a desarrollos a largo plazo, soluciones globales o movilizaciones locales. Otras instituciones y organizaciones, con mandatos, conocimiento y experiencia sobre ayuda al desarrollo son las que deben construir el futuro, mientras la acción humanitaria se esfuerza por que los potenciales beneficiarios futuros de estos cambios estructurales sigan vivos para poder un día disfrutarlos. No hay contradicción, sino complementariedad.

Luchando por el acceso

Una guerra y una catástrofe natural –dos de los escenarios que han acabado definiendo a MSF para el gran público– catalizaron el nacimiento de la organización: la Guerra de Biafra en Nigeria (1968), a la que se desplazaron varios médicos y a los que la organización para la que trabajaban impidió prestar testimonio sobre el genocidio de los Ibo, y las inundaciones en Pakistán Oriental, el actual Bangladesh (1970), donde un segundo grupo de médicos fue testigo de la descoordinación, lentitud e ineficacia de la respuesta internacional. Ya en Francia, sus preocupaciones fueron recogidas por un diario médico regional, *Tonus*, en cuya redacción se celebraría la asamblea constituyente de MSF en diciembre de 1971.

Aún en plena Guerra Fría, defendían un modelo de «SAMUR internacional» que acudiera allí donde las poblaciones víctimas de la emergencia lo requirieran, para prestar una ayuda médica y testimonio, basados ambos en principios como la independencia, la neutralidad, la no discriminación, y en convicciones como el profesionalismo, la innovación y la transparencia.

La primera intervención oficial de MSF se produce en el terremoto de Nicaragua en 1972. Apenas 3 años después, tiene lugar la que será la intervención de mayor envergadura de esa primera década y también la primera crisis de desplazamiento a la que responde la organización: se trata de los campos de refugiados camboyanos que llegan a Tailandia huyendo del régimen de los jemeres rojos primero, y de la guerra de Vietnam después. También, en los años 70 tiene lugar la primera intervención de MSF en un escenario de conflicto: Líbano, en 1976, donde MSF desarrolla por primera vez actividades quirúrgicas y de rehabilitación de heridos de guerra.

A estas le irán siguiendo a lo largo de los años otras grandes crisis, algunas de ellas pertenecientes a la memoria colectiva, otras olvidadas ahora: Afganistán, Somalia, Ruanda, Zaire/República Democrática del Congo, Angola, Sierra Leona, Liberia, Sri Lanka, Colombia, Chechenia, Bosnia, Kosovo, Darfur, Chad o República Centroafricana. De hecho, en la actualidad, más de la mitad de los proyectos de MSF se desarrollan en escenarios de conflicto, post-conflicto con una gran inestabilidad (fig. 2). Y en



Figura 2 Países en los que se están desarrollando proyectos de Médicos Sin Fronteras España (en rojo) y resto de secciones de MSF (en gris).

01: Afganistán; 02: Armenia; 03: Bangladesh; 04: Bolivia; 05: Brasil; 06: Burkina Faso; 07: Burundi; 08: Camboya; 09: Camerún; 10: Colombia; 11: Chad; 12: Chile; 13: China; 14: Egipto; 15: Etiopía; 16: Federación Rusa; 17: Filipinas; 18: Francia; 19: Georgia; 20: Grecia; 21: Guatemala; 22: Guinea Conakry; 23: Haití; 24: Honduras; 25: India; 26: Irán; 27: Irak; 28: Kenia; 29: Kirguizistán; 30: Lesoto; 31: Líbano; 32: Liberia; 33: Malauí; 34: Malí; 35: Malta; 36: Marruecos; 37: México; 38: Mozambique; 39: Myanmar; 40: Niger; 41: Nigeria; 42: Pakistán; 43: Papúa Nueva Guinea; 44: Paraguay; 45: República Centroafricana (RCA); 46: República Democrática del Congo (RDC); 47: República del Congo; 48: Sierra Leona; 49: Siria; 50: Somalia; 51: Sri Lanka; 52: Suazilandia; 53: Sudán; 54: Suráfrica; 55: Tailandia; 56: Territorios Palestinos Ocupados; 57: Uganda; 58: Uzbekistán; 59: Yemen; 60: Yibuti; 61: Zambia, y 62: Zimbabue.

estos escenarios, constatamos que el espacio para prestar una ayuda humanitaria independiente, que llegue a quien más la necesite, se ha reducido.

Parte de las dificultades se relacionan con la seguridad de las operaciones en zonas de conflicto. Solo en 2011, estructuras médicas o personal de MSF han sido violentados en diferentes grados en Somalia, Sudán del Sur, República Democrática del Congo, República Centroafricana, Bahréin y Kenia. En estos escenarios, la falta de respeto por el trabajo médico se ha traducido en actos de violencia contra el personal humanitario y las estructuras de salud. En el momento de escribir estas líneas, seguimos sin noticias de nuestras compañeras Montserrat Serra y Blanca Thiebaut, secuestradas en el campo de refugiados somalíes de Dadaab (Kenia).

Pero, además de los factores inherentes a las guerras, nos encontramos con obstáculos creados fuera de esos países, y que se relacionan con la manipulación de la ayuda humanitaria para servir intereses ajenos a los de las víctimas de los conflictos. En el escenario posterior al 11 de septiembre de 2001, conflictos como los de Afganistán o Somalia forman parte de una guerra más amplia, la guerra contra el terrorismo, un conflicto global y difuso en el que Occidente y sus aliados buscan ganarse el apoyo de la opinión pública «aquí» y «los corazones y las mentes» de la población de «allí». Y es entonces cuando la ayuda humanitaria, tan atractiva de

vender, se convierte en la mejor coartada para intervenciones en el exterior. «Humanitarias» son ahora las guerras que en realidad deberían adjetivarse como «intervención militar de protección de civiles», y también los ejércitos, incluso la diplomacia se autodefinen como «humanitarios». La ayuda humanitaria es neutral e independiente por naturaleza y busca «exclusivamente» asistir a las víctimas de crisis en tanto que seres humanos necesitados, sin ninguna otra consideración. Por tanto, no debería ser utilizada por los Estados, organismos internacionales ni otras instituciones para servir a otros intereses políticos o geoestratégicos.

Estas peligrosas estrategias se han traducido en el terreno en abusos muy concretos de los emblemas humanitarios, como los movimientos de militares sin uniforme en vehículos de color blanco en Afganistán, idénticos a los de las organizaciones humanitarias, o la distribución de comida o ayuda a cambio de información sobre los talibán. Un ejemplo reciente es el presunto montaje por parte de la Agencia Central de Inteligencia (CIA) estadounidense de una falsa campaña de vacunación en Pakistán con el fin de arrestar a Osama Bin Laden. El hecho, que fue mencionado por los medios casi como una curiosidad, ha tenido ya un grave impacto en las organizaciones que realizan un trabajo médico real y legítimo, en ese país.

Estas prácticas empujan a las organizaciones humanitarias a ser identificadas como alineadas con uno de los bandos del conflicto, y erosionan la confianza de la población y de las partes enfrentadas. Esto nos dificulta —y en ocasiones oblitera completamente— la posibilidad de hacer la ayuda accesible a poblaciones que lo necesitan desesperadamente. Tenemos un ejemplo de dramática actualidad en la atroz crisis nutricional que sufre Somalia. De hecho, estas peligrosas estrategias convierten a las organizaciones humanitarias en objetivo militar. Médicos Sin Fronteras sufrió las consecuencias de una forma muy directa en Afganistán: 5 trabajadores de la organización fueron asesinados en 2004, en ese escenario en el que 3 años antes, jugando a la confusión interesada, el entonces secretario de Estado norteamericano, Colin Powell, había atribuido a las ONG el papel de «multiplicadoras de la fuerza» del esfuerzo bélico aliado.

Esta confusión intencionada es posiblemente la razón que más ha contribuido a limitar el acceso a las poblaciones en zonas de conflicto, que son las primeras víctimas de tales estrategias. Cuando una organización humanitaria es incapaz de acceder, o se ve obligada a suspender sus actividades, es la población que está sufriendo una situación crítica la que queda desatendida y sin asistencia básica. Por desgracia, en la actualidad, son millones las personas que viven atrapadas en conflictos crónicos, y pocas las organizaciones que pueden prestarles ayuda en estas circunstancias, por lo que MSF no puede dejar de protestar por esta confusión tan peligrosa y exigir el respeto del Derecho Internacional Humanitario y de la misión médica.

Innovación médica

En el ámbito médico, en sus 40 años de historia, las actividades de MSF han cubierto desde atención primaria de salud a 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. A lo largo de estas décadas, la organización ha trabajado para mejorar su acción médica, intentando adaptarse a entornos complejos.

La inquietud por encontrar nuevos abordajes de acción médica, fuera del conocimiento médico convencional y adaptados a los contextos tan retadores donde trabajamos, existe desde las primeras décadas de vida de MSF. Por ejemplo, en los años 80, confrontados con una mortalidad excesiva por epidemias de sarampión en campos de refugiados, MSF retó a la comunidad médica proponiendo responder a estas epidemias con campañas selectivas de vacunación del sarampión. Esto supuso una confrontación con los estándares y protocolos que defendían la vacunación solo a través de los programas nacionales integrados de vacunación infantil. MSF tuvo que demostrar el enorme descenso de la mortalidad gracias a esta estrategia para que la práctica de campañas de vacunación de sarampión fuera aceptada e integrada en la práctica médica.

Este afán de mejora ha seguido llevando también a MSF a investigar, adoptar y proponer nuevos enfoques en el tratamiento de enfermedades olvidadas, como el kala azar o la enfermedad del sueño. Destaca el caso de la enfermedad de Chagas (trypanosomiasis americana). A finales de 2007, en sus proyectos de Bolivia, MSF apostó con éxito por un enfoque sin precedentes en el tratamiento de la enfermedad: por primera vez se ofreció tratamiento a cualquier persona independientemente de su edad, cuando hasta aquel momento solo se proporcionaba a menores de 15 años. Los buenos resultados obtenidos en Sucre (Bolivia) con pacientes de hasta 18 años llevaron a MSF a ampliar aún más el espectro de edad para incluir a los adultos; así lo hizo en su proyecto de Cochabamba. Con este nuevo enfoque, MSF demostró, desde su experiencia, que la enfermedad de Chagas, a pesar de las dificultades, puede tratarse en adultos y que ningún paciente debe darse por perdido. El objetivo más amplio es que, en los países endémicos, la enfermedad de Chagas sea considerada en las estructuras de salud como cualquier otra enfermedad: generalizando el tratamiento a todos los enfermos independientemente de su edad.

MSF no solo practica la innovación, también la reclama a los actores públicos y privados implicados en la definición de las estrategias de salud y de la investigación y desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico y tratamientos más eficaces y menos tóxicos. Solo la malaria, el sida pediátrico, la tuberculosis, la enfermedad del sueño, el Chagas y el kala azar se cobran cada día 8.000 vidas. Estas enfermedades no afectan al mundo desarrollado, así que no son negocio, ni sus pacientes un mercado rentable. En un sistema de investigación regido principalmente por la obtención de beneficios económicos, el desarrollo de nuevos tratamientos y métodos de diagnóstico para estas enfermedades no recibe el apoyo necesario para dar una respuesta urgente al enorme desafío que suponen.

Estos pacientes están condenados porque no solo están fuera de las agendas de la industria farmacéutica, sino también de los gobiernos que también deberían asumir sus responsabilidades en el sistema de I + D y en las regulaciones comerciales que limitan que las pocas formulaciones accesibles y adaptadas que existen lleguen a los pacientes que con más urgencia las necesitan.

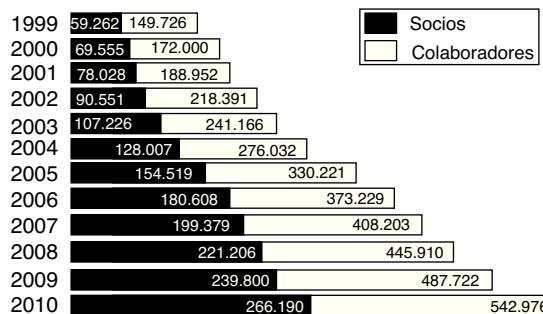


Figura 3 Evolución de socios y colaboradores de Médicos Sin Fronteras, España (período 1999 a 2010).

Al final de los 90, MSF se negó a seguir aceptando que el coste fuera la única razón por la que millones de personas no tenían acceso al tratamiento. Se creó la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME) que, integrando el *lobby* y la incidencia política, retó a industria farmacéutica, leyes de patentes y de importación de medicamentos, para conseguir grandes logros. El más visible de ellos fue el descenso del precio de los antirretrovirales. En el 2000, el coste medio de un año de tratamiento de un paciente africano estaba en torno a los 10.000 dólares. Tras la presión ejercida sobre la industria farmacéutica, el coste descendió alrededor de los 100 dólares en apenas 10 años, lo que posibilitó el acceso a la terapia antirretroviral a grandes sectores de población en países con pocos recursos.

Dando un paso más adelante, MSF impulsó la creación en el 2003 de la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi), una institución internacional de I+D farmacéutica sin ánimo de lucro para asegurar la investigación y desarrollo de nuevas formas de respuesta terapéutica y herramientas diagnósticas para las «enfermedades olvidadas», aquellas que afectan sobre todo a grupos de población sumidos en la pobreza y el olvido y que son sistemáticamente ignorados en las agendas de la industria farmacéutica.

Médicos Sin Fronteras trabaja hoy en 60 países, en más de 400 proyectos en los que casi 2.500 trabajadores internacionales y unos 25.000 locales se esfuerzan por aportar atención médica a aquellos que más lo necesitan (fig. 3). Lo hacen como lo hemos hecho siempre, desde el inconformismo y el compromiso, y por supuesto desde la independencia y la neutralidad. Hemos hablado del acceso a las víctimas en conflictos, de la innovación médica y de las responsabilidades no asumidas, pero son muchos más los temas que se han quedado en el tintero. Creemos en todo caso que el 40 aniversario de MSF no es una ocasión para la celebración. Las crisis a las que MSF responde actualmente recuerdan mucho

a las que impulsaron el nacimiento de la organización. Lamentablemente, la respuesta de la llamada comunidad internacional sigue siendo insuficiente y en muchas ocasiones ineficaz; el mundo sigue eligiendo las crisis que merecen una respuesta, las víctimas que están en el lado más fácil o correcto. Por desgracia, la ayuda humanitaria independiente sigue siendo hoy más necesaria que nunca.

J.A. Bastos¹



Presidente de Médicos Sin Fronteras, España

Correo electrónico: joseantonio.bastos@barcelona.msf.org

¹ José Antonio Bastos (Jaca, 1961) es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y con estudios en Medicina Tropical y maestría en Salud Pública en Londres.

Tras unos años de ejercicio de la medicina de familia en España, realizó su primera misión en terreno con Médicos Sin Fronteras (MSF) en 1991, en la frontera entre Turquía e Irak, asistiendo a los refugiados kurdos que huían de este último país durante la primera Guerra del Golfo. Continuó trabajando con MSF en Bolivia, Kenia, Somalia, Tanzania, Ruanda, República Democrática del Congo y Angola.

Después fue responsable de la Unidad de Emergencias y director de Operaciones de MSF España, y director de Operaciones de MSF Holanda, responsabilidades que le llevaron frecuentemente a terreno, a contextos como Croacia, Nigeria, Sudán, Etiopía, Colombia y Chechenia. A lo largo de todas estas misiones, ha trabajado en contextos de conflicto y desplazamiento, crisis nutricionales o emergencias relacionadas con brotes epidémicos como el cólera o la meningitis. Entre 2006 y 2010 trabajó para el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), con misiones en Pakistán, Irak y Afganistán. Es presidente de Médicos Sin Fronteras España desde diciembre de 2010.