



Documento de toma de posición del MSP

La epidemia del Ébola expone la patología del sistema económico y político mundial

El 8 de Agosto de 2014, la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote del virus del Ébola constituía “una emergencia de salud pública de alcance mundial”, a pesar de que habían transcurrido cuatro meses desde que la OMS informara que se había detectado un brote grave del Ébola en Guinea, África Occidental.¹ La epidemia se desencadenó en Guinea y se propagó a los tres países vecinos de Liberia, Sierra Leona y Nigeria. Entre el 23 de marzo y el 22 de septiembre, la OMS recibió información de 5,843 casos y 2,803 muertes. A la fecha, 337 profesionales de la salud han sido infectados, de los cuales han fallecido más de 181.* La mayoría de expertos en salud pública coinciden en que las cifras oficiales reflejan una considerable subestimación de la extensión y propagación de la enfermedad.²

Aunque no se cuestionan los datos sobre epidemias pasadas ni sobre la actual epidemia de la enfermedad, ni su forma de propagarse descrita más abajo, este comentario pretende ir más allá de los datos para arrojar luz sobre la etiología subyacente; es decir, los factores políticos, económicos y otros de carácter social que subyacen a la aparición del Ébola en el ámbito local y mundial, al igual que su propagación y alta tasa de mortalidad en este momento, y los entornos específicos en los que ha proliferado.

Epidemias del Ébola en las cuatro décadas anteriores

La enfermedad por el virus del Ébola (EVE), como se le llama ahora oficialmente, no es nueva. Hace 40 años que se descubrió la presencia del virus por primera vez. En 1976 se detectaron brotes simultáneos de la enfermedad, antes conocida como fiebre hemorrágica del Ébola, en Sudán y la República Democrática del Congo. El último brote se registró en una aldea a orillas del río Ébola, del cual derivó su nombre. Es concebible que las infecciones causadas por el virus del Ébola hayan pasado desapercibidas en algunas comunidades rurales antes de los brotes detectados. Desde 1976, varios países africanos han presentado 24 informes discretos de conglomerados de infección³. El cuadro siguiente ofrece detalles de brotes en los que se informó de más de cien personas infectadas antes de la epidemia actual.

Cuadro: brotes anteriores del Ébola con más de 100 casos⁴

Año	País	Casos	Muertes	Tasa de mortalidad
2007	Uganda	149	37	25
2007	Rep. Democrática del Congo	264	187	71
2003	Congo	143	128	90
2000	Uganda	425	224	53
1995	Rep. Democrática del Congo	315	254	81
1976	Sudán	284	151	53
1976	Rep. Democrática del Congo	318	280	88

Se conocen cinco subtipos distintos del virus del Ébola que causan infección (Zaire⁵, Bundibugyo, Sudán, Reston y Tai Forest) cuya virulencia (v. g. la capacidad de causar síntomas graves) varía según el subtipo. La tasa de mortalidad (v. g. el porcentaje de personas infectadas que fallecen) puede llegar hasta 90% en un subtipo. No obstante, otro subtipo (Reston) del que se sabe que ha causado infecciones en seres humanos en Filipinas, no provoca víctimas fatales⁶. El subtipo más virulento del virus del Ébola es el causante del brote actual y tiene una tasa de mortalidad de 60% o más en la región.

Cómo se propaga el Ébola

Los seres humanos no son los objetivos principales del virus del Ébola. Éste afecta a las personas que tienen contacto directo con sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de animales infectados. En África, se ha establecido que el origen de brotes en seres humanos ha sido la manera de manipular a animales muertos o enfermos, como chimpancés, gorilas, murciélagos de la fruta, monos, antílopes de bosque y puercoespines⁷. Se sabe que el virus ha causado epidemias graves en chimpancés y gorilas. Todos estos animales viven en las selvas tropicales y los países circundantes han sido centros de brotes del Ébola. Aunque se sabe que muchos animales están infectados por el virus, ahora se cree que éste reside sobre todo en unas cuantas especies de murciélagos de la fruta. A diferencia de otros animales infectados por el virus, estos murciélagos no muestran ningún síntoma de la enfermedad y, por lo tanto, sirven como reservorio del virus del Ébola.⁸ Todavía es un misterio que el epicentro de la epidemia actual en África Occidental esté a cientos de

kilómetros de distancia del hábitat natural de los murciélagos de la fruta en África Central (donde habían tenido lugar todos los primeros grandes brotes epidémicos). Una hipótesis que se plantea es la posibilidad de que se hubiera producido un cambio importante en el hábitat de los murciélagos de la fruta, o que la infección haya sido importada de alguna manera a la región por contacto humano.

Cuando el virus ha infectado a una persona, ésta puede transmitirlo a otra por contacto directo (a través de una herida o de las membranas mucosas) con su sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales; la enfermedad también se transmite por contacto indirecto con entornos contaminados por estos fluidos. Las costumbres funerarias tradicionales, en las que hay contacto directo entre los dolientes y la persona fallecida, también pueden ser una fuente de infección. Los profesionales de la salud que entran en contacto con pacientes infectados, corren mayor riesgo de infección cuando trabajan en condiciones antihigiénicas (v. g. sin la protección adecuada, con guantes, careta, overoles, etc.). Cuando una persona está infectada, es capaz de infectar a otros durante un plazo de hasta siete semanas después de recuperarse de la enfermedad.⁹

El período de incubación, es decir, el tiempo transcurrido entre el momento de contraer la infección y cuando aparecen los primeros síntomas, puede variar entre 2 y 21 días. Estos síntomas son muy similares a los de otras infecciones virales: fiebre alta, dolor muscular, garganta irritada y dolor de cabeza. Los pacientes se deterioran con rapidez y desarrollan otros síntomas, como vómito, hemorragia interna y sangrado externo, diarrea y sarpullido. Por lo general, la enfermedad afecta el hígado y los riñones, aunque no sucumben a la enfermedad y suelen recuperarse por completo, sin ningún efecto residual.¹⁰

No hay medicamentos ni vacunas aprobadas para tratar o prevenir la enfermedad. A medida que ésta se desarrolla, el único cuidado posible es paliativo y muchas veces requiere hidratación intravenosa y apoyo respiratorio. Es evidente que la calidad de la atención paliativa determina los resultados: casi todas las personas (personal extranjero) evacuadas a centros bien equipados han sobrevivido.

La epidemia del virus del Ébola: ¿La tormenta perfecta?

Varias características definen la enfermedad. La alta tasa de mortalidad la distingue de la mayoría de enfermedades virales que se conocen como causantes de epidemias. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de la epidemia actual del Ébola es de 60% o más, mientras que la mortalidad promedio causada por la epidemia de influenza de 1918 - infección transmitida por aire que afectó a un tercio de la población mundial y provocó la muerte de alrededor de 50 millones de personas - fue tan solo de 2.5% a 5%. La tasa típica de mortalidad de epidemias normales de influenza es menos de 0.1%, es decir que menos de una por cada mil personas contagiadas muere después de un tiempo por la infección.¹¹ Otra característica que distingue una infección del Ébola de otras infecciones que causan epidemias es su nivel relativamente bajo de infectividad. El virus del Ébola solo puede entrar en el cuerpo humano cuando las secreciones

corporales de una persona infectada entran en contacto con una herida o membrana mucosa (v. g. el revestimiento de los ojos, el interior de la boca, etc.). La tercera característica de importancia es que no se conoce el estado de portador en seres humanos y las personas infectadas muestran síntomas de enfermedad grave, lo que hace relativamente fácil detectarlas.¹²

Estas tres características pueden convertir el virus del Ébola en una “tormenta perfecta”. Cuando las personas infectadas muestren síntomas graves, cabría esperar que estén en algún centro de salud, clínica u hospital. En este caso, la aplicación de medidas de seguridad pública de uso muy común debe impedir que siga transmitiéndose la enfermedad, puesto que es necesario tener contacto directo con un paciente infectado para que se propague la infección.

¿Por qué hay una epidemia del virus del Ébola?

¿Por qué entonces estamos ante una epidemia del virus del Ébola en África Occidental? La respuesta no se encuentra en la patología de la enfermedad sino en la patología de nuestra sociedad y la arquitectura política y económica mundial. No es accidental que la epidemia actual del Ébola haya afectado a tres de los países más pobres del mundo. Liberia, Guinea y Sierra Leona ocupan el lugar número 175, 179 y 183, respectivamente, de los 187 países y territorios que abarca el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas.¹³ Sus sistemas de salud son ineficaces y prácticamente inexistentes en muchas regiones. Como se resume más adelante, la epidemia actual es consecuencia de la pobreza y de la brutal explotación de los recursos naturales de la región.

Las raíces sociales y económicas de esta epidemia

El organismo causante del brote explosivo del virus del Ébola de la cepa “Zaire” nunca antes se había detectado en seres humanos en los países hoy afectados por la epidemia actual. ¿Cómo viajó miles de kilómetros desde su hábitat conocido hasta ahora en África Central? Quizá nunca lo sabremos, pero ya se analizan algunas posibilidades. Si la cepa “Zaire” se introdujo recientemente en la región, lo más probable es que haya sido a través de los murciélagos de la fruta, reservorio natural del Ébola. Sin embargo, la simple presencia de estos murciélagos en las cercanías de seres humanos no pudo haber causado la epidemia. En efecto, en epidemias anteriores por patógenos con características similares

parece prevalecer un mismo patrón: casi siempre afectan regiones cuyas economías y sistemas de salud pública han sido diezmados por diversas razones. En esas regiones, la pobreza obliga a la gente a adentrarse en la selva en busca de alimentos y leña para combustible, donde entran en contacto con animales que sirven de reservorios (murciélagos de la fruta en este caso). La incapacidad de un sistema de salud pública prácticamente inexistente para responder con eficacia agrava la situación. Por consiguiente, el empobrecido sistema de salud se convierte en reservorio de infecciones, donde pacientes y personal de salud son portadores de infecciones para la población en general.¹⁴ Se cree que desde 1976 muchos brotes en seres humanos empezaron por la ingesta de carne de mono o murciélago de la fruta infectado. Las personas aquejadas por la enfermedad, por lo menos al inicio, suelen ser las más pobres, las que se ven obligadas por la escasez a buscar alimentos en la selva.

La razón de que la gente de la región afectada por la epidemia actual del Ébola enfrente escasez de alimentos y pobreza extrema radica en que esta región de Guinea es parte de la zona de la sabana de Guinea que ha llamado la atención de las agroindustrias en tiempos recientes. En 2010, la empresa británica Farm Land of Guinea Limited compró grandes extensiones de tierra que se destinarán al cultivo de maíz y soja. La empresa italiana de energía Nuove Iniziative Industriali ha comprado más de 700,000 hectáreas (cerca de un millón de manzanas) para la siembra de biocombustibles.¹⁵

En el vecino país de Liberia, la tierra agrícola se ha utilizado para la siembra de cultivos comerciales desde hace casi un siglo. En 1925, con la llegada de la Firestone Rubber Company a Liberia, empezó la transición de una agroeconomía a una economía de exportación de cultivos comerciales controlada por empresas extranjeras. Se cree que Firestone adquirió cerca de **medio millón de hectáreas** por 99 años, a seis centavos **por cada 0.40 hectáreas**. Algunos relatos cuentan la historia de cómo 20,000 indígenas que habitaban en esta zona se vieron obligados a trabajar por una miseria en las plantaciones de Firestone.¹⁶

Hoy día, Liberia tiene el porcentaje de inversión extranjera directa (IED) con relación al PIB es el más alto del mundo. En menos de una década, Liberia ha firmado acuerdos de concesión para la extracción de mineral de hierro y el cultivo de palma de aceite con numerosas empresas transnacionales, como BHP Billiton, ArcelorMittal y Sime Darby.¹⁷

La industria maderera y algunas empresas de aceite de palma han incursionado recientemente en el negocio de acaparar tierras, entre las que están Sime Darby (Malasia) y Golden Veroleum (EEUU).¹⁸ Entretanto, el régimen de comercio mundial en agricultura, tanto antes como después de la firma del acuerdo con la OMC en 1994, ha seguido debilitando la base productiva agrícola en África.¹⁹

De ahí que no sorprendan los grandes cambios ecológicos ocasionados por la adquisición de tierras agrícolas de parte de las agroindustrias. Estos cambios podrían muy bien haber producido el surgimiento de patógenos (organismos causantes de enfermedades), hasta ahora desconocidos y confinados a la vida silvestre, que empezaron a infectar a seres humanos. Hay buenos motivos para creer que los períodos de sequía prolongados en la región provocaron una deforestación masiva y que la penetración de nuevos caminos en zonas selváticas antes remotas, sobre todo para operaciones de extracción, han facilitado la interacción entre la fauna silvestre y seres humanos desesperados por encontrar sustento y medios de subsistencia que se han visto obligados a adentrarse en áreas selváticas.

La trágica historia de la región se ha agravado por años de conflicto civil, avivado en gran medida por la competencia que genera el control de recursos naturales muy valiosos. En las guerras civiles en Liberia y Sierra Leona han intervenido poderosos intereses locales regidos por las empresas transnacionales y los países capitalistas del norte. Por ejemplo, la explotación minera de diamantes fue una de las causas principales de la guerra civil en Sierra Leona en 1991.²⁰ Estas guerras provocaron enormes desplazamientos de población local y, en consecuencia, aumentaron la presión sobre las tierras forestales y también aceleraron la emigración de los animales que habitan estas zonas.

La debilidad de los sistemas de salud no es accidental

Todo el mundo tiene la vista puesta en estos tres países a raíz de una epidemia mediática que ha sembrado temor (prácticamente sin ningún análisis contextual), pero aquí el virus del Ébola no es la única causa de muerte. Tomemos, por ejemplo, el caso de Sierra Leona. En los primeros cuatro meses desde el brote del Ébola, 848 personas habían contraído el virus y 365 habían fallecido; sin embargo, en el mismo plazo suelen ocurrir 650 muertes por meningitis, 670 por tuberculosis, 790 por VIH/SIDA, 845 por enfermedades diarreicas y más de 3,000 por malaria en el país.²¹ Estas muertes han ocurrido por décadas, no solo en los últimos cuatro meses, pero antes la atención mundial no estaba puesta en estos países. Si hubiera sido de otra manera, los ricos y poderosos – líderes mundiales, la prensa capitalista, las instituciones del capitalismo, líderes industriales en el ámbito nacional e internacional, y las organizaciones de las Naciones Unidas – se habrían visto obligados a confrontar la realidad de pobreza y desigualdad en África.

Liberia, Guinea y Sierra Leona no escogieron ser pobres. No decidieron crear sistemas de salud que no funcionan. La ocupación (breve en el caso de Liberia) y explotación coloniales los dejó pobres. Algunas organizaciones como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional han sido causa de más miseria a través de sus infames programas de ajuste estructural, al imponer medidas para restringir el gasto público destinado a beneficios sociales y servicios públicos en éstos y muchos otros países en África.²² La Organización Mundial del Comercio les prometió que la liberalización del comercio les traería más prosperidad, cuando en realidad devastó sus economías. Los países capitalistas desarrollados acostumbran enviar ayuda como beneficencia y repatriar mucho más a través de sus empresas. Estos países pobres también subsidian los sistemas de salud de los países ricos, ya que de los médicos nacidos en Liberia y Sierra Leona son más los que trabajan en países de la OCDE que en el suyo propio.²³ La emigración de profesionales de la salud – que es simple y llanamente un subsidio directo de los países pobres del mundo a los ricos – hace imposible establecer sistemas de salud creíbles en muchos países de África Occidental.²⁴ Es más, muchos países de esta región, salvo pocas excepciones, muestran los peores resultados de salud del mundo, que son expresión de su empobrecimiento y la debilidad de los sistemas de salud – reflejados en especial en los malos resultados de salud materna.²⁵

Sin embargo, la pobreza persistente y creciente desigualdad en estos países no solo se debe a que ocupan los últimos puestos en la economía mundial. Al igual que en otras situaciones poscoloniales, la corrupción ha agravado su situación económica. Los escándalos financieros han sacudido el sector público de Sierra Leona. En 2013, siete profesionales de la medicina y otras 22 personas que trabajaban en el servicio público fueron condenadas por apropiación indebida del financiamiento de la cooperación al haber malversado fondos de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI).²⁶

A pesar de que el virus del Ébola se conoce desde hace 40 años, nunca se desarrolló una vacuna o remedio. Ninguna empresa farmacéutica se ha interesado en producir un remedio para una enfermedad asociada a los pobres, que no pueden pagar los precios de los medicamentos de mayor venta. Es interesante que el único fármaco experimental en discusión (llamado ZMapp) se desarrolló a través de la colaboración entre instituciones públicas de EEUU y

Canadá, junto con dos empresas pequeñas.²⁷ Ésta es la misma historia de otras enfermedades desatendidas, como leishmaniasis visceral o kala azar, malaria, TB, mal de Chagas y muchas otras. La industria de la investigación farmacéutica ha desatendido estas enfermedades porque no pueden saciar la sed de ganancias de las empresas farmacéuticas.

A pesar de ejemplos de abnegación, la epidemia ha desbordado la capacidad del sistema de salud

Una tragedia humana que no se limita solo a las personas infectadas por el virus del Ébola se desarrolla entretanto. La capacidad del sistema de salud se ha visto totalmente desbordada en las zonas afectadas, lo que aumenta el efecto de otras enfermedades. En un momento dado, los cinco hospitales de Monrovia, la capital de Liberia, estaban cerrados. Algunos han reabierto desde entonces, pero apenas funcionan. Se han dado casos de miembros del personal de salud que han huido por temor a su seguridad, temor bien fundado en vista de la información sobre la escasez de guantes, batas e incluso agua potable. Un informe de Sierra Leona menciona que los pisos de los hospitales están llenos de sangre, vómito y orina.²⁸ El personal hospitalario trata a los pacientes del Ébola sin equipo de protección, solo con bata o uniforme. Cuando algunos miembros del personal de enfermería se contagiaron, otros se fueron a la huelga, lo que dejó a muy pocas personas a cargo de levantar a los pacientes que se caían de su cama (ref. necesaria). Fuera del débil sistema de salud pública, hay clínicas de salud privadas que han proliferado fuera de la red de clínicas autorizadas y que han alojado a varios enfermos de Ébola, a pesar de su inadecuada infraestructura e instalaciones para controlar la infección.²⁹

En medio de esta tragedia humana que evoca la Peste Negra en la época medieval, hay ejemplos inspiradores de abnegación. La mayor parte del personal de salud, aunque desbordado y mal equipado, ha luchado con valentía para salvar vidas y frenar la propagación de la enfermedad. Varios han muerto en este proceso. A pesar de la preocupación justificada y la ayuda internacional para la evacuación, tratamiento y sobrevivencia del dedicado personal de salud proveniente de EEUU, el Reino Unido y Los Países Bajos, hasta ahora no se ha evacuado a ningún profesional local de la salud, aunque según la OMS 337 han contraído el virus del Ébola y 181 han fallecido en África Occidental. Cuando se analizaba la posibilidad de evacuar al Dr. Sheik Humarr Khan, médico destacado por su lucha contra el virus del Ébola en Sierra Leona, murió de la enfermedad a finales de julio, cuando se analizaba evacuarlo a un país europeo. El periódico *The Guardian* informó recientemente del trágico deceso de la Dra. Olivet Buck, una doctora de Sierra Leona que trataba a enfermos por el virus del Ébola, y en los últimos meses había estado inmersa en la lucha desesperada contra el virus que asolaba partes de su país.³⁰ En fecha reciente se informó que había contraído el virus. Se hizo campaña para que fuera evacuada y recibiera tratamiento en Alemania, puesto que los tres médicos contagiados con la enfermedad en el país antes que ella habían fallecido. El presidente de Sierra Leona apoyó esta solicitud y declaró que un hospital de Hamburgo estaba “preparado para recibirla”. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud dijo que no le permitirá salir de Sierra Leona y rehusó financiar el traslado. Se hicieron intentos desesperados para tratar de revertir esta decisión, pero Olivet falleció. La muerte a los 59 años de edad de uno de los pocos médicos que trabajaba para salvar la vida de las personas afectadas por esta enfermedad deja tres hijos

en la orfandad y suscita preguntas más amplias sobre la respuesta mundial a la crisis del Ébola: cómo se protege a quienes trabajan más de cerca para frenar su propagación y cómo parece dársele más valor a la vida del personal extranjero que del personal local. A pesar de los médicos fallecidos antes que ella, la OMS dijo simplemente que se esforzaría para que Buck recibiera “la mejor atención posible” en Sierra Leona.

Algunas partes de esta región están llegando al estancamiento de su economía porque la gente tiene demasiado temor para aventurarse a salir. El informe de que los habitantes del barrio marginal de West Point en Monrovia, la capital de Liberia, habían intentado cerrar por la fuerza un centro donde se encontraban pacientes del Ébola en cuarentena es sintomático de la desconfianza de la población en un sistema de salud que se desmorona.³¹ Asimismo, se informó recientemente que en Guinea habían arrestado a seis sospechosos del asesinato de ocho personas, entre ellas tres periodistas que llevaban a cabo una campaña de educación sobre el Ébola.³²

De ahí que tengamos una epidemia donde no debía haber ninguna. Aquí las medidas rutinarias de salud pública no son rutinarias sino un lujo que las organizaciones de beneficencia internacionales hace posible durante las epidemias. Así pues, el mundo está preocupado, no vaya a ser que la infección se propague y destruya su cómoda existencia. Ésta es una desventaja del mundo globalizado que el capital global no había previsto. Si uno crea condiciones que agravan las infecciones, éstas no dejarán de rondar.

Una OMS comprometida

La OMS, que recién anunció – con gran fanfarria – una emergencia mundial, también es susceptible de críticas. Privada de financiamiento cuando EEUU encabezó el congelamiento de las contribuciones de los países a las organizaciones de las Naciones Unidas en los años noventa, es poco lo que puede hacer aparte de repetir estereotipos. Alrededor del 80% de su presupuesto está predeterminado por los donantes, lo que en esencia deja maniatada a la organización.³³

Conforme su constitución, la OMS debe “actuar con autoridad directiva en asuntos de sanidad internacional”. A pesar de que la OMS recibió el primer informe sobre casos del Ébola en Guinea el 22 de marzo, le tomó más de tres meses convocar a una reunión de ministros de salud o establecer un centro de coordinación regional.³⁴

El recorte del presupuesto actual de la OMS para responder a brotes y crisis fue de más del 50% respecto del presupuesto anterior: de \$469 millones en 2012-2013 a \$228 millones para 2014-15.³⁵ Se trata de la propia partida presupuestaria de la que depende la organización para responder al Ébola. La OMS ha anunciado que necesita \$71 millones para poner en marcha su plan de respuesta al Ébola, déficit que no habría tenido si no hubiera recortado a la mitad su presupuesto para “responder a las crisis”.

Conclusión

La respuesta de la comunidad internacional, en particular de los países ricos, tiene que ser, como mínimo, bastante más rápida y generosa a corto plazo. Será necesario proporcionar gran cantidad de personal, equipo y medicinas de apoyo. Es urgente acelerar el proceso para acceder a ZMapp y otros fármacos elegibles.

El compromiso reciente hecho por el Presidente Obama de enviar a 3,000 miembros del personal militar y fondos para construir centros de tratamiento de emergencia es bienvenido, pero muchos dirían “muy poco y demasiado tarde”.³⁶ Incluso el establecimiento de un fondo de la Fundación de las Naciones Unidas y una contribución hace poco de la Fundación Gates para ayudar a los países afectados, a pesar de ser actos positivos, no abordan la fuente continua de esta epidemia y no podrán, ni por asomo, compensar las cuantiosas pérdidas humanas y económicas ocasionadas, que el Banco Mundial calcula en casi mil millones de dólares.^{37, 38}

El origen de la epidemia del Ébola, como ya hemos argumentado, puede encontrarse en la explotación desenfrenada de los recursos naturales de la región, su empobrecimiento continuo y la debilidad concomitante de sus sistemas de salud. A mediano plazo, habrá una necesidad urgente de fortalecer los sistemas sanitarios de la región. A pesar de que el discurso sobre el “fortalecimiento de los sistemas de salud” se ha vuelto común, éste no es evidente en muchos países de la región. Lo que hay es una crisis persistente de recursos humanos. La deficiencia de profesionales de la salud es grave, sobre todo en zonas rurales, como consecuencia de la producción insuficiente de profesionales por mucho tiempo y la emigración continua. El desarrollo de los sistemas de salud y, en especial, de los recursos humanos exige una inversión sostenida y en aumento. Al inicio, será necesario que los donantes aumenten su ayuda. Una solución duradera demanda cambios fundamentales en las relaciones económicas y de poder entre estos países (y también muchos otros con historias similares) y las economías y empresas capitalistas que siguen desangrándolos, muchas veces con la complicidad de funcionarios y élites locales.

Con toda probabilidad, la epidemia seguirá su curso y cesará, dejando tras sí una estela de muerte y destrucción, no porque como comunidad global hayamos hecho bien las cosas sino por la naturaleza del propio virus. La pregunta que cabe plantearse es ¿habremos aprendido algo? O ¿todo regresará a la normalidad?

Referencias y notas

- ¹ Organización Mundial de la Salud (2014), Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014 en África Occidental, 8 de agosto de 2014. OMS, Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/es/>
- ² Kreiter M (2014), Ebola Outbreak: CDC Estimates As Many As 500,000 Ebola Cases By End Of January, International Business Times, 23 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.ibtimes.com/ebola-outbreak-cdc-estimates-many-500000-ebola-cases-end-january-1692525>
- ³ Organización Mundial de la Salud (2014), Enfermedad por el virus del Ébola, Nota descriptiva n.º103. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>
- ⁴ Adaptación de: Centers for Disease Control and Prevention (2014), Known Cases and Outbreaks of Ebola Hemorrhagic Fever, in Chronological Order. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/resources/outbreak-table.html>
- ⁵ Desde 2010 el subtipo Zaire, que se según se sabe es la causa de una mayoría de grandes brotes, se conoce simplemente como subtipo del Ébola.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud (2009), Boletín epidemiológico semanal, 13 de febrero de 2009. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2009/wer8407.pdf>
- ⁷ Organización Mundial de la Salud (2014), Enfermedad por el virus del Ébola, Nota descriptiva n.º103. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
- ⁸ Vidal J (2014), Ebola: research team says migrating fruit bats responsible for outbreak. The Observer, sábado 23 de agosto de 2014. Disponible: <http://www.theguardian.com/society/2014/aug/23/ebola-outbreak-blamed-on-fruit-bats-africa>
- ⁹ Public Health Agency of Canada (2014), Ebolavirus, Pathogen safety data sheet - infectious substances. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/ebola-eng.php>
- ¹⁰ ⁷ Organización Mundial de la Salud (2014), Enfermedad por el virus del Ébola, Nota descriptiva n.º103. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
- ¹¹ Taubenberger J K, Morens D M (2006), 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics, Emerging Infectious Diseases, Vol. 12, n.º 1, enero de 2006. Disponible en: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/12/1/pdfs/05-0979.pdf>
- ¹² Centers for Disease Control and Prevention (2010), Ebola Hemorrhagic Fever Information Packet. p 1. Disponible: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/fact-sheet.pdf>
- ¹³ Bausch DG, Schwarz L (2014) Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy. PLoS Negl Trop Dis 8(7): e3056. doi:10.1371/journal.pntd.0003056. Disponible en: <http://www.plosntds.org/article/info:doi/10.1371/journal.pntd.0003056>
- ¹⁴ Bausch DG, Schwarz L (2014) Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy. PLoS Negl Trop Dis 8(7): e3056. doi:10.1371/journal.pntd.0003056 <http://www.plosntds.org/article/info:doi/10.1371/journal.pntd.0003056>
- ¹⁵ ——— (2014), Farming pathogens, Disease in a world of our own making
Disponible en: <http://farmingpathogens.wordpress.com/2014/04/23/neoliberal-ebola/>
- ¹⁶ *Ibid*
- ¹⁷ Rights and Resources Group. 2013. Investments into the Agribusiness, Extractive and Infrastructure Sectors of Liberia: An Overview. Washington DC: RRG. Disponible en: http://www.rightsandresources.org/documents/files/doc_5772.pdf
- ¹⁸ Farmlandgrab.org (2012), Liberian communities statement on expansion of Sime Darby and Golden Veroleum plantations. 3 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://farmlandgrab.org/post/view/21381>
- ¹⁹ Bello W (2008), How the World Bank, IMF and WTO destroyed African agriculture. Disponible en: http://www.worldhunger.org/articles/08/editorials/bello_afag.htm

-
- ²⁰ Smillie I et al, The Heart of the Matter: Sierra Leone, Diamonds and Human Security, Partnership Africa Canada, enero de 2000. Disponible en: http://www.pacweb.org/Documents/diamonds_KP/heart_of_the_matter_summary-Eng-Jan2000.pdf
- ²¹ Kenny C, The Ebola Outbreak Shows Why the Global Health System Is Broken, Bloomberg Businessweek, 11 de Agosto de 2014. Disponible en: <http://www.businessweek.com/articles/2014-08-11/the-ebola-outbreak-shows-why-the-global-health-system-is-broken>
- ²² Cornia G, R.Jolly y F. Stewart (eds.) (1988), Adjustment with a Human Face: Ten Country Case Studies, Oxford University Press
- ²³ OECD (2007), Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, International Migration Outlook, SOPEMI 2007 Edition, p. 176. ISBN 978-92-64-03285-9, OECD 2007. Disponible en: <http://www.oecd.org/migration/mig/41515701.pdf>
- ²⁴ Mills et al (2011), The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis, BMJ 2011;343:d7031 doi: 10.1136/bmj.d7031 (publicado el 24 de noviembre de 2011)
- ²⁵ Say L et al (2014) Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. The Lancet Global Health, Volume 2, Issue 6, págs. e323 - e333, junio de 2014
- ²⁶ Trenchard T (2013), Sierra Leone charges state employees in graft probes, Reuters, Viernes 8 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.reuters.com/article/2013/03/09/us-sierraleone-corruption-idUSBRE92716N20130309>
- ²⁷ Véase hoja informativa sobre ZMapp: <http://www.mappbio.com/zmapinfo.pdf>
- ²⁸ Crist C (2014), Wired, Searching for Causes of the Ebola Outbreak, and for a Way to Stop the Next One. 18 de Agosto de 2014. Disponible en: <http://www.wired.com/2014/08/ebola-outbreak-causes/>
- ²⁹ Douglas S (2014), Courage, death and survival: On the front lines of the Ebola outbreak, The Globe and Mail, Viernes 8 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.theglobeandmail.com/news/world/courage-death-and-survival-on-the-front-lines-of-the-ebola-outbreak/article19979697/>
- ³⁰ Harker J (2014), Why are western health workers with Ebola flown out, but locals left to die? theguardian.com, lunes 15 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/sep/15/ebola-doctor-death-olivett-buck-sierra-leone>
- ³¹ Strange H (2014), Ebola patients flee as armed men raid Liberia clinic, The Telegraph, 17 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/africaandindianocean/liberia/11039693/Ebola-patients-flee-as-armed-men-raid-Liberia-clinic.html>
- ³² ——— (2014), Team of 8 Health Officials, Journalists on Ebola Awareness Trip Killed in Guinea. The Niger Times, domingo 21 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.thenigertimes.com/2014/09/team-of-8-health-officials-journalists-on-ebola-awareness-trip-killed-in-guinea.html>
- ³³ Legge, D G (2012) Future of WHO hangs in the balance. BMJ, 345, e6877.
- ³⁴ Youde J (2014), Can the World Health Organization Lead?, The Washington Post, 8 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.washingtonpost.com/blogs/monkey-cage/wp/2014/08/08/can-the-world-health-organization-lead-do-we-want-it-to/>
- ³⁵ *Ibid*
- ³⁶ Freeman C y Sanchez R (2014), US to send 3,000 troops to Ebola-hit Liberia, The Telegraph, 16 de septiembre de 2014. Agosto en: <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/ebola/11100332/US-to-send-3000-troops-to-Ebola-hit-Liberia.html>
- ³⁷ Bill and Melinda Gates Foundation (2014), Gates Foundation Commits \$50 Million to Support. Disponible en: <http://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2014/09/Gates>

[Foundation Commits \\$50%20Million to Support Emergency Response to Ebola](#)

³⁸ Sifferlin A (2014), World Bank: Ebola's Economic Impact Could Be 'Catastrophic', Time, 17 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://time.com/3394147/ebola-world-bank/>