



23 de marzo de 2014: Declaración Internacional de epidemia de ébola en África Occidental

UN AÑO OFICIAL DE EPIDEMIA DE EBOLA: RETOS DE FUTURO OPORTUNIDADES DE PRESENTE

Médicos del Mundo – Documento de Balance





UN AÑO OFICIAL DE EPIDEMIA DE EBOLA: RETOS DE FUTURO OPORTUNIDADES DE PRESENTE

El 23 de marzo de 2015 se cumple el aniversario de la declaración oficial del mayor brote de ébola de la historia. Ese día se registraban 49 casos y 29 muertes por la enfermedad¹. El origen de este brote parece situarse a finales de diciembre de 2013 en la pequeña aldea de Meliandou, en Guéckédou (Guinea)^{2 3}. La muerte de un niño de dos años y la cadena de muertes que se sucedieron⁴ dio lugar a una epidemia sin precedentes.

El 31 de marzo de 2014, Médicos sin Fronteras, la única organización que había trabajado directamente hasta 2014 con casos de ébola, alertó de que se trataba de una epidemia sin precedentes. La rápida expansión geográfica, con varios focos coincidentes, la localización en una zona de la tierra sin experiencia previa, con fronteras porosas, grandes desplazamientos de población y extremadamente pobre, y la afectación, por primera vez, de zonas urbanas hacían prever las consecuencias que hoy conocemos, o incluso mayores.

Actualmente hay más de 24.000 casos censados, posiblemente muchos más, sin contar la mortalidad indirecta. La realidad supera las expectativas de los peores pronósticos iniciales.

La epidemia aún no está controlada. Quedan meses por delante en el mejor de los casos. A pesar de que en este momento se están produciendo alrededor de cien casos por semana, muy lejos de los más de mil que se observaban en el pico de noviembre-diciembre de 2014, no olvidemos que estas eran cifras similares a las

La epidemia aún no está controlada

de agosto del año pasado, y que la mayor epidemia previa de la historia tuvo algo más de 400 casos dispersos en 6-8 meses. Esto significa que cualquier descuido podría devolvernos

a una situación tan complicada como la que se resolvió, a duras penas y con un esfuerzo excepcional, en diciembre de 2014.

Aún con esta perspectiva, sería interesante, un año después y con una luz al final de túnel, mirar los determinantes de la epidemia en el pasado, para aprender, si es posible, a corregirlos para el futuro.

¹ <http://www.who.int/wer/2015/wer9010.pdf?ua=1>

² <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1404505-t=article>

³ <http://embomolmed.embopress.org/content/early/2014/12/29/emmm.201404792>

⁴ <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/en/>



ANTECEDENTES

Médicos de Mundo lleva trabajando en Sierra Leona desde 2001. En junio de 2014 finalizábamos un programa de salud sexual y reproductiva en la deprimida región de Koinadugu, al norte del país. Sierra Leona (aunque curiosamente introduciendo su nombre en inglés en un buscador de internet te envía a un enlace de diamantes) ostenta diversos títulos poco atractivos, como ser el país del mundo con la mayor mortalidad materno infantil, o estar entre los cinco países con índices de desarrollo humano más bajos de la tierra⁵. Pero la realidad de Sierra Leona, como la de otros países del Sahel, África del Oeste y África Subsahariana, es muy difícil de comprender desde aquí, sin estar allí.

Los tres países mas afectados están entre los mas bajos en la lista de índice de desarrollo humano

Sierra Leona, tanto por nuestro bagaje histórico como por los datos concretos, es un país preferente para Médicos del Mundo. Un país en el que queda mucho trabajo por hacer, pero en tiempos de crisis conseguir los recursos financieros necesarios para que una ONG trabaje en un país u otro, sin comprometer su estabilidad, no es una decisión exclusivamente interna. A pesar de múltiples esfuerzos, nuestro proyecto en Koinadugu estaba a punto de suponer el cierre de actividades de la organización en un país tan prioritario. Por ello se inició una estrategia de búsqueda de fondos en otras delegaciones de la red.

Nuestros equipos en la zona fueron de los primeros implicados en sentir las devastadoras consecuencias sociales y personales de la enfermedad, el manejo de la gestión del miedo, y la necesidad de información precisa en los contextos epidémicos de enfermedades infecciosas mortales sin tratamiento específico. Todo ello, a pesar de que no se detectaron los primeros casos de la enfermedad hasta finales de mayo en Sierra Leona, y que concretamente Koinadugu fue el último distrito en declarar casos de ébola en el país, en septiembre de 2014.

La necesidad de medidas adecuadas de prevención nos impulsó a iniciar un programa, de base comunitaria, aprovechando nuestra larga experiencia y nuestros contactos entre los trabajadores sanitarios y la propia comunidad, que, con un trabajo por fases, asegurara que toda la población conociera las medidas de control y prevención de la infección que ayudarían a contener la expansión epidémica en caso de que esta llegara, como así ocurrió. Al mismo tiempo, la organización se fue formando, en primera línea, para trabajar con seguridad en un

Los programas de prevención no fueron prioritarios en la financiación de la primera fase

⁵ <http://hdr.undp.org/en/data>



entorno tan complejo. Aún así, en ese periodo que duró hasta octubre de 2014, tanto la financiación de los programas como el flujo adecuado de recursos humanos no estaban, en absoluto, garantizados. Mantener esos programas nos supuso un gran esfuerzo.

Entre abril y agosto, durante cinco meses, ya no sólo una, sino varias organizaciones con programas en el terreno hacíamos llamamientos públicos a la coordinación internacional, al compromiso de los países, no sólo de las ONGs, y finalmente incluso, cuando la crisis llegó a su punto álgido, al compromiso de las personas. Pero esos llamamientos sólo eran oídos como lejanos tambores de la sabana africana. Se analizan ahora algunas claves de la reconocida respuesta tardía de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶.

UN CAMBIO DE TENDENCIA

Por primera vez, el ébola se salió de África, algunos trabajadores sanitarios de distintos países se infectaron y nos acercaron geográficamente el virus, en traslados organizados o involuntariamente tras trabajar en los países primariamente afectados. Por primera vez hubo transmisión de la enfermedad fuera de África.

Otros no tuvieron la suerte ni el derecho de ser trasladados. Más de 800 trabajadores sanitarios se han infectado. Casi 500 han muerto⁷. El ébola no tiene tratamiento específico, por el momento, pero la supervivencia mejora considerablemente con medidas de soporte intensivo^{8 9 10}, sobre todo si la situación basal del paciente es buena. El coste y condiciones relacionados con ese tratamiento intensivo son difícilmente reproducibles a gran escala¹¹. El acceso a la salud no es ni mucho menos equitativo. En conclusión, el ébola mata mucho más cuando resides en un contexto insalubre y no tienes acceso a tratamientos de soporte intensivo.

El ébola mata mucho más cuando resides en un contexto insalubre y no tienes acceso a tratamientos de soporte intensivo

A través de estos trabajadores, conocimos que el ébola era real. Esto costó trabajo en los países primariamente afectados, pero igualmente en nuestra sociedad. A pesar de todo, la cara social sensacionalista se comía el mensaje que algunos

⁶ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60034-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60034-4/abstract)

⁷ <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-4-march-2015>

⁸ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60280-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60280-X/abstract)

⁹ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1411310-t=citedby>

¹⁰ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62316-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62316-3/fulltext)

¹¹ [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60279-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60279-3/fulltext)



tratábamos insistentemente de transmitir: **Hay que trabajar allí para evitar el riesgo de todos.**

Las epidemias, frente a otras crisis humanitarias, tienen una característica especial. Tras un terremoto todo tiende a mejorar progresivamente con independencia, en cierto modo, de la actuación de los actores de la emergencia. Los agentes somos catalizadores de una mejora temprana, mejoramos la morbi-mortalidad a corto plazo, y, si lo hacemos bien, a medio y largo plazo. En las epidemias, no estar o mirar hacia otro lado sólo empeora gravemente la situación. Las epidemias no mejoran sin medidas de control y en algunos casos, dependiendo de las circunstancias, pueden volverse peligrosas para toda la población mundial.

Las epidemias no mejoran espontáneamente sin medidas de control

En Liberia hay un médico por cada 100.000 habitantes. En Sierra Leona, uno por cada 40.000. La mortalidad y la lógica falta de confianza en la seguridad en su trabajo ha colapsado aún más los sistemas sanitarios locales. En algunas zonas, incluso ahora, simplemente no existe la atención sanitaria. Las consecuencias sobre el resto de las enfermedades y problemas crónicos existentes en los países afectados no han sido cuantificadas detenidamente, pero varios estudios recogen una actividad sanitaria general cercana al 30% de la habitual. La salud reproductiva se ha resentido aún más¹².

El cambio de tendencia se produjo con el aviso del C.D.C.: sin las medidas adecuadas se podría llegar a más de un millón y medio de casos en enero de 2015

Hubo un punto culminante para que estas dos realidades -la extensión imparable de la epidemia y el hecho de haber profesionales sanitarios suficientes para contenerla en los países de origen- fueran comprendidas en toda su magnitud. Ese punto fue la publicación de un estudio

estadístico por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (C.D.C.), en el que se hacía una proyección del número de casos probable ajustando su posible evolución con las medidas a tomar¹³. Sin ninguna de estas medidas, el número de casos a estas alturas podría haber superado el millón y medio de casos. Alguien pudo pensar que estos casos se

¹² [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62364-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62364-3/fulltext)

¹³ http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6303a1.htm?s_cid=su6303a1_w



restringirían a los países afectados, pero se referían a una pandemia mundial de consecuencias difíciles de calcular.

Tanto la comunidad internacional en general, con los tres países con mayores relaciones comerciales con los países primariamente afectados a la cabeza -Francia en Guinea, Reino Unido en Sierra Leona y Estados Unidos en Liberia- iniciaron un esfuerzo económico y logístico sin precedentes en un período de tiempo tan corto. La capacidad logística de sus ejércitos era la única capaz de asumir semejante reto. Pocos agentes humanitarios internacionales disponían de la capacidad y las habilidades adecuadas para manejar técnicamente un reto similar. Médicos del Mundo dio un paso adelante cumpliendo los mandatos de la asociación reflejados en su Plan Estratégico, asumiendo la gestión clínica del control del ébola en dos de los distritos de Sierra Leona: Koinadugu y Moyamba.

Entre estos dos distritos suman una población superior a 600.000 habitantes, un 10% de la población de Sierra Leona. En una respuesta internacional sin precedentes, Médicos del Mundo está realizando uno de sus mayores programas en sus 25 años de historia. Con un presupuesto total cercano a los once millones y medio de euros, financiado fundamentalmente por el Departamento de Desarrollo del Reino Unido y en menor medida por los gobiernos nacional y algunos autonómicos y locales, más fondos propios. Se han desplazado más de cien trabajadores sanitarios que, junto a 250 trabajadores locales, auténticos héroes, han garantizado la mejor respuesta posible para el pueblo de Sierra Leona en un contexto extremadamente complejo. Además de esta respuesta de atención directa, se han emprendido programas de prevención en Senegal y Malí. A través de la red internacional de Médicos del Mundo trabajamos en Liberia y Costa de Marfil.

Miles de expatriados de muchas nacionalidades, se han desplazado a los países afectados, y han trabajado y trabajan en duras condiciones en ellos. A menudo recibieron injustas críticas. Todas y todos lo hacen tras difíciles programas de preparación, con el objetivo de protegerse a sí mismos para así poder proteger a los demás. Quizá ahora entendamos que han sido y son parte de la solución, y no del problema. Sin ellas y ellos, sin su esfuerzo personal y el de sus familias, la contención de la epidemia no hubiera sido posible¹⁴.

**Sin la presencia de
trabajadores de salud
internacionales
el control de la epidemia
no hubiera sido posible**

¹⁴ [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(14\)71020-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(14)71020-5/fulltext)



EL FUTURO

La influencia de los determinantes sociales de salud¹⁵ basales es clave a la hora de entender las epidemias. No es difícil de comprender que, en una población que no

La influencia de los determinantes sociales de salud basales es clave a la hora de entender las epidemias

dispone de acceso a agua, sea difícil lavarse las manos. Que con una renta per cápita de 600 dólares al año, el umbral de la pobreza tome un valor relativo. Que sin trabajo y sin vivienda que se acerque a la mínima dignidad, los desplazamientos humanos

sean una obligación en la lucha diaria por la supervivencia. Que con una escasa alfabetización y sin acceso a una educación mínima que permita la comunicación social y la creación de redes, sea difícil transmitir mensajes que, incluso en el entorno más desarrollado, resultaron difíciles de enfocar. No es la única zona de la tierra en la que existe ese terreno abonado para la expansión epidémica¹⁶.

Los objetivos de desarrollo sostenible, la lucha contra la desigualdad, el derecho a la salud de los pueblos y la cobertura sanitaria universal, no deberían ser una meta que posiblemente se consiga a duras penas, sino un compromiso obligatorio para la humanidad, por el bien de la propia humanidad.

El ébola no ha dejado indiferente a nadie. Ha quedado clara, de nuevo, la urgente necesidad de que la OMS¹⁷ lidere las crisis sanitarias, allá donde se producen, con los medios necesarios, encabezando la coordinación de las actuaciones, lo antes posible. Pero los medios y la gobernanza de la mayor entidad encargada de garantizar la salud de los pueblos no son propios ni del todo independientes.

El liderazgo, la gobernanza y la agilidad de la OMS deben reforzarse

Proceden en parte de los gobiernos que destinan partidas a esa necesaria protección.

Muchos gobiernos se ha implicado directamente en la lucha contra el ébola, algunos directamente, como China y otros a través de ONGs, como Cuba,

Noruega, Dinamarca o el Reino Unido. Un patrón de colaboración a gran escala diferente ha surgido a través de esta intervención. Sería interesante analizar esa colaboración mixta y por qué grandes países median su intervención

¹⁵ <http://blogs.plos.org/speakingofmedicine/2014/11/11/factors-might-led-emergence-ebola-west-africa/>

¹⁶ <http://reliefweb.int/report/world/wake-call-lessons-ebola-world-s-health-systems>

¹⁷ [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62485-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62485-5.pdf)



compartiendo la experiencia de años de las ONGs en el terreno. Los gobiernos, además de facilitar la subsistencia de la OMS, tienen una labor directa que realizar en las crisis humanitarias. Quizá no basta con donaciones a ONGs en primera línea, su papel es fundamental y debe regularizarse. No se trata de buena voluntad, sino más bien de una obligación con el resto de ciudadanos de la tierra, y a la vez con nosotros mismos. Quizá en el World Humanitarian Summit de 2016 se pueda discutir de modo más abierto ese necesario papel¹⁸.

Hace casi 40 años del primer brote de ébola¹⁹. Poco se ha avanzado en la investigación en todos esos años.

Al fin y al cabo el ébola era una de esas enfermedades semi olvidadas, tan sólo presente a través de películas apocalípticas. Desde junio de 2014 han surgido varios nuevos tratamientos y vacunas actualmente en fase de experimentación. Debido a la premura de la magnitud del brote los tiempos requeridos para garantizar la seguridad de los ensayos clínicos se han acortado

poniendo sobre la mesa un debate técnico y ético. Existen muchas otras enfermedades infecciosas de riesgo similar sobre las que hay avances parecidos a los del virus del ébola, es decir, ninguno. La balanza no da beneficios. Todas ellas tienen un potencial similar. El equilibrio entre la investigación, la industria farmacéutica y la realidad del planeta no parecen en absoluto compensados. El control y la financiación para esas investigaciones deberían corresponder a organismos supranacionales independientes.

El control y la financiación para la investigación de nuevos fármacos y vacunas deberían corresponder a organismos supranacionales independientes

CONCLUSIONES

La epidemia de ébola no ha terminado. En algunas zonas las noticias son prometedoras. No se ha realizado un balance exacto de los daños colaterales. Será complicado normalizar la situación sanitaria²⁰. Llevará meses, incluso años, para que los trabajadores sanitarios olviden que cualquier fiebre no es una sospecha de ébola y que puede matarte a ti y a tu familia.

Es necesario un análisis y un **esfuerzo de atención psicosocial especial**,

Existe una línea cada vez más delgada entre las epidemias locales y las pandemias.

probablemente sin precedentes, con un potente componente antropológico. Es necesario prestar una especial atención a las medidas de prevención y

¹⁸ <https://www.worldhumanitariansummit.org>

¹⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>

²⁰ http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNDP_CPR_EbolaRecovery_2015.pdf



control de la infección en una primera fase, para facilitar la progresiva confianza de los trabajadores sanitarios. Posteriormente **debe recuperarse la capacidad de asistencia en los medios hospitalarios**, en los recursos de atención primaria y en la propia comunidad. **Mejorar profundamente la salud pública**. Será un esfuerzo largo, de arriba abajo, pero sobre todo de abajo a arriba, porque sin el componente comunitario no podremos tener éxito a largo plazo. Los tres países afectados han perdido muchos años de desarrollo²¹.

Sin sistemas de salud adecuados, esta u otras epidemias similares volverán a ocurrir

Si no dedicamos los esfuerzos adecuados a mejorar entre todos los condicionantes relacionados con las epidemias en un mundo global, es cada vez más probable que esto se repita, con esta o con otra enfermedad emergente u olvidada. Con el ébola nos hemos dado cuenta de que **existe una cada vez más delgada línea entre las epidemias locales y las pandemias**. Está en nuestra mano poner los medios necesarios para evitarlo. El control de esta epidemia en términos económicos ha supuesto un desembolso superior para la comunidad internacional que el necesario para mejorar los sistemas sanitarios de los tres países.

Desde Médicos del Mundo **renovamos nuestro compromiso con la salud de los pueblos vulnerables**, pocas violaciones a ese derecho han sido tan evidentes como esta reciente epidemia. Pero la clave no es la reacción masiva a un problema concreto, que de hecho ni siquiera económicamente es eficiente²². **La clave son los planes de contingencia, la prevención, la resiliencia y el desarrollo**. Seguiremos trabajando en Sierra Leona cuando todo esto se olvide. Esperemos que esta lección se olvide lo más tarde posible.

²¹ <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ebola-west-africa.pdf>

²² <http://reliefweb.int/report/world/wake-call-lessons-ebola-world-s-health-systems>



Objetivos de Médicos del Mundo en Sierra Leona:

Hasta el fin de la epidemia: Participar de modo activo en los pilares de control de la epidemia en los territorios de influencia: Moyamba y Koinadugu. Y en prevención en los países vecinos: Senegal y Malí.

Post ébola temprano:

- Mantener en cero el número de casos. Prevención secundaria.
- Restaurar el acceso a los servicios básicos de salud.
 - Abrir de nuevo las estructuras de salud de una forma segura (IPC) y con participación comunitaria.
 - Formar nuevo personal de salud.
- Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica y establecer el sistema de referencia integrado.
- Apoyo psicosocial al personal de salud y a la comunidad

Post ébola tardío:

- Retomar el trabajo clásico de Médicos del Mundo: Refuerzo del sistema público de salud con énfasis en la atención primaria y la salud sexual y reproductiva con perspectiva comunitaria.

VIDEO: Vista aérea del centro de tratamiento de ébola de Médicos del Mundo en Sierra Leona.

<https://www.youtube.com/watch?v=dMto5zbPexk - t=92>