

CRISIS DEL ÉBOLA

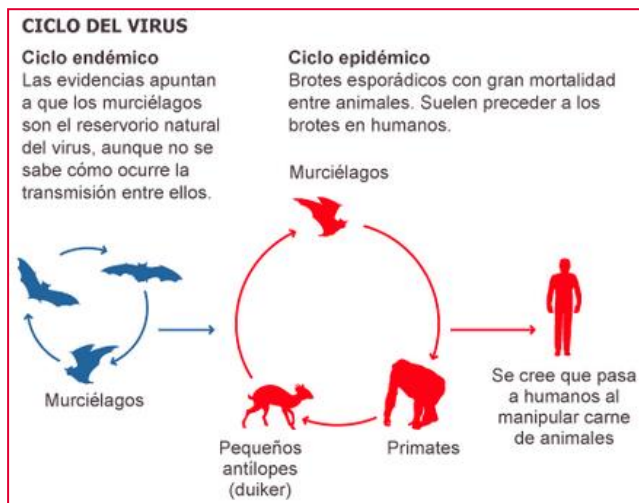
PLAN OPERATIVO ANUAL 2015

I. CONTEXTO

La epidemia causada por el último brote del virus del Ébola ha sido una de las más mortíferas de la historia desde sus primeros casos en 1976, cuando se registraron dos brotes simultáneos en Nzara (Sudán) y Yambuku (antiguo Zaire y actual República Democrática del Congo). Desde entonces ha habido diversos casos de epidemia de los que cabe destacar los de los años 1995, 2000, 2003 y 2007. No obstante, ninguno de ellos alcanzó las proporciones de las del año 2014, que sextuplica a los anteriores en número de casos registrados y muertes derivadas. La magnitud de la epidemia de 2014 la ha convertido en una verdadera crisis humanitaria que ha superado la capacidad de respuesta de los países afectados y que ha exigido y va a exigir en el futuro una gran acción internacional.

El origen de la actual crisis debe fijarse el 21 de marzo de 2014, cuando el Gobierno de Guinea declaró la existencia de un brote de evolución rápida en el sur del país que rápidamente se extendió a Liberia, Sierra Leona, Nigeria y Senegal. A pesar de los avances en el freno a su propagación –Senegal y Nigeria, por su parte, fueron declarados libres de ébola por la OMS el 17 y el 19 de octubre de 2014 respectivamente¹–, a día de hoy el riesgo de que el ébola se siga extendiendo es todavía elevado a causa de las escasas infraestructuras sanitarias, unas deficientes prácticas higiénicas, la permeabilidad de las fronteras, y las limitaciones en los sistemas de comunicación e información para sensibilizar y alertar a las comunidades sobre esta enfermedad.²

Si bien su primer contagio se produce por el contacto con animales enfermos y sus secreciones, la transmisión entre humanos es mucho más rápida al producirse por el contacto con la saliva, la sangre, o el sudor de las personas infectadas.³ El contacto directo con los cadáveres, como ocurre en los funerales –que comporta el lavado del cuerpo del fallecido por parte de los familiares– ha sido una de las principales formas de transmisión de la enfermedad. Por esta razón, una de las medidas fundamentales adoptadas para la contención del brote durante esta epidemia ha sido garantizar que los funerales y entierros se realicen de forma segura.⁴



La epidemia de 2014 en el África Occidental ha sido con creces la más preocupante debido a su enorme alcance en el número de países afectados, la rapidez de su propagación por la virulencia de esta cepa, el número de personas contagiadas (más de 23.182 a comienzos de 2015), las consecuencias económicas al

¹ WHO: Ebola response roadmap - Situation report, 3 de diciembre de 2014. <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>

² CRUZ ROJA ESPAÑOLA: "Brote de Ébola África Occidental", noviembre de 2014", p. 3.

http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/CANCRE/COPY_OF_ACCIONINTERNACION/DONDEESTAMOS/COPY_OF_AFRICA/EBOLAAF/PLAN_REGIONAL_CRE_EBOLA.PDF

³ CRUZ ROJA ESPAÑOLA: "Brote de Ébola ...", p. 1.

⁴ MÉDICOS SIN FRONTERAS: "Qué es el Ébola". <http://www.msf.es/noticia/2014/que-es-el-ebola>

margen del aspecto sanitario⁵, la concomitancia con otras necesidades humanitarias y el número de muertos hasta la fecha, que a comienzos de 2015 eran más de 9.353 personas (OMS, 16/02/15).

La comunidad internacional ha reconocido que la respuesta ha sido tardía y con recursos limitados para la magnitud de la emergencia. La declaración del brote por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 8 de agosto de 2014 como una emergencia de salud pública de importancia internacional y el hecho de que diseñase una hoja de ruta para la respuesta el 28 de ese mismo mes, han sido hitos relevantes que están permitiendo una mayor y mejor respuesta. Por su parte, el 18 de septiembre, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSNU) adoptó la Resolución 2177⁶ instando a una acción inmediata y destacando la necesidad de una respuesta coordinada de las Naciones Unidas. Tres días después, el 21 de septiembre, el Secretario General estableció la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER) con el fin de frenar la propagación de la enfermedad.⁷

“Primero, están los efectos directos e indirectos de la enfermedad y la mortalidad en sí mismas, que consumen recursos sanitarios y sustraen a las personas temporal o permanentemente de la fuerza de trabajo. Segundo, están los efectos comportamentales como resultado del miedo al contagio, que conducen al miedo a la asociación con otros, reducen la participación de la fuerza de trabajo, cierra lugares de empleo, interrumpe los transportes, provoca el cierre de fronteras por parte de algunos gobiernos o la restricción de entrada de ciudadanos de países afectados, y motiva al sector privado a interrumpir el comercio mediante la cancelación de vuelos comerciales y la reducción de los servicios de envíos de mercancías y de cargo.”⁵

Hoy podemos hablar, por tanto, de tres tipos de países según el modo en que el brote les ha afectado: (1) aquellos con una transmisión generalizada e intensa (Guinea, Liberia y Sierra Leona); (2) los que tienen o han tenido uno o pocos casos con transmisión localizada (Malí, Nigeria, Senegal, España y Estados Unidos, entre otros; y (3) los países vecinos y con fuertes lazos comerciales con aquellos de transmisión más activa.⁸

La complejidad de la crisis del ébola supera, en cualquier caso, el enfoque sanitarios y debe ser abordada como fenómeno social que genera miedo, puede estigmatizar a sectores de la población y supone un coste adicional a sistemas de salud ya de por sí muy débiles. El ébola es más que una crisis humanitaria y los aspectos políticos, económicos, comunitarios, de desarrollo, de seguridad, etc. deben ser tenidos en cuenta.

2. POBLACIONES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Dentro de que toda persona se encuentra expuesta al contagio de una enfermedad tan virulenta, así como al resto de consecuencias que derivan de la epidemia, cabría destacar ciertos colectivos a los que prestar especial atención por su vulnerabilidad:

- **Las mujeres.** En los países más afectados, es decir, Sierra Leona, Liberia y Guinea, están más expuestas a la epidemia ya que son las responsables de cuidar a los/as enfermo/as, trabajan como enfermeras, empleadas de limpieza, etc., y también suelen ocuparse del lavado de los cadáveres en los ritos funerarios. Pero el impacto de la epidemia en las mujeres va más allá. Ya no están dando a luz en centros de salud y hasta 120.000 mujeres embarazadas podrían morir por complicaciones el parto sin la atención de emergencia adecuada. Además, a las mujeres embarazadas infectadas por el virus a menudo no se les permite la entrada a los centros de tratamiento debido al alto riesgo de contagio durante el parto, lo que con seguridad derivará el próximo año en una tasa de mortalidad materna mucho más alta.

⁵ BANCO MUNDIAL: *The Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic: Short and Medium Term Estimates for West Africa*, p. 7. Extraído de CRE: “Brote de ébola...” (nota 2).

⁶ Consúltense dicha resolución pinchando en el siguiente enlace: [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177\(2014\)](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177(2014))

⁷ FAO: “Ebola Virus Disease Outbreak. Regional Response Program. West Africa. <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FAO%20Regional%20Programme%20Ebola%20Outbreak%20West%20Africa%20%5B%20Oct%202014%20-%20Sep%202015%5D.pdf>

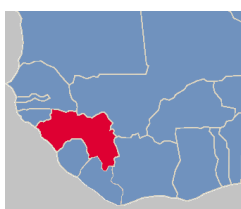
⁸ WHO: Ebola response roadmap – Situation...

- **Los menores.** Según datos de UNICEF, al menos 7.000 menores en Guinea, Liberia, y Sierra Leona han perdido a uno o a sus dos padres a causa del ébola desde que comenzó el brote y muchos están siendo repudiados por sus familiares por miedo a la infección. Se ha informado de una necesidad urgente de apoyo, incluyendo la búsqueda de familiares, reunificación y reintegración, así como otro tipo de cuidado y apoyo psicosocial. Por otro lado, son también preocupantes las tasas de abandono de la escuela durante 2014.
- **Población en inseguridad alimentaria.** Como se ha tratado más arriba, las consecuencias económicas de la epidemia (descenso de la mano de obra, dificultades de emigración, prohibición de comer o comercializar carne de caza, etc.), especialmente en el sector agroalimentario, sumado al resto de factores propios de la región, ha expuesto a gran cantidad de poblaciones a la inseguridad alimentaria, en especial a quienes viven de la agricultura de subsistencia.
- **Poblaciones de las zonas rurales.** Las complicaciones en el acceso a la información y a las instalaciones de tratamiento de la enfermedad hacen a la población rural extremadamente vulnerable.

3. PRINCIPALES NECESIDADES HUMANITARIAS Y RESPUESTA INTERNACIONAL

Los tres países más afectados por el brote y donde se presentan las mayores necesidades humanitarias son Liberia, Sierra Leona y Guinea. En todos ellos la tasa de letalidad era de más del 70% a finales del año 2014. Las actividades de respuesta en estos tres países se siguieron intensificando en el mes de diciembre y tratan de alinearse con el objetivo de UNMEER de aislar y tratar el 100% de los casos de ébola, así como enterrar de forma segura al 100% de los muertos relacionados con el virus antes del 1 de enero.

A escala nacional, ahora se cuenta con suficiente capacidad de camas en las instalaciones de tratamiento para tratar y aislar todos los casos registrados en cada uno de los tres países, pero es desigual la distribución de las camas y casos, habiendo graves deficiencias en algunas áreas. Del mismo modo, cada país cuenta con capacidad suficiente y generalizada para enterrar de forma segura a todos los fallecidos a causa del virus; sin embargo, ya que no todas las muertes por ébola son informadas, y que existen muchos informes de entierros que no tienen relación con el brote, es posible que el objetivo de enterramientos seguros fijado para comienzos de 2015 no sea alcanzado en algunas áreas. Todos los distritos afectados en cada uno de los tres países tienen acceso a un laboratorio para su confirmación dentro de las 24 horas de la recogida de muestras. Los tres países informan de que más del 85% de los contactos registrados relacionados con casos conocidos de ébola se está registrando, aunque la localización de contactos sigue siendo un desafío en las zonas de transmisión intensa. El aumento de la capacidad para la localización de contactos en áreas con altos niveles de transmisión será necesario para poner fin a las cadenas locales de transmisión.⁹

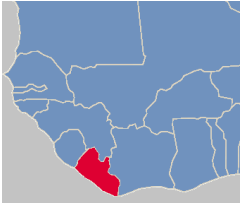


Guinea fue el país en el que se originó el primer brote y a 12 de febrero de 2015 registra más de 3.101 infecciones y 2.052 fallecidos. Como en el resto de los países con tasas de transmisión alta, la resistencia local a la respuesta internacional ha derivado en ataques al personal humanitario incluso causando la muerte de varios miembros. El contagio a finales de año persistía y aumentaba en los distritos de Kankan y Siguri, así como en las áreas circundantes de Kerouane, Kouroussa y Kissidougo, lo que ha sido motivo de especial preocupación para la OMS, ya que las poblaciones locales podrían

buscar tratamiento en el norte del país o en el vecino Malí, en lugar de ir a las instalaciones del distrito de Guekedou. Aunque de los 34 distritos guineanos 10 todavía no habían registrado ningún caso de contagio, sí se ha producido una expansión geográfica de la enfermedad por el país en el último trimestre del año. Por otro lado, todos los sectores agrícolas se han visto afectados por la crisis. Se estima que la producción de arroz ha caído en un 20%, que se ha reducido a la mitad la producción de café, que la producción de cacao ha disminuido en un tercio, que la producción de maíz ha disminuido en un 25% y las exportaciones de pescado han caído más de un 40%.¹⁰

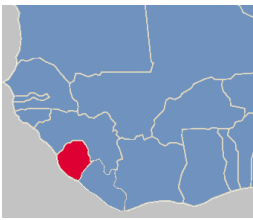
⁹ WHO: Ebola response roadmap – Situation...

¹⁰ ACAPS: Ebola Situation Update – 8-15 December. <http://www.acaps.org/img/documents/e-acaps-situation-update-week-8-15-december-2014.pdf>



Liberia ha sido el país más devastado por el virus. Todos los distritos de Liberia informaron de al menos un caso de ébola desde el inicio del brote. A pesar que desde febrero, la incidencia de la enfermedad se mantiene en un número relativamente bajo de nuevos casos, el cómputo total asciende a 9.007 infecciones y 3.900 fallecidos. También ha habido casos de resistencia por parte de las comunidades locales a la respuesta internacional, particularmente en Bomi, Grand Cape Mount, Grand Kru y Gbarpolu. A ello hay que sumar los obstáculos en el acceso a causa de los problemas

en el transporte por carretera (escasez de fondos para combustible, malas condiciones de las carreteras que han empeorado debido a las fuertes lluvias y la falta de vehículos), lo que está complicando la distribución de suministros y transporte de pacientes. En lo referente a la salud, se calcula que sólo el 44% de los servicios médicos rutinarios pueden ser llevados a cabo por el Ministerio de Salud. Por último, también se localizan ciertas necesidades en el sector de protección, en la medida que las familias de las víctimas y los supervivientes están experimentando el abuso físico y verbal y no tienen acceso a servicios de salud, comida o agua.



Sierra Leona, continúa siendo el más afectado por la epidemia, 10.934 infecciones y 3.341 fallecidos). El oeste del país y la capital, Freetown, siguen concentrando el mayor número de nuevos casos. Todos los distritos de Sierra Leona, al igual que en Liberia, han informado de al menos un caso probable o confirmado desde el inicio de la propagación del virus. . Con respecto a las políticas de contención, a finales de año el director general de Centro Nacional de Respuesta para el Ébola declaró que estaba a favor, si fuera necesario, del encarcelamiento de toda persona que fuese

sorprendida practicando el rito de lavado de los cadáveres, en la medida que, como se citaba más arriba, es una de las principales causas del contagio. A ello debe sumarse la patente falta de medios sanitarios y su inadecuación, hasta el punto de que a comienzos de diciembre, los médicos del principal hospital de Freetown se declararon en huelga en protesta por esta situación. Con respecto al acceso a las comunidades más afectadas, la falta de coordinación entre las agencias y los problemas de infraestructuras y transporte siguen siendo los principales retos de las zonas rurales, por lo que es a veces imposible llegar a las familias necesitadas de alimentos dentro de las 24 horas de haber sido puestos en cuarentena. Analizando la seguridad alimentaria y el impacto sobre los mercados, se ha apreciado cómo la cosecha de arroz, que por lo general comienza en agosto en el este del país y en octubre en el norte, se ha retrasado debido a las fuertes lluvias en el mes de septiembre.

Analizando estas necesidades por sectores, podemos identificar:



Salud. A los débiles sistemas nacionales de salud, que cuentan proporcionalmente con la menor relación en el mundo de trabajadores sanitarios por total de la población, han de sumarse las debilidades en la formación adecuada, la escasa experiencia y las muertes de los trabajadores de salud locales, que disminuyen aún más la capacidad para hacer frente a la propagación de la enfermedad.¹¹ El miedo, resistencia y desconfianza de la población local en

las autoridades y el sistema de salud nacional e internacional, ha entorpecido notablemente la respuesta y facilitado la transmisión continua del virus.

Por otro lado, la desviación de la mayor parte de los recursos a detener la propagación del ébola ha provocado una falta de acceso adecuado al tratamiento para otras enfermedades o la atención obstétrica de emergencia necesaria para las 800.000 mujeres que darán a luz en el año 2015 según cálculos de la UNFPA.¹²

En términos generales, los esfuerzos durante el año 2015 deberán seguir concentrados en la respuesta sanitaria con una proyección hacia el escenario tras la epidemia y mediante las acciones que apoyen los sistemas de salud regionales con el fin de prepararse para una respuesta precoz, con programas que fortalezcan los sistemas de alerta e incrementen las capacidades del personal de salud, especialmente en las zonas rurales. Con las comunidades se trabajarán aspectos relacionados con la prevención de enfermedades relacionadas con la higiene y el saneamiento ya que las familias viviendo en las zonas más afectadas han recurrido ya a estrategias de supervivencia negativas para satisfacer sus necesidades básicas de alimentos por

¹¹ ACAPS, Briefing Note: Overview Situation. http://www.acaps.org/img/documents/b-acaps_briefing_note_ebolawest_africa_update_26_nov_2014.pdf

¹² UNFPA, "Situation Report. Ebola Outbreak Response in West Africa". Issue 01 | 20 -03 November 2014 [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNFPAEbola_SitRep%20\(2\).pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNFPAEbola_SitRep%20(2).pdf)

lo que habrá que trabajar para restablecer sus capacidades productivas.



Protección. La crisis del ébola, al margen de las severas consecuencias sanitarias y económicas ya mencionadas, está generando grandes necesidades en lo que respecta a la protección. Por un lado, las políticas de confinamiento y cuarentena restrictivas obstaculizan el acceso a la asistencia sanitaria, comida y mercados. Las cuarentenas impuestas durante la epidemia no han sido decididas en algunos casos sobre una base de científica y han impactado de manera desproporcionada sobre las personas que no pueden evadir dichas restricciones, afectando especialmente a los colectivos más vulnerables y con menos recursos como ancianos, menores y las personas con enfermedades crónicas o con discapacidad. Las fuerzas de seguridad están jugando un papel central y ha habido casos en los que se han hecho cumplir con extrema brutalidad las cuarentenas. Del mismo modo, la extorsión y el soborno son bastante comunes en estos lugares bajo cuarentena.¹³ Los cierres de fronteras limitan el paso de carga y de personal humanitario¹⁴ y son varios los casos registrados de familias de las víctimas y supervivientes que están experimentando abusos físicos y verbales y no tienen acceso a los servicios de salud, comida o agua.¹⁵ Por otro lado, según el país, encontramos colectivos seriamente desprotegidos como pueden ser los homosexuales que, según Amnistía Internacional, ha sido un colectivo acosado y atacado físicamente después de que líderes religiosos afirmaran que el ébola era un castigo divino por la homosexualidad.



Seguridad alimentaria y nutricional. Según las estimaciones de ACF,¹⁶ en 2015 la crisis del ébola dará lugar a un aumento significativo de personas en situación de desnutrición en Guinea, Liberia y Sierra Leona. De 56.000 en el mejor de los escenarios, a 700.000 personas en el caso de que no pueda controlarse suficientemente la epidemia, podrían sufrir desnutrición en 2015. Los tres países seguían desde hacía una década una buena senda para reducir el número de personas padeciendo desnutrición, pero la epidemia de 2014 va a revertir esos logros con total seguridad. De hecho, ya puede apreciarse el impacto que el ébola ha tenido en la seguridad alimentaria y el transcurso de la propagación podría derivar en una crisis alimentaria, ya que 5,7 millones de personas estarán desnutridas en 2015 en estos tres países frente a los 5 millones de antes de la epidemia. El ya mencionado deterioro de los mercados agrícolas en estos países puede ser determinante en el agravamiento de esta situación nutricional.

4. RETOS

- **Mantener e incrementar el nivel de servicio médico tanto para el ébola como para la atención a otras enfermedades.** A corto plazo se hace necesario mejorar la atención de urgencia a los infectados por ébola en las zonas rurales y más aisladas. A medio y largo plazo se debe reconstruir el sistema primario de salud¹⁷ que atiende otras enfermedades graves mediante el refuerzo de las capacidades y estructuras sanitarias de los países más afectados, así como el trabajo con la población con tareas de concienciación y promoción de buenas prácticas para la contención de la epidemia.
- **Acceso y seguridad** los problemas de acceso por carretera siguen siendo los principales retos de las zonas rurales, por lo que es a veces imposible llegar a las familias necesitadas de alimentos dentro de las 24 horas de haber sido puestos en cuarentena. A ello hay que añadir la resistencia de la población en los primeros meses vinculada a una falta de comprensión acerca de enfermedad.

¹³ HUMAN RIGHTS WATCH, West Africa: Respect Rights in Ebola Response. <http://www.hrw.org/news/2014/09/15/west-africa-respect-rights-ebola-response>

¹⁴ ACAPS, Briefing Note: Overview Situation. <http://www.acaps.org/img/documents/b-acaps-briefing-note-ebola-west-africa-update-26-nov-2014.pdf>

¹⁵ ACAPS: Ebola Situation Update - 1-8 December

¹⁶ ACTION CONTRE LA FAIM y UNIVERSITY OF NAPLES FEDERICO II, "Food security impact of 2014 Ebola virus epidemic population exposed to undernourishment: forecasts in Guinea, Liberia and Sierra Leone".

http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/articles/fichier/ebola_report_20141031.pdf

¹⁷ Un hecho preocupante es que muchos de los trabajadores sanitarios que evacuaron los países afectados con el estallido de la epidemia no se han reincorporado al sistema.

5. RESPUESTA ESPAÑOLA 2015

A la vista del contexto y necesidades planteados, **la OAH de la AECID destinará en 2015 una cantidad inicial de un millón de euros** que podrá ser revisada en función de la evolución de la crisis a lo largo del año. Durante el ejercicio 2015 se resolverá una convocatoria en régimen de concurrencia competitiva para proyectos de cooperación promovidos por ONGs españolas en el ámbito de la acción humanitaria.

La respuesta se centrará principalmente en el sector de salud y seguridad alimentaria / medios de vida. En el sector salud, se apoyará la recuperación de los sistemas públicos de salud para garantizar la cobertura sanitaria básica así como se fomentará el refuerzo de las capacidades de los actores sanitarios locales. Asimismo, se promoverá la implementación de programas de sensibilización comunitaria para fortalecer la vigilancia y seguimiento de los casos así como para evitar la estigmatización en el seno de las comunidades.

Respecto al sector de seguridad alimentaria, se dará seguimiento a la degradación de los medios de vida debido a los problemas de disponibilidad como consecuencia de la perturbación del funcionamiento normal de los mercados, apoyando programas que contribuyan a la mejora de los medios de vida de las comunidades.

La AECID es la agencia estatal adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación que actúa como órgano ejecutivo de la cooperación española entre cuyas prioridades se encuentra la ayuda humanitaria. Desde su creación en 2007, la Oficina de Acción Humanitaria de la AECID se encarga de la gestión y ejecución de la acción humanitaria oficial de España basada en los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia. Aun cuando el Plan Director de la Cooperación marca su orientación general y la Cooperación Española revalida su compromiso con la acción humanitaria en su Marco de Actuación País (MAP), la acción humanitaria de la OAH, se concreta en los planes operativos anuales (POA), documentos alineados con los principios de la Acción Humanitaria y las Buenas Prácticas de Donación Humanitaria (GHD), así como coordinados con las estrategias adaptadas por Naciones Unidas, Unión Europea y otros actores humanitarios relevantes. Los POA, siendo documentos complementarios a los MAP, siguen la lógica de programación de la UE, diferenciando la planificación de desarrollo y la planificación humanitaria.

La OAH de la AECID ha contribuido con más de 700 millones de euros a la respuesta internacional frente a las principales crisis humanitarias apoyando a socios especializados como Programa Mundial de Alimentos, UNICEF, ACNUR, OPS, OMS, FAO, OCHA, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja así como a organizaciones españolas especializadas.

MÁS INFORMACIÓN:

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\): Alerta y respuesta Globales \(GAR\)](#)

[OMS: Hoja de ruta para la respuesta al virus del Ebola](#)

[ECHO: Humanitarian Implementation Plan \(HIP\). West África.](#)

[ACAPS: Ebola Needs Analysis](#)

[UN Mission for Ebola Emergency Response \(UNMEER\)](#)

[Conoce la actuación de la OAH de la AECID durante 2014](#)

[¿Dónde cooperamos?](#)