

INFORME ÉBOLA SIERRA LEONA



MÉDICOS DEL MUNDO

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

DICIEMBRE 2015

Quiénes somos

Médicos del Mundo es una asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud de todas las personas, especialmente para aquellas que viven en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o son víctimas de crisis humanitarias.

Somos una organización sanitaria comprometida con las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de catástrofes naturales, hambrunas, enfermedades, conflictos armados o violencia política. Creemos que el derecho de las víctimas a ser atendidas debe prevalecer sobre cualquier otra consideración.

Pero no sólo actuamos en los países del Sur, sino que trabajamos también con los colectivos excluidos de la sociedad del bienestar, especialmente con quienes

tienen dificultades para acceder al sistema público de salud. No pretendemos crear sistemas de asistencia paralelos, sino lograr que todas las personas disfruten de condiciones de salud adecuadas, como por derecho les corresponde.

Atención y denuncia

Además de atender a personas que ven vulnerados sus derechos llevamos a cabo acciones de sensibilización como medio para el cambio social y denunciemos las causas que están en el origen de las injusticias.

Médicos del Mundo es una asociación dirigida por los socios y las socias, que participan de forma voluntaria, contribuyendo a su mantenimiento económico y tomando decisiones estratégicas sobre la acción de la organización.

SOMOS

783

socios y socias
(313 hombres
y 461 mujeres)

1.400

voluntarios y voluntarias
(363 hombres
y 1.037 mujeres)

40.932

donantes fidelizados
(20.508 hombres
y 20.424 mujeres)

448

entidades públicas y
privadas colaboradoras

83

cooperantes
(32 hombres y 51
mujeres)

417

trabajadores y trabajadoras de
los países en los que desarrolla-
mos proyectos de Cooperación
Internacional
(265 hombres y 152 mujeres)

185

entidades públicas y
privadas colaboradoras

**“...mi táctica es
Hablarte
y escucharte
Construir con palabras
un puente indestructible...”
Mario Benedetti**

GRACIAS

Cuando el pasado mes de noviembre la OMS declaró oficialmente erradicado el virus del ébola en Sierra Leona, fuimos muchas las personas que sentimos una especie de liberación. Por fin terminaba la pesadilla de miles de seres humanos, el dolor, el sufrimiento y el miedo, sobre todo el miedo terrible al contagio y a la muerte. El virus ha dejado en el país 14.122 casos de infectados y 3.955 fallecidos. Sierra Leona ha sido el lugar del mundo donde el ébola se ha cebado más salvajemente con una población casi indefensa, sanitariamente desprotegida.

Hemos pasado un año duro, hemos vivido de cerca el sufrimiento de muchas personas por la evidente falta de recursos sanitarios en uno de los países más pobres de África. Hemos sentido una gran impotencia mientras la comunidad internacional tardaba en reaccionar. Hemos visto cómo el virus se extendía de manera brutal y con tanta crueldad y virulencia que se llevaba por delante gran parte de su precario sistema de salud.

Finalmente, y solo cuando el virus de ébola salió de África y amenazó la seguridad de otros continentes, la comunidad internacional reaccionó como debería haberlo hecho desde el principio.

Médicos del Mundo llevaba diez años trabajando en Sierra Leona, en Koinadugu, y la epidemia puso a prueba el compromiso de la organización con la población del país y su sistema de salud. Para Médicos del Mundo no fue una decisión fácil, pero entendimos que era nuestro compromiso y nuestra responsabilidad poner el mayor esfuerzo en mitigar los efectos de esta



Gracias a la financiación de la Agencia de Cooperación Británica y a la generosidad de decenas de socios, socias y donantes españoles e internacionales tuvimos la suerte de poder trabajar, junto a Doctors of the World UK, en el centro de tratamiento de Moyamba y en el distrito de Koinadugu con un planteamiento diferente.

Gracias a la Agencia Española de Cooperación trabajamos también en la prevención frente a esta epidemia en Mali y Senegal.

Para una organización como la nuestra, el reto se convirtió en una oportunidad para creer aún más en nuestras capacidades. No ha sido un camino fácil, más bien nos ha puesto a prueba de muchas maneras, a las personas y a toda la organización; pero nos ha convencido de que el trabajo en equipo, la construcción de redes, el aprendizaje mutuo puede obtener resultados grandes.

Por todo ello, cuando la OMS declaró al país libre de ébola sentimos que era una victoria de los miles de sierraleoneses que sufrieron y trabajaron contra la epidemia, pero también la sentimos un poco nuestra y de las decenas de voluntarios y voluntarias y cooperantes europeos que ofrecieron su tiempo y su generosidad. Cada quien puso lo mejor que pudo y supo. Gracias a todos y a todas.

La crisis sanitaria está controlada, pero Médicos del Mundo es una organización que trabaja con enfoque de Derechos. Desde ahí es imprescindible preguntarse por las causas. La epidemia de ébola no tiene un solo causante, el virus es una causa necesaria, pero no suficiente. No es posible comprender lo que ha pasado sin analizar el empobrecimiento de este país y sus causas; los factores sociales, económicos y culturales que actúan como determinantes de la salud y la situación de gran debilidad que mantiene, agravado incluso, su sistema sanitario.

Médicos del Mundo va a continuar trabajando en Sierra Leona. Queremos poner nuestro granito de arena para fortalecer el sistema de salud, apoyar el abordaje de los determinantes y contribuir a hacer efectivo el Derecho a la Salud.

Muchas gracias a todas y todos.

Sagrario Martín
Presidenta de Médicos del Mundo



Creciendo en la adversidad

La epidemia de ébola del África Occidental ha supuesto un desafío durante muchos meses. Fundamentalmente para las personas de Sierra Leona, que han sobrevivido a la tragedia a base de esfuerzo y sufrimiento. Pero también para la comunidad internacional, los gobiernos, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales. En concreto para Médicos del Mundo, que llevaba diez años trabajando en Sierra Leona en el momento de la expansión de la epidemia, y que se vio ante la decisión y el compromiso de adaptarse a una crisis sanitaria de grandes proporciones y de consecuencias imprevisibles.

Desde un principio, la organización afrontó el proyecto como un gran reto misional y de gestión. A pesar de las dudas iniciales, fundamentales para valorar si contábamos con las capacidades adecuadas para dar una respuesta profesional a la emergencia, se apostó por trabajar en consorcio con otros socios internacionales, expertos en temáticas en las que Médicos del Mundo no lo era.

Así, tras los debates y dudas iniciales, decidimos implicarnos en este proyecto de la mano de nuestros compañeros Doctors of the World, habituados a trabajar con el organismo de la cooperación inglesa (DFID), no sólo como donante, sino también como socio en el proyecto. También con el gobierno noruego y la organización francesa Solidarité, experta en agua y saneamiento en proyectos grandes en situaciones de emergencia.

La forma de trabajo comenzó con la creación de un célula especial de emergencias, compuesta por profesionales expertos en ébola y basada en dinámicas de trabajo específicas en estas situaciones. Se trataba de salir de las inercias habituales para configurar un grupo de trabajo que nos permitiera dar la mejor respuesta posible y posicionarnos en el mapa internacional de acción humanitaria como un actor protagonista capaz de ejecutar un trabajo de calidad, en unas condiciones de emergencia.

Hemos afrontado a lo largo de estos meses la tarea con responsabilidad, con la vista puesta sobre todo en las personas y la comunidad sanitaria sierra leonesa como ejemplo de superación, así como en nuestros socios de proyecto, que nos han dado una oportunidad para compartir conocimientos, otras formas de gestión y de dirección y, sobre todo, de aprendizaje. El virus del Ébola ha afectado de esta manera a todas las personas de la organización: a las que hemos estado involucradas desde el principio en combatir de la mejor manera posible la epidemia, y a las que han asumido con más énfasis el resto de las tareas, para que otros y otras pudiéramos centrarnos en esta.

Por todo ello, esta misión nos ha demostrado que somos capaces de hacer bien aquello que nos proponemos, con mucho esfuerzo y dedicación, pero también con la convicción de que Médicos del Mundo puede hacer cosas tan maravillosas como garantizar a la población de Sierra Leona su derecho a combatir el ébola.



Elena Urdaneta
Coordinadora General Médicos del Mundo



Lecciones aprendidas de la epidemia de ébola de África Occidental: Un paso atrás para un camino hacia adelante

José Félix Hoyo

Vocal de Operaciones Internacionales de Médicos del Mundo

Las lecciones aprendidas son un resumen de la actividad realizada en una intervención. Pretenden analizar aquello que hicimos bien, aquello que podríamos haber hecho mejor. Pero, sobre todo, las lecciones aprendidas pretenden analizar lo que deberíamos hacer a partir de ahora con la experiencia del pasado.

Médicos de Mundo y Sierra Leona

Médicos del Mundo comenzó a trabajar en Sierra Leona en el año 2001. Desde entonces, hemos recorrido juntos un largo camino. Nuestro compromiso con sus comunidades va mucho más allá de la intervención en la epidemia de ébola, ha sido firme y constante durante todos estos años en nuestra organización. Sierra Leona es un país muy importante para nuestros equipos.

Durante todos estos años hemos realizado más de 14 proyectos. Hemos colaborado con el sistema de salud local en múltiples sectores. Pero, sobre todo, nuestro objetivo final ha sido mejorar el sistema de salud y, con ello, conseguir que las personas de Sierra Leona disfruten de una mejor esperanza y calidad de vida, respetando el derecho a la salud de su ciudadanía.

Comenzamos a trabajar en Porto Loko y posteriormente nuestros proyectos se desplazaron hacia el norte a Koinadugu. Siempre trabajamos con las poblaciones más vulnerables, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva.

Además de nuestro trabajo de refuerzo de las capacidades de atención primaria, hemos estado presentes en emergencias epidémicas como la epidemia de cólera de 2012. En conjunto, Médicos del Mundo ha gestionado más de 14 millones de euros para Sierra Leona en 14 proyectos diferentes. Desafortunadamente, más de la mitad de esos fondos han ido destinados a controlar la reciente epidemia de ébola mientras que el mundo, en su conjunto, ha invertido en dos años en esta epidemia



más de 6.000 millones de euros. Sin embargo, reformar los sistemas sanitarios de los tres países más afectados hubiera costado alrededor de 1.500 millones, en un plazo de 5 años.

Recientemente se ha abierto una nueva etapa. Los objetivos de desarrollo del milenio han sido cerrados con éxitos parciales. Pero no todos esos objetivos se han logrado de modo regular, y algunas regiones del mundo, por causa de un conjunto complejo de motivos, han quedado parcialmente estancadas en el tiempo. Gran parte de los países más desfavorecidos están en el Oeste de África, el Sahel y África subsahariana.

Sierra Leona es el país del mundo que cuenta con una de las expectativas de vida más baja. Uno de los países con peor mortalidad infantil, ya que uno de cada 9 niños no alcanza el año de edad y uno de cada 6 no alcanza los 5 años. Además, Sierra Leona tiene una mor-

talidad materno infantil que la sitúa a la cabeza de los países de la tierra, pues una de cada 91 mujeres muere durante el parto. Sierra Leona dispone de un médico por cada 50.000 habitantes e invierte un 9.7 por ciento del presupuesto del país en salud lo que, sin tener en cuenta los aportes privados, sitúa el gasto en salud en alrededor de 9 euros por persona y año. Aún invirtiendo el 15% de ese presupuesto comprometido en la conferencia de Abuja en 2001, la cifra de destinada a salud sería insuficiente para la efectiva implementación del paquete básico de servicios esenciales.

En España, en el año 2013 se destinó un 5.9 del presupuesto a salud, correspondiente a 1.309 euros por persona y año. La cifra objetivo en el mínimo estándar que debería destinarse para cubrir ese paquete básico no llega a los 90 euros, muy lejos del presupuesto de los países ricos.

Table 1: Health statistics

Life expectancy at birth (male)	45 (2012)
Life expectancy at birth (female)	46 (2012)
Malnutrition prevalence (height for age, children under 5)	44.9 (2010)
Malnutrition prevalence (weight for age, children under 5)	21.1 (2010)
Maternal mortality rate (per 100,000 live births)	1,100 (2013)
Mortality rate for infants (per 1,000 live births)	117 (2012)
Mortality rate for age 5 and under (per 1,000 live births)	182 (2012)
Access to improved sanitation ¹⁴	13% (2012)
Access to improved water	60% (2012)
Births attended by skilled health staff	63% (2010)
Prevalence of HIV/AIDS (age 15-49)	1.5% (2012)

Source: World Bank, <http://data.worldbank.org/indicator/SE.PRM.TCAQ.ZS/countries/MW-ZF-XM?display=default>

Con este panorama, y con un evidente déficit presupuestario difícilmente soslayable sin ayuda exterior, después de un arduo trabajo de años, algunos datos como un crecimiento acelerado cercano al 7 por ciento y tímidos avances en los indicadores de salud proponían una mejora en esta situación crónicamente desesperada. La mortalidad materno infantil bajó un 10 por

ciento del año 2010 al año 2012. Se propuso una Agenda para la Prosperidad con los retos de mejorar las infraestructuras y el equipamiento, la financiación, el control de las enfermedades comunicables y no comunicables y mejorar la escasa dotación de profesionales del sector salud con un plan establecido y unos objetivos claros.



La intervención en la epidemia

A finales de marzo de 2014 se declaró oficialmente la epidemia de ébola en África del Oeste, aunque el primer caso de la enfermedad fue descubierto mucho más tarde en la pequeña aldea guineana de Meliandou, en Guéckédou. Las cifras oficiales de la epidemia hablaban entonces de 49 casos, aunque probablemente la expansión del virus ya era superior. Por primera vez y a través del triángulo formado por Guéckédou, Kahilaun y Lofa la enfermedad se extendió a núcleos urbanos densamente poblados como Conakry, Freetown y Monrovia.

Tuvieron que pasar más de tres meses para comprobar que el brote había logrado una extensión que a la larga resultaría fatídica. Los sistemas de alarma temprana no funcionaron porque dichos sistemas no existían. La comunidad internacional, a pesar de las repetidas llamadas de alarma, tuvo una respuesta extremadamente lenta.

Nuestro equipo en Sierra Leona trabajaba finalizando un programa de salud sexual y reproductiva, financiado por la Unión Europea, en Koinadugu. El mismo fin de semana

de la declaración de la epidemia comenzamos a trabajar en un programa de prevención y a aprender del ébola. Las referencias externas, a pesar de que el descubrimiento de la enfermedad había ocurrido hacía casi 40 años, eran escasas. Iniciamos la creación de un sistema de formación personal y comenzamos a hacer preparación de la posible extensión de la epidemia en Koinadugu, con un enfoque que nos es propio: el comunitario, el antropológico, trabajando con las personas, con los líderes religiosos, con el personal sanitario y con las personas.

Durante los meses siguientes, la epidemia se expandió exponencialmente, a pesar de ello, la comunidad internacional continuaba desoyendo las llamadas destinadas a prevención, probablemente basada en la experiencia de las epidemias previas que habían sucedido en entorno rural, en países con experiencia en anteriores brotes. Fue la época de “todo aquello que no sea tratamiento tiene escasas posibilidades de financiación”.



Con el paso del tiempo, entendimos que el control de la epidemia debía afrontarse con un enfoque multifactorial en el que sin tener en cuenta todos los pilares fundamentales de la respuesta los trabajos serían en vano. Invertimos mucho tiempo en preparación y trabajamos con fondos propios de la organización en mantener la respuesta preventiva. Koinadugu fue el último distrito en declarar la epidemia. Cuando comenzó, los mecanismos creados se rompieron inicialmente, ya que es difícil afrontar la gestión del miedo para convertirla en aliada con extrema precaución. Posteriormente esos mecanismos sirvieron para contener la expansión a gran escala en el distrito. Comparar cuántas personas se contagiaron con cuántas lo hubieran hecho sin esa preparación es

imposible, pero indirectamente podemos inferir la influencia de la intervención preventiva. La propuesta de colaboración con Doctors of the WorldUK y la financiación a gran escala surgió en septiembre de 2014.

Para una organización como Médicos del Mundo supuso un reto importante y solo la obstinación, la extrema solidaridad y el compromiso con el pueblo de Sierra Leona, nos hicieron tomar una compleja decisión afirmativa.

Era imposible decir que no cuando podíamos conseguir la capacidad técnica y los que estaban en el país eran nuestros amigos desde hace muchos años. Ese es nuestro mandato humanitario. Estaríamos allí con riesgo más o menos cero. Estaríamos allí.



Los actores de la intervención

Comenzó entonces una inmensa tarea de coordinación entre muchos actores que a la larga dio los frutos que hoy conocemos. En ese primer período la labor incansable y el impulso de Doctors of the WorldUK y la asertividad que transmitían en nuestras reuniones fue clave para el inicio de la intervención conjunta.

Sin la financiación, disponibilidad, acompañamiento y ayuda inestimable de Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), y a través del tra-

bajo de nuestro socio Doctors of the World UK, todo esto hubiera sido imposible.

Muchas gracias, desde Médicos del Mundo, España a ambos, por hacernos creer que era posible y por darnos las herramientas para conseguirlo. Un frase pronunciada por una representante de DFID, donante fundamental de la intervención, resume el espíritu humano de esa colaboración “gracias por estar aquí, incluso antes de que pensáramos que todo esto iba a ocurrir”.



La condición de nuestra presencia iba ligada a la apertura de un centro de tratamiento de 100 camas en Moyamba. Abrir un centro de tratamiento de esas características junto con tres centros de aislamiento en Koinadugu es un reto logístico enorme. Pero no era esa la única dificultad. En septiembre de 2014 la presión internacional hacia los trabajadores que se desplazaban al terreno era casi insostenible.

Los mecanismos y herramientas de evacuación o tratamiento en caso de contagio estaban en un lento y tortuoso proceso de desarrollo. Un solo error podía dificultar gravemente el objetivo. Un solo error podía retrasar nuestro compromiso de funcionamiento como pudo verse en otros ejemplos de organizaciones amigas.

La presión dentro del territorio español, debido a la primera infección secundaria fuera de África, era incluso mayor. Tuvimos, por todo ello, que crear estrictos protocolos específicos para proteger a nuestros trabajadores, nacionales o internacionales, y evitar errores. Gracias a Médicos sin Fronteras por la colaboración inestimable en las guías de apertura y funcionamiento de esos protocolos. Gracias a Cruz Roja por la colaboración en España y por su valor al abrir el centro de Kenema, que tanta experiencia añadida prestó a las otras organizaciones. Elegimos los protocolos más estrictos, sabíamos que para sostener un centro necesitábamos mucho personal no entrenado. Debíamos crear un sistema extremadamente

seguro a contrarreloj. Gracias al departamento de logística y seguridad de Médicos del Mundo por hacer un trabajo tan concienzudo en tan poco tiempo.

Como en todas las grandes emergencias, la capacidad de respuesta del débil sistema sanitario local estaba ampliamente sobrepasada. Necesitábamos cientos de trabajadores internacionales.

El Gobierno Noruego había firmado un acuerdo de colaboración con DFID, incluso antes de conocer quién iba a encargarse de la gestión clínica del centro de tratamiento, para suplirlo de suficiente personal capacitado. El trabajo infatigable y el valor de sus trabajadores es inestimable. Gracias por realizar un trabajo de planificación y ejecución y gracias por la mesura y la confianza en un contexto tan difícil.

La protección de los trabajadores en un centro de tratamiento o aislamiento se sostiene fundamentalmente con el trabajo del equipo de control y prevención de la infección. Gracias a Solidarites y Oxfam Internacional, en Moyamba y Koinadugu, por ser nuestra parte “wash”, y a todo su equipo por formar parte de este complejo entramado que nos permitió, por ejemplo, abrir el centro en un tiempo record de 11 días desde su entrega.

Sin su trabajo abnegado nunca habríamos conseguido que no hubiera ninguna infección de trabajadores del centro.





Cientos de trabajadores internacionales se han desplazado a Sierra Leona para apoyar en distintos campos en la respuesta de la epidemia, debería nombrar a cada uno de ellas y ellos, por su profesionalidad y trabajo. Tan solo decir que, seguro, sin cada uno de ellas y ellos, sin su esfuerzo y confianza, el control del brote no hubiera sido posible.

Gracias a todas las organizaciones, ayuntamientos y financiadores privados que con sus contribuciones nos ayudaron en la intervención.

Finalmente, una mención especial para el pueblo de Sierra Leona, verdaderos héroes de esta historia, porque sin su trabajo para sostener la salud de su pueblo, hoy no estaríamos en esta reunión.

También decir, de parte de la comunidad internacional, en la parte que nos concierne: lo sentimos. Sentimos no haber sido capaces de mejorar suficientemente el sistema sanitario durante todos estos años. Sentimos no haber podido crear un sistema de salud pública suficientemente capaz de controlar el virus en fase temprana. No

haber sido capaces de haber trabajado más y mejor en la prevención, tratamiento y control de enfermedades que nos acompañan desde hace décadas, no haber creado vacunas, tratamientos, no haber invertido lo suficiente en salud primaria y salud pública para haber evitado sufrimiento y muertes previsibles.

La mortalidad del brote en África Occidental ha sido cercana al 60%, pero con un tratamiento sintomático intensivo precoz desciende por debajo del 20%.

En enero de 2015, el número de casos bajó bruscamente de casi 1000 casos a la semana en los tres países afectados a menos de cien, con una línea descendente que nos ha acompañado hasta el “ebolazero”. Pero el trabajo no acaba ahí. Es tan solo un punto y seguido.

En enero de 2015 pudimos comenzar finalmente programas preventivos en nuestros proyectos en Senegal y Malí con la financiación de AECID.

Hoy existe una vacuna prometedora que se ha desarrollado en un tiempo record.

El panorama actual

A día de hoy, sólo el 50% del personal sanitario del país está activo y el 74% de las y los habitantes considera que la situación de salud es peor que hace un año.

El virus que mató a miles de personas también alejó a la población de los centros sanitarios por el miedo a la infección. Se ha producido una dramática reducción de la utilización de estos servicios en Sierra Leona que se cifra en un 70%, comparado con la situación pre-ébola. También un descenso en un 60% de la tasa de vacunación infantil y actualmente sólo la mitad de la población solicita asistencia sanitaria cuando se enfrenta a un problema de salud.

Más de 3,5 millones de personas están en riesgo debido a las necesidades insatisfechas de salud que aquejan al país.

De los miles de supervivientes de ébola, un 90% perdieron a familiares durante el brote. De media, cada superviviente ha perdido a cinco de ellos. Un 74% de los hogares afectados por la enfermedad han perdido al cabeza de familia y su fuente principal de ingresos. Quienes han sobrevivido se sintieron estigmatizados en un 29% de los casos, lo que potencia su sentimiento de soledad. Afortunadamente, este rechazo fue disminuyendo

con el paso del tiempo, de tal manera que sólo un 13% se sigue sintiendo discriminado/a en la actualidad. En esta disminución del rechazo ha sido clave el papel del personal sanitario, higienistas y trabajadores/as sociales locales, que se han encargado de concienciar a las poblaciones y derribar mitos sin base real. Pero aún podemos hablar de una sociedad estigmatizada en su conjunto

Hemos retrocedido años en los tímidos avances alcanza-

dos, la mortalidad por enfermedades comunes se ha disparado durante la epidemia. Solo la malaria, enfermedad tratable, ha producido más muertes previsibles que el propio ébola. Las intervenciones quirúrgicas han disminuido en algunas áreas al 20% de la débil



capacidad local. La mortalidad materno-infantil se ha vuelto a disparar por la falta de confianza y asistencia a los controles de la población en riesgo y por la actual escasa capacidad del sistema sanitario. Las consecuencias del brote aún no están completamente cuantificadas y tardarán años en resolverse. Comienza ahora un largo trabajo para crear las condiciones necesarias para que esto no vuelva a ocurrir.

Conclusiones

La epidemia de ébola ha puesto de manifiesto muchos mecanismos que no funcionaron como la investigación, la prevención, la alarma y la respuesta precoz, las regulaciones internacionales de salud, la preparación de los países, el concepto de seguridad en salud global y la gobernanza de las emergencias sanitarias.

Mejorar los sistemas de salud es el elemento capital para evitar caer de nuevo en estos graves errores.

Pero sobre todo, ha puesto de nuevo de manifiesto que, a pesar de los esfuerzos, el derecho a la salud es hoy aún

más desigual en algunas partes del mundo y que existen poblaciones especialmente vulnerables. Las crisis son oportunidades, no dejemos de aprovecharlas y sigamos adelante con este triste impulso de situar en el mundo la realidad de los países desfavorecidos.

Mejorar el acceso a la salud de esas poblaciones es nuestro objetivo y seguiremos trabajando para ello con la colaboración de todos y todas. **Si queremos, como se ha demostrado en esta intervención, juntos podemos hacerlo.**



Informe de Rendición de Cuentas Emergencia ébola

Nuestra Intervención en los Distritos de Moyamba y Koinadugu en la Epidemia de ébola, Sierra Leona 2014-2015 y actividades preventivas en Mali y Senegal

Unidad Respuesta al ébola. Médicos del Mundo

La epidemia de ébola en África Occidental 2014-2015

La declaración oficial del inicio de la epidemia en Guinea ocurrió a finales de marzo de 2014, aunque el primer contagio fue en diciembre de 2013 en una zona rural muy aislada al sur de Guinea cercana a la triple frontera con Liberia y Sierra Leona. Hasta la fecha han pasado casi dos años. En el medio quedan 28.571 personas infectadas, más de 11.000 fallecidas, tres sistemas de salud aún más colapsados que al principio de la epidemia y tres países que han quedado prácticamente paralizados por el miedo y las medidas de seguridad para controlar la enfermedad.

En Sierra Leona el primer caso se reportó apenas un mes después, en marzo 2014. Rápidamente el virus comenzó a viajar por todo el país, probablemente porque el foco se encontraba en una zona de minería con mucho tránsito de personas, hasta convertir a Sierra Leona en el país con más casos alcanzando la cifra de 14.222 contagios y 3.955 muertes.

Durante demasiados meses el brote de ébola continuó creciendo exponencialmente ante el silencio y la pasividad de la comunidad internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los donantes a pesar de las llamadas de atención repetidas que se hicieron desde Médicos Sin Fronteras y otras organizaciones. Los esfuerzos por controlar la epidemia se llevaron un número demasiado grande y doloroso de personas sanitarias locales; que sin los medios, recursos, ni conocimientos necesarios sobre los virus, se infectaron por contacto directo en cumplimiento de sus labores sanitarias.

El 8 de agosto de 2014, es decir, ocho meses después del primer caso, cuando los contagios ya eran más de 1.500,

la OMS declaró por tercera vez en su historia la “Emergencia de Salud Pública Internacional”. Claro, que para entonces los primeros ciudadanos europeos contagiados ya habían sido repatriados en medio de un caos informativo. El miedo se había instalado entre la ciudadanía europea y la epidemia estaba fuera de control.

A partir de septiembre (coincidiendo con la intervención del presidente Barak Obama en Naciones Unidas) la respuesta de la comunidad internacional amenazada fue masiva. Se movilizaron equipos especializados de todas partes del mundo, hubo disponibilidad de fondos sin reparos, y todo el sector humanitario, los gobiernos, y hasta los ejércitos de algunos países asumieron la responsabilidad de lo que estaba pasando, dando atención sanitaria a las personas afectadas e intentando controlar la enfermedad. La OMS, muy criticada hasta entonces por su pasividad, intentó asumir un liderazgo operativo que hasta entonces nunca había tenido, comenzando la coordinación de la respuesta internacional, y prestando apoyo a los gobiernos de los países afectados.

Sierra Leona fue declarada libre de ébola el 7 de noviembre. Guinea lo será (de no haber nuevos contagios) el 28 de diciembre. Y Liberia, después de haber sido declarada libre de ébola en dos ocasiones, ha afrontado su tercer rebrote en noviembre 2015 con 3 contagios, un fallecido y 150 personas en cuarentena hasta hoy.

El virus del ébola se mantiene en reservorios naturales en los países a los que afecta.



Médicos del Mundo en Sierra Leona

Médicos del Mundo trabaja en Sierra Leona desde el año 2001, cuando abrimos misión tras la trágica guerra civil de 10 años conocida como “La guerra de los Diamantes”. Desde entonces, trabajamos en el país, un estado frágil, que a pesar de los éxitos macroeconómicos de los últimos años muchos consideran una emergencia crónica compleja. Implementamos proyectos de Atención Primaria de Salud, Salud Sexual y Reproductiva, Agua y Saneamiento, entre otros, en el distrito de Port Loko primero (al sudoeste del país) y en Koinadugu (al norte) desde 2006.

Nuestro modelo de trabajo en el país era un modelo clásico MDM: Proyectos de fortalecimiento de Atención Primaria de Salud, por medio del fortalecimiento del Sistema Público de Salud, haciendo especial énfasis en la temática de Salud Sexual y Reproductiva y promoviendo la participación activa de la comunidad siempre desde un enfoque de género e interculturalidad.

En junio de 2014 estábamos finalizando la ejecución de un proyecto plurianual financiado por la Unión Europea que consistía en apoyar a la Dirección de Salud del Distrito de Koinadugu para implementar el Paquete Básico de Servicios de Salud Reproductiva e Infantil que el Gobierno de Sierra Leona había lanzado como parte de la *Free Health Care Initiative* (Iniciativa de Atención Sanitaria Gratuita) en 2010.

Este proyecto había tenido muy buenos resultados, y era muy reconocido por el Ministerio de Salud y otros actores del sector; principalmente por haber conseguido que 8 centros de salud rurales certificaran el estándar BEMONC (Basic Emergency Obstetric and Newborn Care) y por el profundo trabajo de salud comunitaria que se había realizado articulando una red de más de 500 pro-

motores y promotoras de salud, comités de Salud, partes y traditerapeutas.

No obstante, atravesábamos serias dificultades económicas para dar continuidad a nuestra labor en Sierra Leona, y nos encontrábamos valorando la posibilidad de, tras 10 años de presencia, cerrar la misión en el país. Se estaban realizando contactos con Doctors of the World UK para, a través de la cooperación británica, dar continuidad a nuestros proyectos en el país. Es en aquel momento, ante la situación que se estaba dando en la zona sureste

del país afectada por casos de ébola, cuando Médicos del Mundo comenzó a poner en marcha las primeras medidas de Prevención y Control de la Enfermedad, y Movilización Social en Koinadugu donde hasta entonces no se habían producido contagios. Fue al mismo tiempo, al declararse la epidemia, cuando se inicia un trabajo de prevención del ébola en el que participan autoridades sanitarias, autoridades tradicionales, personal de salud bajo el liderazgo del DMO (*District Medical Officer*) al que acompañamos incondicionalmente y en una relación de con-

fianza mutua, establecida durante años, en el proceso de preparación del distrito para la llegada de casos.

La situación geográfica del distrito (rodeado de montañas), las condiciones climáticas, la dispersión de la población y el contexto rural, son factores que sin duda hicieron que la epidemia no avanzara con tanta rapidez como en el resto del país. Pero en esta casuística multifactorial preventiva tenemos que citar sin duda el trabajo del ministerio y sus contrapartes así como la implicación de la comunidad como un factor más de contención de la epidemia en sus estadios iniciales.



En septiembre de 2014 comenzaron los contactos con DFID, la agencia de cooperación internacional del gobierno británico, a través de Doctors of the World UK. DFID se había convertido por entonces en el principal actor internacional en la respuesta a la emergencia en Sierra Leona (no sólo por ser el principal financiador, sino también por los recursos operativos desplegados) y había asumido la responsabilidad de garantizar tratamiento a la enfermedad por el virus del ébola para 10.000 pacientes, lo cual significaba la apertura de 10 Centros de Tratamiento de Ebola (ETC) con capacidad para 100 camas cada uno en todo el país.

DFID ofreció a Médicos del Mundo/Doctors of the World la gestión de uno de estos diez ETC y los fondos para ello.

Tras varios años trabajando atención primaria de salud y fortalecimiento institucional, de meses trabajando Prevención y Promoción de la Salud en un distrito no afectado (Koinadugu), añadíamos un nuevo modelo de intervención de asistencia directa de pacientes positivos de EVD (*Ebola Virus disease*) en un nuevo distrito que no conocíamos: Moyamba. Los otros pilares de control de la epidemia estaban cubiertos por otras organizaciones. El reto no hacía más que comenzar.



Centro de Tratamiento de Ébola de Moyamba

Para Médicos del Mundo España la decisión de entrar a trabajar en Moyamba en la atención directa de pacientes positivos de ébola no fue fácil. No sólo por las precauciones y temores a una enfermedad a la cual hasta entonces nunca nadie excepto MSF se había enfrentado de modo directo y a escala; sino también por las precauciones respecto a nuestras capacidades operativas para afrontar una intervención de este calibre.

Finalmente, tras muchas horas de reflexión y debate, por coherencia, compromiso con las personas de Sierra Leona y nuestro mandato humanitario, asumimos el desafío.

También es cierto que DFID nos daba algunas garantías más. No sólo sería el personal de ingeniería de la Royal Army quien construiría el ETC, ni solo serían los fondos que DFID nos aportaba. También se nos garantizaba el suministro de los equipos de protección personal, descartables, medicamentos y otros insumos.

El prestigioso *Centre for Disease Control and Prevention* de Atlanta, EEUU, se haría cargo del laboratorio.

El Ministerio de Salud de Noruega había firmado un acuerdo con el gobierno británico para proporcionar personal sanitario cualificado para el ETC y el Ministerio de Salud Sierra Leonesa (que hasta entonces habían asumido la respuesta completa) cedió y facilitó la presencia de personal sanitario y no sanitario para completar el equipo.

Llegamos a un acuerdo con la ONG francesa Solidarités International, experta en agua y saneamiento, para completar toda la gestión *WASH* del ETC mientras Médicos del Mundo se centraba en la gestión clínica.

Todas las piezas estaban en su sitio en un tiempo record. Médicos del Mundo asumiría el liderazgo de un complejo y potente equipo internacional multidisciplinar capaz de cubrir todos los servicios que el centro demandaba.

El Centro de Tratamiento de Ébola de Moyamba se puso en marcha el 19 de diciembre de 2014. Con una capacidad total de 100 camas, estas se podían abrir progresivamente en función de lo que las necesidades epidemiológicas fueran marcando.

Bajo coordinación de Médicos del Mundo, el *staff* del centro ha estado conformado por una media de 35 personas expatriadas en rotaciones de 6 semanas, y alrededor de 150 trabajadores y trabajadoras sierra leonesas.

Fueron admitidas en total 106 personas “sospechosas de ébola”, de las cuales 33 resultaron ser positivas, confir-

madadas por laboratorio.

Se produjeron veinticuatro muertes y fueron dadas de alta ochenta y dos personas con 8 readmisiones. Sobrevivieron 15 personas, lo cual significa que la tasa de letalidad de la enfermedad en el ETC de Moyamba ha sido del 45%.



Y en Koinadugu aparecieron los casos. Se abren los Holding Centers

En Koinadugu seguíamos trabajando en nuestro programa regular y se había conseguido que la UE (Unión Europea) nos permitiera utilizar una parte de sus fondos para prevención del ébola en nuestra área de intervención que era todo el distrito de Koinadugu. Durante gran parte del año se había mantenido libre de ébola, el primer caso llegaba a principios de octubre en el Chieftdom de Nieni, una zona en la cual MDM había trabajado mucho y conocíamos bien.

A partir de entonces, el DERC (*District Ebola Response Consortium*) dispuso la apertura de un Centro de Aislamiento en la aldea de Kumala.

Inicialmente, se utilizó la Escuela Primaria de la localidad como *Community Care Centre* (Centro de Cuidado comunitario), es decir, que la propia comunidad debía ocupar-

se del aislar y prestar cuidados básicos a las personas sospechosas de ébola.

Era evidente para Médicos del Mundo que la comunidad no estaba preparada para esto y que este formato aumentaba el riesgo de contagios secundarios.

A partir de finales de noviembre, el Ministerio de Salud y sus contrapartes –Médicos del Mundo (la gestión clínica) y Oxfam (la gestión *wash*) -, lo transformaron en un *Holding Centre*, es decir, Centro de Aislamiento.

Los equipos médicos conformados por sanitarios y sanitarias locales, la Unión Africana, personal de Médicos del Mundo y Oxfam se harían cargo de cribar según la definición de caso, aislar a los probables casos de ébola y reportar al DMO de Koinadugu los avances de trabajo.

En un *Holding Center* se mantiene a los casos sospechosos aislados hasta que se confirma o se descarta un caso de ébola por laboratorio mediante una PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

En el centro se tomaban las muestras que se mandaban a analizar al laboratorio más cercano en la ciudad de Makeni a 200 km. Una vez recibidos los resultados, las personas con resultados positivos se derivaban al ETC de la misma ciudad. La estancia media de ingresos en Kumala ha sido de 4-5 días. Mientras estaban en el *Holding Center* , las y los pacientes recibían tratamiento de soporte como si fueran casos de ébola confirmados (antimaláricos, antibióticos, ORS, paracetamol).

Dentro del mismo consorcio financiado por DFID, se construyó un nuevo *Holding Center* , el “New Kumala,” con el mismo formato que un ETC y capacidad para 15 camas ya que la escuela que funcionaba hasta entonces no reunía todas las condiciones de seguridad que se requerían.

Posteriormente, se construyó un segundo *Holding Center* en Kasumpe, 5 kilómetros a las afueras de Kabala, ciudad capital del distrito. El objetivo de este segundo centro de aislamiento, con condiciones semejantes al de Kumala, era evitar que los casos sospechosos de ébola entraran en el hacinado Hospital de Kabala y aislarlos en un sitio seguro. El Hospital de Kabala había estado 21 días inoperativo por la gestión inapropiada que se hizo en la admisión de un caso positivo.

En los *Holding Centers* de Koinadugu se admitieron un total 170 personas, de las cuales 70 fueron positivas y

derivadas al ETC de referencia para que recibieran tratamiento completo. Se produjeron 24 defunciones de pacientes a la espera de confirmar PCR y poder ser derivados. De estas muertes, 16 fueron causadas por el virus confirmado y 8 por otras causas no atribuibles al ébola.

Por otro lado, como se venía haciendo desde junio de 2014, se continuó trabajando en Prevención y Control de la Enfermedad y en Promoción de la Salud a través de una planificación conjunta con el DMO en el que se constituyeron grupos de trabajo que desarrollaban los pilares de control de la enfermedad.

Este es el programa que se desarrolla hasta día de hoy simultáneamente en todo el país a través del *Ebola Response Consortium* , un partenariado con el Ministerio de Salud local de alrededor 15 organizaciones internacionales, de las cuales cada una es implementadora en un distrito.

Médicos del Mundo asume este papel en Koinadugu. El proyecto ha tratado desde sus inicios de mejorar las condiciones de higiene, bioseguridad y prevenir la expansión de la enfermedad en los 70 centros de salud rural del distrito y en las comunidades de las zonas más afectadas.

Con el personal de salud se realizan formaciones y supervisiones en diagnóstico seguro, síntomas diferenciales, vigilancia epidemiológica, aislamiento de casos sospechosos y derivación segura. También se trabaja en educación para la salud con la comunidad y en reforzar los sistemas comunitarios de vigilancia epidemiológica y alerta rápida. Este proyecto seguirá operando hasta marzo de 2016.



Dos proyectos con inicios diferentes que confluyen

En Moyamba, las medidas puestas en marcha en colaboración con el Ministerio de la Salud y con otras organizaciones presentes en la zona dieron resultado de modo sorprendentemente rápido. El número de casos no aumentó y se mantuvo en lo esperados de una comunidad rural. Al mismo tiempo, al disminuir la presión de los casos importados del oeste (como consecuencia del desarrollo de la intervención en todo el país), el ETV de Moyamba fue puesto en *stand by* en abril de 2015.

Se modificó el proyecto y se añadieron nuevas actividades comunitarias al excelente trabajo realizado por otras organizaciones. Lo primero que se puso en marcha fue la intervención psicosocial. El equipo psicosocial había teni-

do un papel muy importante dentro del ETC dando apoyo a las y los pacientes, sus familias y acompañando a quienes sobrevivían cuando volvían a sus casas. Por lo tanto, se nos conocía y gozábamos de aceptación. Se comenzó a trabajar en las comunidades más afectadas para reforzar el tejido social-comunitario. El ébola no sólo traía contagios y muertes, también miedos, desconfianza y discriminación. Se comenzaron a realizar talleres para explicar la enfermedad, desterrar mitos y rumores, recuperar la confianza mutua dentro de la comunidad, y reforzar la aceptación y confianza en los equipos sanitarios (locales y expatriados) que hasta entonces se había perdido.



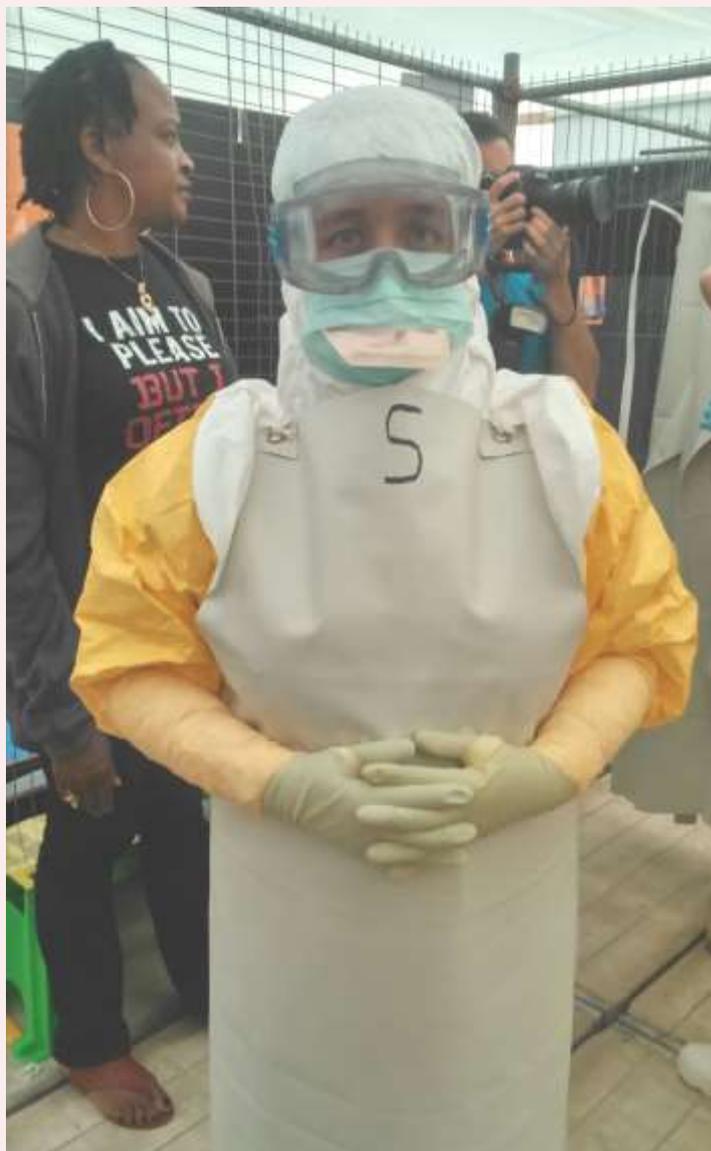
Se comenzaron a realizar formaciones también en los centros rurales de salud, similares a las que se hacían en Koinadugu en Prevención y Control de la Enfermedad. Se realizaron formaciones en higiene, diagnóstico diferencial, clínica y definición de caso, atención segura a posibles pacientes, entre otras relacionadas siempre al ébola específicamente y enfermedades infecciosas en general. En una tercera fase también se abordó la atención segura en salud sexual y reproductiva en contexto ébola. Hay que tener en cuenta que muchas mujeres embarazadas no eran atendidas por el personal sanitario, ya que el riesgo de contagio aumentaba por la cantidad de fluidos que hay durante el parto.

Se apoyó a las campañas de vacunación. Desde que se declarara el ébola, la vacunación fue considerada una práctica de riesgo drásticamente interrumpida. Durante casi un año no se realizaron vacunaciones. Se desconoce el impacto real que esto pudo haber tenido en la morbi-mortalidad infantil, pero se evidenció un aumento dramático de la mortalidad infantil registrada con datos reales probablemente peores que los notificados.

Tres semanas después de que el ETC sea puesto en estado de *stand by*, el centro volvió a estar operativo, esta vez con las funciones de Centro de Aislamiento o *Holding Center*, con exactamente las mismas características que los centros que operábamos en Koinadugu. Durante esta segunda fase se admitieron en el Moyamba *Holding Center* 43 casos sospechosos, siendo todos negativos.

Se apoyó a las autoridades del Distrito de Moyamba en la campaña *Back to School* para que los niños y niñas retornaran a clases en las escuelas de forma segura. Se pusieron medidas de higiene, se impartió formación a profesorado y alumnado, y se trabajó con el equipo psicosocial acerca de cómo gestionar la educación durante el ébola. Uno de los efectos de la epidemia ha sido el aumento de los abusos sexuales y la explotación sexual infantil, dejando principalmente a las niñas en una situación de especial indefensión ante estas situaciones.

Finalmente, dispusimos de medios técnicos y algunos recursos para apoyar a las autoridades distritales, *District Ebola Response Comitte* y *District Health Medical Team*, en la coordinación de la respuesta a nivel distrital.



Por su parte, en Koinadugu, a las operaciones en los *Holding Centres* y las actividades de Prevención y movilización comunitaria, sumamos desde mediados de año acciones psicosociales y apoyo institucional al DERC y DHMT (*District Health Medical Team*).

En ambos distritos se realizó un estudio de situación sobre la de aquellas personas que han sobrevivido a la enfermedad desde un punto de vista clínico, psicológico y social. Estos estudios tuvieron mucho impacto a nivel nacional y a partir del ellos la OMS y el Ministerio de Salud pusieron en marcha un Programa de Atención Integral a Supervivientes.

Médicos del Mundo jugó un papel muy importante en este sentido y ha sido la organización de referencia en ambos distritos.

Se pusieron en marcha clínicas móviles para atención de las y los supervivientes. Se apoyó al programa nacional para cribado de Uveitis, una enfermedad oftalmológica degenerativa que puede llevar a la ceguera rápidamente, con alta prevalencia entre supervivientes de ébola.

Se creó un sistema de referencias hacia el *Connaught Hospital* en Freetown, centro de referencia para supervivientes con complicaciones. Y se continuó prestando atención psicológica a supervivientes, familiares y familias de no supervivientes, trabajando su integración y aceptación en sus comunidades y haciendo incidencia política sobre sus condiciones de vida.

En resumen, En Moyamba MDM comenzó en un distrito nuevo con un proyecto asistencial incluido en el marco

de intervención global y poco a poco se integró en el resto de actividades extrahospitalarias.

En Koinadugu, Médicos del Mundo que estaba trabajando ya desde hacía varios años en el distrito inició su intervención en ébola desde la prevención y promoción de la salud en atención primaria y a nivel comunitario pero la aparición de casos hizo que la respuesta se ampliara con la gestión clínica de pacientes en los *Holding Centers*.

Llegamos a final de la epidemia de ébola con dos proyectos exactamente iguales en ambos distritos que combinan una serie de acciones asistenciales, con otras de fortalecimiento institucional y empoderamiento comunitario.



La respuesta al ébola en Sierra Leona en sus 4 fases

A lo largo de la epidemia, las acciones a nivel nacional se dividieron en 4 fases: emergencia aguda, Ébola 0, recuperación temprana (actualmente) y recuperación (un período de dos años hasta fines de 2017).

Probablemente, uno de los mayores aciertos de MDM-DoTW en la respuesta al ébola ha sido nuestra flexibili-

dad y capacidad para adaptarnos a cada fase de la emergencia de acuerdo a las condiciones del contexto, diferentes en ambos distritos, en función de la evolución epidemiológica y de las necesidades de actuación desde un punto de vista de salud pública.



Otro factor determinante ha sido que desde el inicio de la emergencia, teníamos y tenemos claro a dónde queremos llegar. Durante la fase de emergencia aguda, teníamos claro el objetivo: prestar asistencia sanitaria a las personas afectadas y controlar la enfermedad.

La segunda fase “ébola 0” ha sido el momento de mayor incertidumbre. Mientras que en Koinadugu y Moyamba llevábamos meses sin casos, otros distritos seguían reportando contagios. Se hizo un apoyo clínico al ETC de Port Loko.

Las políticas nacionales eran seguir trabajando exclusivamente en el control de la enfermedad. A nivel operativo, esto significó mantener unas acciones y medidas de contexto ébola, sin casos en nuestros distritos, pero siendo testigos de cómo el sistema de salud se había colapsado y no podía resolver las necesidades de salud de la población más básicas.

Actualmente, ya en la fase de recuperación temprana, iniciamos el trabajo para restablecer los servicios básicos de salud, manteniendo medidas activas y eficaces de vigilancia epidemiológica.

Se trata de crear un sistema de respuesta y aislamiento frente a enfermedades infecciosas de potencial epidémi-

co, ya sea ébola o cualquier otra enfermedad que requiera comunicación obligatoria (recordemos que Sierra Leona es endémico en cólera y fiebre de lassa).

Los indicadores de salud de Sierra Leona manifiestan un retroceso a niveles de la postguerra diez años atrás. Sólo por tomar un ejemplo la mortalidad materna es la más alta de mundo, estimándose una tasa de 1360 muertes maternas por 100.000 nacimientos con vida. Desde que se declaró la epidemia sabíamos que su impacto en el sistema de salud sería muy alto, y que pasado el ébola, deberíamos trabajar muy duro para recuperar los esfuerzos del pasado, y restablecer unos servicios de salud, ya de por sí precarios e insuficientes.

Tenemos claro desde antes de la emergencia que el papel que en esta fase de *recovery* queremos tener es el fortalecimiento del sistema público de salud en Moyamba, Koinadugu y en otros distritos si es necesario durante los próximos años.

Es nuestra forma de hacer la acción humanitaria, respondiendo en la emergencia, transitando el *continuum* hacia el desarrollo e incidiendo en las causas estructurales que generan vulnerabilidad. Y este es nuestro objetivo operativo en Sierra Leona y nuestro compromiso con la población y sus autoridades.

Los enfoques MDM, nuestro valor añadido a la respuesta en el país

A pesar de que la misión se enmarcó dentro de una emergencia muy específica como era el ébola; y que la respuesta requería, sobre todo en las componentes asistenciales, una intervención vertical bajo condiciones de seguridad muy estrictas, en todo momento se tuvieron en consideración los enfoques que constituyen la seña de identidad de MDM en acción humanitaria.

Desde el enfoque de derechos humanos, apoyar a los ministerios de Salud para garantizar las condiciones que aseguren el derecho a la salud de las personas forma parte de nuestro mandato.

En Koinadugu ya teníamos una posición muy cercana a las autoridades de salud del distrito y hemos trabajado estrechamente en todo momento. En Moyamba éramos un actor nuevo y trabajamos por crear este espacio de confianza. Para conseguir alinearnos, compartimos información, favorecimos el empoderamiento del DMO y reforzamos su liderazgo para que pueda trabajar en la promoción y defensa del derecho a la salud de la población.

En este marco de refuerzo institucional se realizaron trabajos especialmente relevantes como el *Health Needs Assessment* (evaluación de necesidades de salud).

Fue liderada por DoTW, tanto en Moyamba como en Koinadugu.

Con esta evaluación, las Direcciones Distritales de Salud pudieron visibilizar el impacto que el ébola había tenido en la red sanitaria con datos basados en la evidencia.

Sus conclusiones no sólo fueron útiles para conocer la emergencia de salud pública que se ha producido a la sombra del ébola, sino también para incidir frente a donantes, agencias multilaterales, gobierno, entre otros, tanto por nuestra parte, como por parte del director de Salud Distrital que hizo propio el informe.

Se colaboró muy estrechamente con las autoridades locales. Se intentó implicar, preguntar y explicar a la comunidad todo lo relacionado con nuestras actividades para contar con su participación.

En ambos distritos se realizaron numerosas actividades, discusiones de grupo, ceremonias, siempre con el objetivo de romper las barreras de aceptación que los equipos de protección personal tenían.

Se puso especial atención en algunas actividades como los entierros o el trabajo con supervivientes.



Se tuvieron también en cuenta matices más concretos, como la confidencialidad de las y los pacientes. Se apoyó de manera especial a quienes sobrevivieron a la enfermedad, que se encontraron en posiciones de mucha vulnerabilidad, discriminación e instrumentalización. Trabajamos por reforzar su dignidad, el reconocimiento, la

integración y el acceso a ayudas indispensables para su sostenimiento. Prueba de ello es que hayamos contribuido a que en Moyamba se constituyera la Asociación de Supervivientes del Distrito de Moyamba.

Incorporamos el enfoque psicosocial entre los servicios asistenciales del centro. Se conformó un equipo, compuesto por personal local formado y coordinado por un Psicólogo expatriado.

En un principio, las funciones de este equipo eran prestar apoyo psicosocial a pacientes y su familias; así como hacer

seguimiento de cómo los equipos de expatriados se encontraban en un entorno de mucho estrés e incertidumbre. Este fue el gen de lo que posteriormente se convertiría en el *Psychocial Team* y nuestro trabajo psicosocial en las comunidades.

En cuanto al enfoque de género, decir que si bien se conoce que el ébola ha tenido un impacto bastante equilibrado entre hombres y mujeres infectados (45% - 55% ,según Unicef), sí se ha detectado que la mortalidad ha sido bastante mayor entre las mujeres, pues como hemos explicado al principio de este documento, su rol de cuidadoras y responsables de la casa ha provocado que hayan accedido a atención sanitaria más tarde con un estado más avanzado de enfermedad

(preocupándose primero por la salud de su familia y en última instancia en la de ellas). Lamentablemente, en grupos de mayor vulnerabilidad como las mujeres embarazadas contagiadas de ébola, la mortalidad tuvo un alcance dramático: se habla del 90%, debido a que la atención al parto se consideró una práctica de riesgo.



Durante gran parte del año se dejaron de atender partos, sobre todo los complicados, en centros de salud y hospitales. Sólo a principios de este año, se abrió el primer ETC para embarazadas con ébola.

Actualmente nos encontramos realizando una Evaluación de Género en la Respuesta al Ebola con el objetivo de valorar la sensibilidad al género en la gestión de casos, los protocolos de actuación y en el diseño y funcionamiento del ETC de Moyamba.

En cuanto al enfoque de interculturalidad, también hemos intentado que las instalaciones “Ébola”, tanto el ETC como

los *holding centers* fueran culturalmente aceptables en la medida de lo posible considerando las medidas de seguridad que la intervención requería. Tuvimos en cuenta cómo las personas transitaban de la medicina tradicional a la medicina científica trabajando con traditerapeutas y tuvimos especial respeto por las prácticas funerarias de la población buscando mecanismos para adaptarlas a las necesidades de salud pública. Los mensajes de sensibilización fueron especialmente cuidados para alcanzar nuestros objetivos.

Actividades preventivas en Mali y Senegal

El 29 de agosto de 2014 en Senegal y el 17 de octubre de 2014 en Mali se anunciaron los primeros casos de ébola. A partir de este momento, se fue informando de nuevos casos y algún fallecimiento en los dos países. Es en este contexto en el que, contando con el apoyo de la OMS, el *Center for Disease Control and Prevention* de los Estados Unidos (CDC), y multitud de actores internacionales, se actualizan los Planes Nacionales de Contingencia para la respuesta a la epidemia, desarrollándose a continuación acciones de formación para personal de salud y comunicación para las poblaciones. Pese a todos estos esfuerzos, la situación geográfica tanto en Mali como en Senegal situó a ambos países en una posición de alta vulnerabilidad frente a la propagación del ébola.

Médicos del Mundo llevaba trabajando en los Distritos de Bafoulabé y Kenieba (Malí) y Sédhiou (Senegal) desde hace más de 8 años en el ámbito del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud para la mejora de la atención primaria y los programas de Salud Sexual y Reproductiva.

El proyecto “Prevención de la epidemia de Ébola en la región de Kayes en Mali y en el sur de Senegal” que se puso en marcha financiado por la AECID en diciembre de 2014 y por un periodo de 6 meses, se planteó con un enfoque fundamentalmente preventivo y de preparación para la respuesta, con el objetivo de dotar a la población y a los servicios públicos de salud de los medios para prevenir posibles casos de ébola. A través de estas dos líneas de actuación se pretendió que la población contase con información suficiente sobre cómo evitar el contagio y que los y las profesionales de los servicios de salud contasen con competencias y medios materiales básicos necesarios para poder realizar las labores de detección temprana de casos, así como un adecuado seguimiento epidemiológico y desinfección en los lugares de procedencia, etc.

Como es habitual, este proyecto se trabajó en partnership con los ministerios de Salud maliense y senegalesa a través de dos distritos sanitarios en Mali (Bafoulabé y Kénieba) y dos en Senegal (Sédhiou y Kédougou).



La Misión Ébola en números

+ 600 mil

PERSONAS BENEFICIADAS EN SIERRA LEONA
57 MIL BENEFICIARIOS EN MALI Y SENEGAL

9 M€

9 MILLONES DE EUROS EJECUTADOS
+600 MIL € EJECUTADOS EN MALI Y
SENEGAL

Moyamba

103

PACIENTES POSITIVOS DE ÉBOLA
TRATADOS

450

TRABAJADORES HUMANITARIOS
150 INTERNACIONALES
300 LOCALES

+300

CASOS SOSPECHOSOS DE ÉBOLA
CRIBADOS

695

TRABAJADORES DE SIERRA LEONA
FORMADOS EN SALUD

5

BASES

La Misión Ébola en números

Clinical DATA: Patients admitted in MDM ETC and HCs

	Moyamba ETC 24/12/2014 31/03/2015	MOYAMBA HC 22/04/2015 08/11/2015	TOTAL NUMBERS Moyamba	OLD KUMALA HC 31/10/2014 31/03/2015	NEW KUMALA HC 25/04/2015 01/11/2015	KASUMPE HC 03/04/2015 02/11/2015	TOTAL NUMBERS Koinadugu
Total Admissions	106	43	149	139	5	26	170
Total Deaths	24	0	24	18	2	6	26
Total Discharges	82	43	125	69	3	20	92
EVD confirmed	33	0	33	70	0	0	70
EVD survivors	15	N/A	15	N/A	N/A	N/A	N/A

Outreach Activities: IPC and Survivors clinics

Training on the new national guidelines on Infection Prevention Control (IPC):	
Health staff; health staff volunteers; cleaners, screeners	576
TBA	62
CHOs	22
DHMT	25
Partners	10
Total number of people trained	695

Survivor Clinic in Moyamba and Koinadugu District:

Clinical assessment and follow up of EVD survivor:

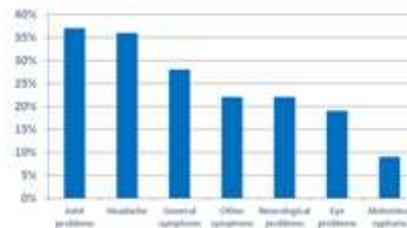
- Moyamba 96 survivors
- Koinadugu 43 survivors



Médicos del Mundo - MDM
Assessment on Survivors' needs 2015

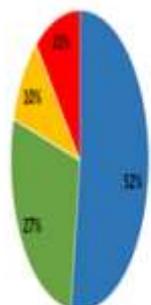
Medical Findings and Recommendations

96% of all survivors interviewed present medical complications.



- Severe cases to be identified and referred urgently
- National/District health plan for all EVD survivors
- Information campaigns & spaces for discussion
- PHU should play a key role in medical and mental health treatment and monitoring

Mental Health and Psycho Social Support during EVD outbreak

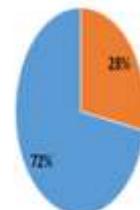


EVD main impacts mentioned by survivors

- ✓ 47% - Multiple loss of family members
- ✓ 42% - Loss of Livelihoods
- ✓ 15% - Psychological feelings and status (discouragement, bad feelings, abnormal behavior, unhappiness and trauma)
- ✓ 9% - Medical complications
- ✓ Only two survivors (2%) gave positive answers EVD impact

Personal, medical, social and economic impact

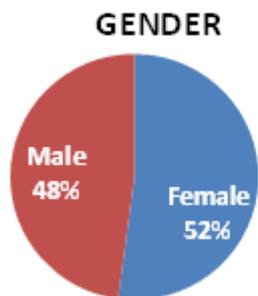
- loss of family members
- loss of livelihoods
- medical complications
- lack of autonomy/incapacity to provide for families: psychological problems



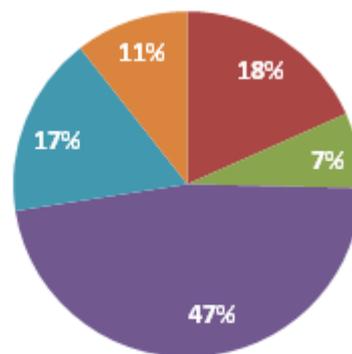
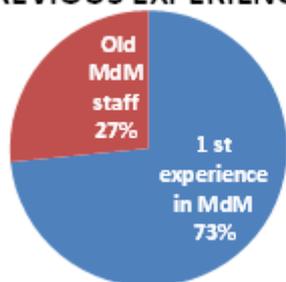
All survivors having declared stigma are mainly from Fakunya, Kaiyamba, Kori.

La Misión Ébola en números

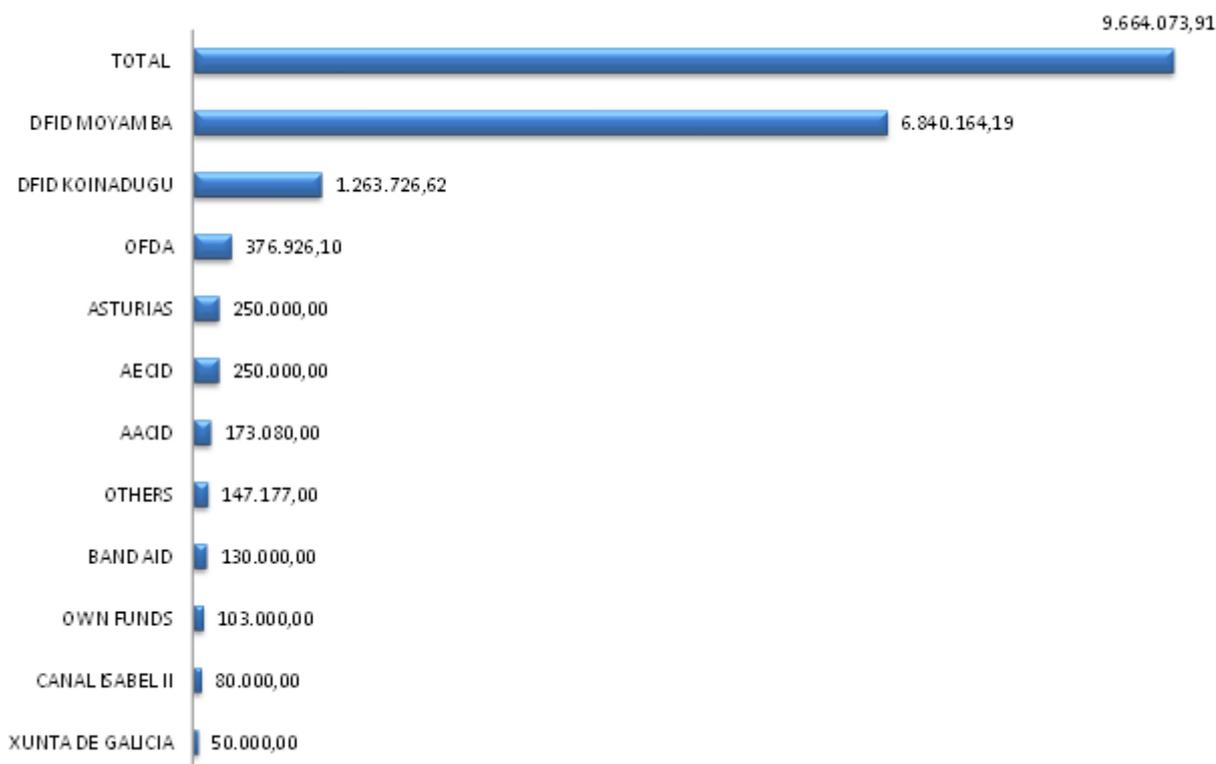
Human Resources: International Staff 142 expatriates



PREVIOUS EXPERIENCE IN MdM



Funding: Contributions by donors



La Misión Ébola en números

Accountability: how funds have been spent?



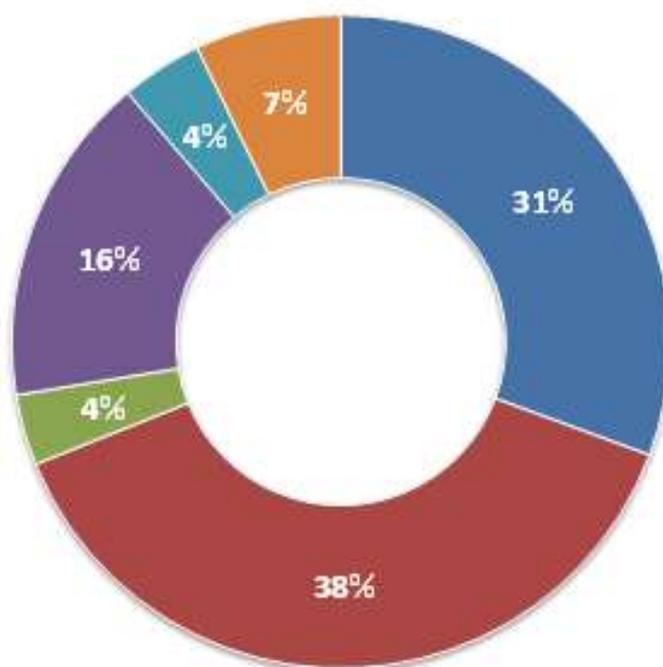
1)Operational Costs:

- International Staff
- Local staff
- Clinical actions
- Trainings
- IPC
- Social Mob

2)Running Costs

- Fleet Management
- IT
- Rent (guest, house-office. Etc)
- Supplies
- Fuel
- Others

Accountability: Operational Cost



- LOCAL STAFF
- INTERNATIONAL
- TRAINING
- CLINICAL
- SOCIAL MOB
- IPC

La Misión Ébola en números

La respuesta al ébola significó una de las mayores intervenciones en emergencias en la historia de Médicos del Mundo. Se ejecutaron en un año más de 9 millones de euros en Sierra Leona (entre todas las bases, todos los proyectos y los 3 socios) y más de 600.000 euros en Mali y Senegal. Pasaron por nuestros centros más de 150 trabajadoras y trabajadores humanitarios internacionales y 300 locales, se trataron 103 pacientes positivos de ébola, y se cribaron más de 300 casos sospechosos. Se realizaron formaciones y acciones de prevención e IPC (control y prevención de infecciones) en más de 150 puestos de salud. Se está dando seguimiento a casi 150 supervivientes que hay entre ambos distritos. Se han beneficiado de manera directa o indirecta de nuestros programas en Sierra Leona más de 600.000 personas, lo que constituye el 10% de la población de Sierra Leona y 57.000 más en Mali y Senegal.

Moyamba

Todo este esfuerzo no hubiera sido posible sin el apoyo de:

DFID/UK AID, Gobierno del Reino Unido-OFDA/ USAID -AECID /MAEC-Ayuntamiento de BILBAO-Ayuntamiento de OVIEDO-XUNTA DE GALICIA -CAJA NAVARRA-Ayuntamiento IRÚN-Ayuntamiento de HUESCA-BAN AID Fundation-PRINCIPADO ASTURIAS-Ayuntamiento de PERALTA-AACID / Junta de Andalucía-CANAL ISABEL II-AYUNTAMIENTO ZARAGOZA-Ayuntamiento de CASTRILLON-Ayuntamiento de SIERO -Ayuntamiento de AVILES-Ayuntamiento de LANGREO-FUNDACION OLYMPUS

Y sin la estrecha colaboración de:

Ministerio de Salud – Gobierno de Sierra Leona—National Ebola Response Comitee—Ministerio de Salud de Noruega—IHP International Humanitarian Partners—Ministerio de Sanidad Reino de España - Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Doctors of the World UK - Medecins du Monde France - Medecins du Monde Canada Medecins du Monde International-World Health Organization -Ebola Response Consortium International Rescuer Comitte - Solidarites International - Oxfam GB - Médicos sin Fronteras - Cruz Roja Española – CICR – BRAC - Universidad Tecnológica de Madrid Instituto de Salud Carlos III Escuela Nacional de Sanidad

Y gracias a todos los socios y socias, colaboradores y colaboradoras y voluntarios y voluntarias de Médicos del Mundo



TESTIMONIOS DEL PERSONAL SANITARIO

Cuando una persona decide dejar su trabajo, su vida cómoda y su día a día sin sobresaltos a cambio de marcharse a un país donde va a convivir con la enfermedad en una situación de emergencia es porque tiene las cosas muy claras. Ellos no lo dudaron. Viajar hasta Sierra Leona para luchar por la erradicación del virus del ébola y con el objetivo de cumplir con el compromiso adquirido con la población de Sierra Leona desde hacía diez años: luchar por su derecho a la salud. A cambio, condiciones durísimas, riesgo real de contagio en cualquier momento y sufrimiento alrededor. Pero así es su trabajo. Ellos y ellas son personal sanitario convencido que vieron en su viaje a Sierra Leona una oportunidad para cambiar las cosas, para ponerle cara a este virus salvaje.

Aquí nos cuentan su experiencia, sus luces y sus sombras, junto al sufrimiento de no poder tocar a sus compañeros durante semanas para evitar posibilidad de contagio. Pero a través de ese dolor han aprendido a ver la vida con optimismo. Su lucha contra el ébola ha sido una lección vital que volverían a aprender si fuera necesario. Nadie como ellos para dar un testimonio de primera mano.

AIRAM VADILLO

Psicólogo y enfermero

Trabaja como psicólogo en Koinadugu desde el pasado mes de julio en el proyecto postemergencia de respuesta al ébola, que culmina a finales de este año.

¿Cómo está siendo tu experiencia en el terreno?

Al llegar al distrito de Koinadugu (norte del país) el virus ya estaba controlado sin nuevos casos, lo que quedaba eran todas sus consecuencias. En el departamento psicosocial realizamos un estudio de necesidades sobre los supervivientes del virus y las familias afectadas por el brote.

Pese a que celebremos el fin de la epidemia del ébola, sus consecuencias y el lastre que han dejado continúan vigentes. Entre el trabajo que aún queda, hemos detectado en los familiares afectados por el brote que sus duelos ante la pérdida de sus seres queridos no han sido cerrados o normalizados, debido a varias razones: el dolor ante la pérdida se ve ensombrecido por la necesidad de cubrir su falta de seguridad alimentaria o la de tener un techo donde dormir. Además, los funerales no fueron de acuerdo a sus costumbres. El *Burial Team* (equipo de enterramiento) debía enterrar a los fallecidos por el virus según el protocolo de actuación para evitar contagio, lo que imposibilita a los familiares estar cerca en el entierro.

Nos queda también una estampa familiar en forma de desestructuración, orfandad y nuevas cargas familiares que dibujan un panorama nada halagüeño. Por último, el estigma y discriminación también ha existido en torno a los supervivientes del ébola.

Actualmente trabajamos con sesiones grupales de gestión sobre sus emociones, identificación de problemas comunes y búsqueda de soluciones. También en las próximas semanas haremos una serie de ceremonias con la finalidad de cerrar el duelo ante la pérdida y darles a sus seres queridos la despedida que merecen.

¿Qué está siendo lo mejor y lo peor de tu experiencia?

Lo mejor, las ganas del personal nacional en trabajar por



y hacia su comunidad, su valentía y hacer. Los verdaderos héroes no son sólo los supervivientes de ébola, también el personal sanitario sierraleonés. El trabajo de expatriado no tendría ningún sentido sin ellos.

Lo peor es el trato que recibe Sierra Leona. Este país ha sido maltratado durante muchos años, su sangrienta guerra civil y el cruel y déspota negocio de diamantes junto a la corrupción hacen que el país no merezca este trato. El virus hizo estragos a un país ya de por sí asfixiado y mermado.

¿Cómo era entonces un día normal?

No existieron días normales.

¿Y lo más complicado?

Lo más complicado fue la dificultad a la hora de acceder a los poblados afectados por el virus, porque llegar hasta ellos es realmente difícil.

Lo más bonito es saber que el trabajo psicosocial con los supervivientes y familias afectadas por el brote cobra sentido. Pese a ser un trabajo muy a corto plazo, dejamos la semilla para un cambio.

Sin embargo, la parte más gratificante es tener la certeza de que Sierra Leona, pese al trato inmerecido que recibe, posee a grandísimas personas con unas inmensas ganas de cambiar el rumbo del país. Esta gente son los incansables sierraleoneses, el personal nacional del que cualquier expatriado se sirve, y trabajo con y para ellos. Tengo la suerte de conocer a trabajadores locales que viven cada día con la ilusión de ver a su querida Sierra Leona con un futuro prometedor, esto es, el futuro que se merecen.

BEATRIZ SALAS MARTÍN

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Urgencias Rurales. Voluntaria en Médicos del Mundo Aragón en consulta de atención al paciente sin acceso al sistema sanitario, como coordinadora médica.

Trabajó en Koinadugu durante dos meses

¿Qué te convenció para ir?

El ébola se había convertido en un reto. En España era un auténtico desconocido y el pánico reinaba entre los servicios de salud cercanos. Mi compromiso con Médicos del Mundo en Zaragoza hizo que me postulara para la misión y enseguida tuve respuesta. No lo pensé mucho. Si tenía alguna duda, en cuanto hablé con Nico Dotta, responsable de RRHH del momento, se me disiparon.

¿Cuál fue tu experiencia durante el tiempo que trabajaste allí?

Muy positiva. El equipo con el que conviví y las experiencias como formadora de locales era muy gratificante. El entusiasmo con el que querían luchar contra el ébola era fantástico. Ganaderos, agricultores y trabajadores de granjas, que venían a formarse como higienistas para luchar contra el ébola y convertirse en los verdaderos héroes del mayor brote de ébola de la historia. Estar allí formándolos era un auténtico privilegio.

¿Qué es lo mejor y lo peor que te trajiste de allí?

Lo mejor, los compañeros y las experiencias compartidas con otros cooperantes de la organización. En Koinadugu trabajábamos mucho con locales, todos contratados por Médicos del Mundo, bien desde hacía tiempo, o bien solo para la epidemia. La posibilidad de poder integrarte en su sociedad y en su día a día y ser aceptados con tanto entusiasmo fue fantástica.

Lo peor, el llegarte a acostumbrar a la falta de contacto físico con otras personas y no echarlo de menos. Y la hipocresía de la discordancia norte/sur. La enorme cantidad de dinero que teníamos para erradicar la epidemia cuando la



comunidad internacional reaccionó, que fue algo tarde. La impotencia de no poder utilizarlo para mejorar su sistema sanitario de base.

¿Cómo era un día normal durante tu estancia?

Solíamos despertarnos a las cinco de la mañana con el canto del Iman, dormía hasta las 6,45h., con despertares intermitentes porque la cama o el catre no solían ser muy cómodos. Desayunábamos, y a las 7,30h. ibas hacia el centro de aislamiento. En Kasumpe dormíamos en una casa que se encontraba en Kabala, a casi media hora de Kasumpe. En Kumala íbamos andando desde el *base camp*. Pasábamos todo el día en el centro de aislamiento haciendo turnos con los otros compañeros. Al principio, el centro no estaba abierto y nos dedicábamos exclusivamente a la formación. A mitad de estancia, abrimos Kasumpe y seguimos formando personal (enfermeros e higienistas) hasta tener pacientes. Fue lo más duro, enseñarles a realizar un adecuado registro de enfermería, a controlar las entradas y salidas de cada uno, a coordinar turnos de mañana, tarde y noche.

Muchos días llegabas a casa o al *base camp* y ya era de noche. Cenábamos tarde, sobre las 22h., y normalmente todavía nos quedaban registros que cumplimentar, estadísticas, protocolos que modificar o presentaciones para la formación. Una hora o dos de trabajo de ordenador

tras una jornada de 16 horas. Física-mente era duro. Procurábamos después de cenar, tomar una cerveza bajo el cielo estrellado de Kabala, escuchar música, ver alguna peli o conversar con el resto, contando anécdotas de otras misiones.

¿Qué fue lo más complicado del trabajo? ¿Y lo más gratificante?

Lo más complicado, poner en marcha el centro en Kasumpe y acostumbrar al personal. La coordinación del trabajo con Oxfam a veces era difícil porque no tenían suficiente personal y esto conllevaba retrasos. O la búsqueda de agua: estuve en pleno apogeo de la estación seca, cuando más secos estaban los pozos. Había días que se planteaba cerrar el centro por no poder tener acceso al agua. Esto era complicado. Tuvimos que contratar camiones cisterna que se acercaban a algún río cercano y poder llenar los tanques de agua. Así que muchas veces, la cloración de aguas no se hacía en los tanques, sino en barreños de agua, ya que la afluencia de pacientes no era masiva, y la escasez de agua era abrumadora.

Trabajar de noche en el centro de aislamiento tampoco era fácil. La vida en el *base camp* de Kumala, al principio, cuando sólo había tiendas, también era complicada. En las tiendas hacía mucho calor todo el día. Sólo podías estar durante la noche y la fatiga y el cansancio solían apoderarse de ti.

RAQUEL CODESIDO TOURIÑO

32 años, enfermera y MA en Ayuda Humanitaria

Estuvo en Koinadugu seis semanas y dos en Freetown en 2015

¿Qué te animó a ir a Sierra Leona?

Creo que mi manera de pensar y entender la ayuda humanitaria encaja con los principios de Médicos del Mundo. Ese fue mi motivo principal. Me pareció la mejor organización para poder contribuir en la respuesta al ébola. Como enfermera, siempre tuve claro que mi principio era ayudar a los demás. Como cooperante, el hacerlo de un modo responsable y evitando causar daño, y Médicos del Mundo era la mejor organización para poder participar en una respuesta de tal envergadura y ayudar a quienes más sufrían en ese momento.

¿Cómo fue tu experiencia?

Pues la naturaleza de mi trabajo fue muy distinta en los dos lugares. En Koinadugu, como Coordinadora de Prevención y Control de Infecciones, di formaciones a personal del hospital y realizamos un asesoramiento de las PHUs, así como las actividades de movilización social relacionadas con prevención. En Freetown, en cambio, mi

La falta de comunicación cuando no funcionaba internet era complicada. Las llamadas sólo podían hacerse por teléfono satelital, con un retardo de cinco segundos. La responsabilidad médica en el *base camp* era sobre Médicos del Mundo y cuando cualquier cooperante de nuestra organización o de otra tenía criterios de aislamiento, el día se complicaba. Las med-evacuaciones improvisadas eran un gran reto, que finalmente subsanamos con éxito, aunque cuando sucedían, el nerviosismo era palpable.

La evacuación de un compañero de misión fue sin duda lo más difícil. Tener que aislar a un compañero y dejarlo en Kerry Town, lugar de recepción de los cooperantes con síntomas de probable caso de ébola, durante 48 horas, en un ambiente hostil, sin móvil, sin comunicación, sabiendo lo duro de las condiciones de este tipo de hospitales de campaña, era algo realmente terriblemente difícil.

Gratificante es todo una vez sales adelante en esas condiciones. Cuanto más te cuesta llegar a tu objetivo, mejor es, con lo cual, esta misión ha sido la más gratificante en la que he participado.



posición era menos técnica, era *liaison advisor*, y mi labor consistía en dar presencia a Médicos del Mundo en las reuniones de decisión que tenían lugar a nivel nacional.

¿Qué fue lo mejor y lo peor que te trajiste?

Lo mejor, todo lo relativo a ébola, desde el manejo de la respuesta a nivel nacional como a nivel de distrito, la coordinación a nivel de partenariados y consorcios y el haber conocido a una gente estupenda que espero siga en mi vida.



¿Lo peor? No sabría decir qué es lo peor... Quizás la imposibilidad del contacto humano y la sensación opresiva constante de las normas impuestas que se trataban, en realidad, de proteger tu propia seguridad y la de aquellos que trabajaban contigo .

¿Qué fue para ti lo más complicado y lo más gratificante del trabajo?

En Koinadugu a veces resultaba duro hacer entender el motivo de nuestra presencia en el hospital. En Freetown, las muchas horas de reunión podían hacerse duras en

ocasiones. ¿Lo más gratificante? Los resultados, ver que la gente sí atendía a lo que explicabas con interés, que terminaban dándose cuenta de que aquello que decías tenía sentido, no solo para ébola, sino para muchas otras enfermedades infecciosas. Y en Freetown la gente, los compañeros, haber tenido la oportunidad de conocer de primera mano a aquellos participantes en la respuesta desde su comienzo y ver que, aún cansados, había esperanza en sus ojos al pensar en el día en que se pudiese declarar el final de la epidemia.

JAVIER TENA RUBIO

Médico. Trabajó en el ETC de Moyamba entre enero y febrero de 2015 (seis semanas)



¿Por qué fuiste a Moyamba?

Empecé en el mundo humanitario hace 12 años. La anterior epidemia de ébola en la que había participado fue la de Angola, también con Médicos del Mundo, pero con una posición diferente, enfocada en la promoción de salud y distribución de productos para ayudar a contener la epidemia. Esta ocasión era una oportunidad de trabajar como médico asistencial, aunque con un enfoque también de salud pública, en un tipo de emergencia ya conocida, pero desde otro punto de vista, profesionalmente hablando. Aunque era una época planeada para tener vacaciones tras una última misión agotadora, el sufrimiento que esta epidemia estaba provocando no

podía dejarme de brazos cruzados a la espera de una misión más cómoda.

¿Cómo fue tu experiencia?

La combinación de emociones y sentimientos que se juntaron en tan poco tiempo fue infinita. En sólo seis semanas pude ver un país devastado por otras epidemias anteriores y por las consecuencias de la guerra, a poblaciones remotas y olvidadas, aunque también los ecos de esfuerzos internacionales por hacer mejorar algo la vida en el país en el pasado. La manera en que todo un país se enfrentó a un enemigo desconocido hasta la fecha, por superar los tabúes y seguir avanzando fue remarkable.



¿Qué aprendiste de todo ello?

Aprendí una vez más a intentar relativizar los problemas cotidianos, a priorizar los motivos por los que preocuparme en la vida.

Pero aprendí, sobre todo, a valorar la vida a través de los que lo han perdido y que se niegan a perder la esperanza.

¿Cómo era un día normal de trabajo?

Al principio de mi misión, trabajé como médico en el ETC. Después, según evolucionó —involucionó— la epidemia, tuve la oportunidad de apoyar al maravilloso equipo psicosocial en el acompañamiento de supervivientes de regreso a sus aldeas para reforzar los mensajes de salud a las comunidades. También participé en una evaluación de necesidades sanitarias para futuros proyectos postemergencia.

¿Qué fue lo más complicado del trabajo en Moyamba?

¿Y lo más gratificante?

Antes de ir, me había intentado preparar mentalmente para ver morir a pacientes. Para lo que no estaba preparado era para ver sobrevivir a pacientes que acababan de perder a una gran parte de su familia y, de la noche a la mañana, tenían que empezar de cero. Eso fue lo más complicado, pensar en qué sería de los supervivientes.

Muy gratificante fue el ver a supervivientes volver a sus comunidades cuando ya les daban por muertos y no solo no ser estigmatizados, si no su regreso ser celebrado de una forma tan emotiva que el recuerdo de las mujeres bailando, riendo y llorando al mismo tiempo aún me emociona. Pero, lo más gratificante de todo, recibir un video de Raúl, el coordinador de país durante mi estancia, con la noticia del fin de la epidemia... hace solo unos

CONCHA BONET

Pediatra

Trabajó en Koinadugu durante seis semanas en 2015 como coordinadora de dos centros de ébola





¿Qué te animó a ir a Sierra Leona?

El poder ejercer como médico en la epidemia más importante de las últimas décadas (aunque la tuberculosis, el SIDA y la malaria matan a mucha más gente).

¿Qué fue lo mejor y lo peor que te trajiste?

Lo mejor, los locales (como el doctor Moses), el campamento y las ganas que le echaban los de BRAC (Sr. Mawolo) y los expatriados jóvenes. Sin duda, el coordinador de proyecto, Jesús Cruz, y el coordinador de País, Raúl. El ingeniero Ian, de Oxfam. Personas de una talla personal y profesional increíbles. Lo peor, la falta de espacio para uno mismo y el estar siempre rodeada de tanta gente.

¿Qué aprendiste?

A resolver conflictos. A tratar ébola. A adaptarme a situaciones durillas. A ser tolerante, paciente y a saber esperar a que las cosas maduren por sí mismas.

¿Cómo era una jornada normal en tu trabajo?

Rutinaria, en el sentido de hacer que funcionasen los centros y las personas. Gracias a Jesús Cruz aprendí bastante de gestión de proyectos y a tener más paciencia de la habitual. Tenía que facilitar las relaciones entre muchos actores y ayudar a gente más joven a asumir retos a diario. También aprendí mucho de ellos.

¿Qué fue lo más duro y lo más gratificante de tu experiencia?

Lo más duro, lidiar con algún expatriado que no entendía los límites y se ponía en riesgo a sí mismo y al equipo. El conseguir no abandonar a los pacientes por medidas de seguridad que tenían solución. Lo más gratificante: el equipo. Ver florecer a los locales en su trabajo. Trabajar con todo tipo de nacionalidades, estamentos y profesiones en armonía. Poder ayudar en algo y, sobre todo, seguir los pasos de gente increíble que puso en marcha semejante proyecto.

Agradecimientos: Sagrario Martín, Elena Urdaneta, José Félix Hoyo, Nico Dotta, Unidad de respuesta al ébola, Feli Ibañez, Ángelo Pirola, Airam Vadillo, Beatriz Salas Martín, Raquel Codesido Touriño, Javier Tena Rubio, Concha Bonet

Edición: LOLA DELGADO

MÉDICOS DEL MUNDO

SEDE CENTRAL

Conde de Vilches 15. 28028
Madrid / Tel. 915 436 033
informacion@
medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

ANDALUCÍA

Sede autonómica de Sevilla
Bajos del Puente Cristo de la
Expiración s/n. 41001 Sevilla /
Tel. 954 908 288

sevilla@medicosdelmundo.org

Representación en Almería

Juan de la Encina 2, bajo 4.
04006 Almería / Tel. 950 252 432

almeria@medicosdelmundo.org

Representación en Málaga

Cruz Verde 16. 29013 Málaga /
Tel. 952 252 377

malaga@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

ARAGÓN

Sede autonómica de Zaragoza
San Blas 60. 50003 Zaragoza /
Tel. 976 404 940

aragon@medicosdelmundo.org

Representación en Huesca

Plaza San Pedro 5, 1º C.
22001 Huesca / Tel. 974 229 210

huesca@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

ASTURIAS

Sede autonómica de Oviedo
Plaza Barthe Aza 6, bajo.
33009 Oviedo / Tel. 985 207 815

asturias@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

CANARIAS

Sede autonómica de Las
Palmas de Gran Canaria

León y Castillo 69, 1ª planta,
oficina 4º. 35003 Las Palmas de
Gran Canaria / Tel. 928 367 100
canarias@medicosdelmundo.org

Representación en Tenerife

Juan Pablo II 12, bajo. 38004
Santa Cruz de Tenerife /

Tel. 922 24 8 936

tenerife@medicosdelmundo.org

Representación en Lanzarote

Canalejas 2, 1º J. 35500 Arrecife
de Lanzarote / Tel. 928 805 555

lanzarote@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

CASTILLA-LA MANCHA

Sede autonómica de Toledo

Alemania 1, 4º A. 45005 Toledo /
Tel. 925 222 312

castillamancha@

medicosdelmundo.org

Representación en Albacete /

La Casa de la Solidaridad

C/ Alcalde Conangla 70.

02002 Albacete /

Tel. 609 744 791

albacete@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

COMUNIDAD DE MADRID

Sede autonómica de Madrid

Juan Montalvo 6. 28040 Madrid /
Tel. 913 156 094

madrid.ca@

medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

COMUNIDAD VALENCIANA

Sede autonómica de Valencia

Carniceros 14, bajo izda. 46001
Valencia / Tel. 963 916 767

valencia@medicosdelmundo.org

Representación en Alicante

Romeu Palazuelos 8, bajo.

03013 Alicante / Tel. 965 259 630

alicante@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO

NAVARRA

Sede autonómica de Pamplona

Aralar 42, bajo. 31004 Pamplona
/ Tel. 948 207 340

navarra@medicosdelmundo.org

MÉDICOS DO MUNDO

GALICIA

Sede autonómica de Santiago de Compostela

Rua Galeras 13, 2º, oficinas 6 y 7.
15705 Santiago de Compostela
(A Coruña) / Tel. 981 578 182

galicia@medicosdelmundo.org

Representación en Vigo

Illas Baleares 15, bajo.
36203 Vigo (Pontevedra) /

Tel. 986 484 301

vigo@medicosdelmundo.org

METGES DEL MÓN

CATALUNYA

Sede autonómica de Barcelona

Legalitat 15, baixos.

08024 Barcelona /

Tel. 932 892 715

catalunya@

medicosdelmundo.org

METGES DEL MÓN

ILLES BALEARS

Sede autonómica

de Palma de Mallorca

Ricardo Ankerman 1, baixos.

07006 Palma de Mallorca /

Tel. 971 751 342

illesbalears@

medicosdelmundo.org

MUNDUKO MEDIKUAK

EUSKADI

Sede autonómica de Bilbao

Bailén 1. 48003 Bilbao /

Tel. 944 790 322

euskadi@medicosdelmundo.org



MÉDICOS DEL MUNDO

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

902 286 286 | www.medicosdelmundo.org