

TODO LO QUE NOS QUEDA SON LAS HISTORIAS

Estaba tomando un café con Austen Davis, un tipo agradable y alegre que trabajaba como director general de Médicins Sans Frontières (MSF) —o Médicos Sin Fronteras— de los Países Bajos. Era el año 2000 y yo acababa de volver de Sudán, donde me había entrevistado con el ministro de Exteriores para expresarle mis quejas por los bombardeos que su Gobierno había ordenado contra los centros de alimentación de MSF en el sur del país. Austen y yo estábamos en la terraza de un café junto a la entrada principal de la oficina de MSF en Amsterdam, ubicada en el recinto de una antigua prisión restaurada. Ahora el patio es un paraíso al aire libre con cafés, quioscos y un buen número de instalaciones artísticas. Una columnata neoclásica conduce al patio y a la entrada de MSF. En uno de los pilares hay una placa con una lágrima de cristal en recuerdo de los judíos holandeses desaparecidos durante el Holocausto. Arriba, grabado en el friso, puede leerse: «*Homo sapiens non urinat in ventum*», «El hombre sabio no debería orinar contra el viento». Sin duda era un lugar muy adecuado para MSF.

—Lágrimas y meados. ¿Es ése nuestro destino? —le pregunté a Austen.

—Tal vez. Pero podemos negarnos a llorar. Mi lema es: «Grita bien fuerte y mea con frecuencia». Quién sabe, ¡a lo mejor así el viento cambia de rumbo!

«Ése es mi hombre», pensé. En un principio, la frase de marras estaba pintada en una pared de la antigua prisión. Du-

rante la restauración, alguien se tomó la molestia de transcribirla en un arco visible. Por lo menos ésa es la historia que se cuenta.

Historias, todos tenemos historias. La naturaleza no cuenta historias, pero nosotros sí. Nos descubrimos en ellas, nos formamos con ellas, nos identificamos con ellas. Si somos las historias que nos contamos, más vale que las elijamos con cuidado. Este libro se compone de una serie de historias. Me pregunto una y otra vez: «¿Cómo debo actuar?, ¿cómo debemos actuar frente al sufrimiento ajeno?». Es una pregunta a la que no he dejado de dar vueltas durante buena parte de mi vida. Este libro es el relato personal de mi itinerario político como médico humanitario, ciudadano y hombre a lo largo de los últimos veinte años. He presenciado hambrunas, epidemias de enfermedades evitables, guerras, crímenes de guerra y genocidios. He visto fracasar la política y he comprobado lo difícil que es conservar la humanidad cuando esto sucede. He presenciado un catálogo interminable de horrores y, al verme reflejado en ellos, he sabido que podía ser un simple espectador o podía sufrirlos, ser cómplice o infligirlos. Lo que sigue no es una historia desapasionada. No pretendo situarme al margen de los hechos y circunstancias que describo. Es lo que he vivido y lo que vivo. Para mí, estos momentos han sido mayores que la pequeñez del tiempo mismo. Son momentos personales, momentos políticos o momentos en que se mezclan ambas cosas. Tampoco es una historia sentimental en la que las víctimas son tratadas con compasión y paternalismo o en la que se las considere merecedoras de ayuda en la medida en que no sean fuente de temor. De lo que habla este libro es de una forma de mirar que requiere humildad para que uno mismo pueda reconocerse en el otro; de la correspondencia que, si lo queremos, puede existir entre nosotros.

Fue mi primera intervención como médico humanitario y a decir verdad no tenía nada que ver con la medicina. Era octu-

bre de 1992 y me habían nombrado coordinador médico de MSF en Baidoa (Somalia), ciudad que se había hecho famosa en todo el mundo como la «Ciudad de la Muerte». Allí, como en otros puntos del país, MSF había instalado centros de alimentación, consultorios y hospitales para dar asistencia a las víctimas de la hambruna y de una guerra civil que cada día se volvía más cruenta. Cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y varias organizaciones no gubernamentales llegaron al país, los muertos se contaban ya por cientos de miles. El Hércules C-130 del ejército estadounidense en el que llegué había aterrizado en una pista a las afueras de la ciudad. Una hora después, me encontraba paralizado por mi estupor en uno de los centros de alimentación frente a tres mil personas, una marea de hambre humana en pleno desierto.

Aguardaban sentados en filas sobre el duro suelo. Estaban esqueléticos y la mayoría guardaba silencio de puro agotamiento. El viento soplaba cálido sobre mi rostro y no pude evitar tragarme algo de la arenilla que transportaba. Me fijé en una mujer con un bebé sobre el regazo. Estaba dibujando algo con un palo sobre la arena. Soltó el palo y sacudió al bebé, que ni lloró ni se despertó. Tal vez estuviera dormido o en estado comatoso, imposible saberlo. Recogió el palo y siguió dibujando. Verla hacía que me temblasen las piernas y tuve que sentarme sobre un cajón de material sanitario.

En un rincón del centro de alimentación había un barracón de color blanco habilitado como pabellón médico; al lado, otros tres que servían como depósito de cadáveres. Estaban llenos: los cuerpos se apilaban como pequeñas pirámides imperfectas de un metro de altura. Por el rabillo del ojo vi que algo se movía en lo alto de una de las pilas. Me di la vuelta. No quería saber qué podía ser aquello. Miré a mi alrededor para ver si el viento era lo bastante fuerte para mover la lona del barracón o levantar por los aires una plancha de cartón. Efectivamente, lo era.

Fue entonces cuando le vi parpadear. El viento le hincha-

ba la camisa como si fuera un globo. Yacía entre los muertos y su piel tersa dejaba ver las costillas y los huesos de la pelvis. Una de sus manos parecía aferrar algo indefinido que el viento hubiera arrastrado. Me lo llevé al pabellón médico. Pesaba menos de treinta y cinco kilos, y cuando lo cogí del brazo me pareció ligero como una pluma. Lo hice sin pensar. No actué como creía que debía, sino como si no tuviera elección.

Todas las camas del pabellón médico estaban ocupadas, así que lo tendí en el suelo. Una ayudante lo tapó con una manta. Estaba irritada y en tono impaciente me dijo que lo habían trasladado a la morgue porque no había tiempo ni personal para atender a todos los pacientes, y que en cualquier caso iba a morir. En ese instante, sentí rabia hacia ese sentido de la eficacia que nos lleva a colocar a los vivos entre los muertos. También sentí desesperación por él y por mí mismo. Podría haber sido yo quien estuviera en su lugar y dependiera de los actos de un extraño para, por lo menos, tener una muerte digna.

Abría y cerraba los ojos, tiritaba bajo la manta, y no tardó en morir. Ya sólo quedaba la sombra profanada de una vida que había visto momentos mejores. Ni siquiera sabía cómo se llamaba, pero sabía que tenía padres, amigos y tal vez incluso mujer e hijos. ¿Qué decisiones habían desencadenado una guerra civil y una hambruna que causaban tanto sufrimiento a cientos de miles de personas como él, a esas alturas, en la última década del siglo XX?

Ingenuo de mí, al empezar a trabajar con MSF acepté el hábito de médico apolítico. Creía que la ayuda humanitaria —con sus principios de neutralidad, imparcialidad e independencia— estaba al margen de la política, en cierto sentido incluso por encima de ella, y que en cualquier caso era ajena a sus turbios negocios. Con el tiempo, me daría cuenta de que la ayuda humanitaria no está separada de la política, sino vinculada a ella, y de que es una forma de combatir decisiones políticas que con demasiada frecuencia matan o permiten que otros mueran.

En Somalia asistí a las masacres provocadas por la anarquía política originada tras el fin de la guerra fría. Allí, la ayuda humanitaria no era únicamente lo que separaba el sufrimiento de la muerte, sino que para los señores de la guerra y los especuladores constituía la mercancía más rentable del país. Las ayudas eran objeto de saqueos, y tanto las extorsiones como las mafias protectoras se convirtieron en algo habitual a la hora de repartirlas. Los cooperantes eran secuestrados, apaleados y en ocasiones asesinados, pero a pesar de que nuestras instalaciones sufrían de continuo el ataque de los señores de la guerra y los saqueadores, nos esforzamos por seguir desempeñando nuestra labor. Había voces que pedían la intervención de la ONU, aunque sólo fuera para seguir con la acción humanitaria. Al poco de mi llegada, la ONU autorizó una intervención militar dirigida por Estados Unidos bajo bandera humanitaria. A los pocos meses, la intervención humanitaria recurriría a la fuerza en un torpe intento por consolidar el gobierno. Entre seis y diez mil somalíes fueron maltratados, torturados y asesinados por las tropas *humanitarias* italianas, belgas, canadienses y estadounidenses. Las fuerzas de la ONU bombardeaban hasta los hospitales, lo que hizo que la opinión pública somalí se volviera en contra de la misión. Los días 3 y 4 de octubre de 1993 más de mil somalíes y dieciocho *rangers* estadounidenses murieron en Mogadiscio. La imagen de un *ranger* muerto al que la multitud arrastraba desnudo por las calles de la capital hizo cambiar la política exterior de la última superpotencia del mundo, provocó un giro en la política de la ONU y dejó sentenciado el destino de Somalia. El país quedó de nuevo abandonado a la anarquía y la posibilidad de la acción humanitaria quedó hecha trizas. Eso me hizo aprender que incluso en algo tan neutral e imparcial como el humanitarismo la política importa, y mucho.

Mi labor en Somalia consistía en aplicar mis conocimientos médicos al tratamiento de los pacientes y en organizar los consultorios, hospitales y centros de alimentación. El huma-

nitario es algo más que eficacia médica o competencia técnica; por encima de todo, a la hora de la verdad, el humanitarismo busca aliviar el sufrimiento inmediato, en especial, el de los que sufren a solas.

Cuando elegimos ponernos del lado de los que sufren, la compasión no únicamente conduce a la piedad sino a la solidaridad. La piedad nos hace actuar como si el otro fuera un objeto y pudiéramos asumir una especie de postura apolítica con relación a las causas y condiciones que provocan ese sufrimiento, como si éstas escaparan al ámbito de competencias de la política y como si la caridad y filantropía fueran las respuestas adecuadas; sin embargo, al ponernos del lado de las víctimas, nos negamos a aceptar el intolerable atentado contra la dignidad del otro y, por ende, de uno mismo. El humanitarismo lleva implícita la insistencia en la aplicación del derecho internacional humanitario y la apelación a los demás para que actúen como ciudadanos y exijan a los gobiernos el respeto de los postulados más básicos de la dignidad humana. La solidaridad implica una voluntad de afrontar las causas y condiciones de un sufrimiento que socava la dignidad, y de exigir un mínimo de respeto por la vida humana. La solidaridad también significa reconocer la dignidad y la autonomía del otro, y defender su derecho a elegir su propio destino. El humanitarismo es la lucha por crear ese espacio que nos permita ser plenamente humanos.

En el invierno de 1993-1994 estuve trabajando en Afganistán mientras los talibanes combatían por hacerse con el poder político. No hacía mucho que los soviéticos y la CIA se habían retirado, y Kabul y otras ciudades estaban en estado de sitio. En enero, ciento veinte mil personas recorrieron a pie unos doscientos cincuenta kilómetros desde la capital hasta la frontera paquistaní. Allí tuvieron que dar media vuelta y buscar refugio en las montañas del paso de Jiber. La mañana siguiente a mi llegada, vi a una mujer sentada sobre una roca cerca del barracón en que MSF tenía el consultorio. Tres de sus hijos lloraban de frío acurrucados junto a ella, que soste-

nía en sus brazos un bebé muerto. Cuando me miró, los labios le temblaban, yo no sabía si de miedo, de frío o de ambas cosas. Abdullah, el intérprete, me dijo: «Escucha. ¿Oyes eso?». Escuché y al cabo de un momento dije: «No oigo nada. Todo el mundo está en silencio. Aquí no se oye más que el silencio». Abdullah hizo una pausa antes de contestarme: «Exacto».

La gente no acude a los consultorios y hospitales para que los escuchen sino para que los curen. A menudo esperan en silencio. No se trata sólo de que hablen otra lengua, o de que yo sea el médico y ellos los pacientes: su silencio es una costumbre asentada y casi insoportable, un hábito aprendido por medio del sufrimiento de sus comunidades, sus familias, sus cuerpos y sus hijos. A algunos, el sufrimiento los persigue desde hace años; para otros, se limita a las últimas semanas de una guerra o de una situación de caos que ha obligado a la familia a abandonar su casa y marcharse a otro lugar, cualquier lugar, con tal de que sea más seguro. Y, pese a todo, para la mayoría de ellos —como para esa madre afgana rodeada por sus hijos— la opción de rendirse resulta inconcebible.

El silencio de la gente en los consultorios, el susurro de las sílabas aisladas con que dan a entender que el médico ha dado con la fuente de dolor, esos sonidos y los espacios vacíos que los jalonan nos enseñan que el sufrimiento no lo soporta quien quiere, sino quien no tiene más remedio que aguantar una cruz que se le ha impuesto.

En su comentario sobre la *Ilíada* de Homero —escrito en el verano de 1940, tras la ocupación de Francia por los nazis—, Simone Weil señalaba que el «sobresalto» es lo que distingue a aquellas personas de las que «se olvida» incluso su presencia; el sobresalto, el temblor, de quienes se ven limitados a una vida desnuda privada de su carácter intrínsecamente sacro. Es en este reducto silencioso donde actúa el trabajador humanitario, quien, al hablar por los que no tienen voz, deja oír la voz de la indignación, voz que da testimonio de las vicisitudes de la víctima y que exige para ella asistencia y protección con el fin de que su silencio no pase inadvertido. Ha-

blar es el primer acto político, el primer acto de libertad. Hablar presupone, además, que uno se diga a sí mismo: «Existo y no estoy solo».

En el mejor de los casos, la política es un proyecto humano imperfecto. Lo malo es engañarse pensando que puede ser perfecta. En Ruanda, en 1994, yo estaba destinado como jefe de misión en Kigali, la capital del país. Allí, la política era particularmente engañosa, pues su propósito era un genocidio. Fue una época atroz, terrible, una época en que el Estado planificaba el mal de forma sistemática. Más de un millón de personas —casi todos tutsis— fueron masacradas en catorce semanas. Los cuerpos se amontonaban por las calles de la capital y las aguas de las alcantarillas que corrían junto al hospital que conseguimos mantener abierto bajaban rojas de sangre.

Una noche, después de muchas horas de operaciones, una niña de unos nueve años me explicó cómo se había librado de morir a manos de un escuadrón de ejecución. Dichos escuadrones formaban parte de un plan orquestado por el Gobierno para eliminar a los tutsis de Ruanda. Mediante el intérprete, la niña me dijo: «Mi madre me escondió en las letrinas. Yo podía ver por el agujero. Vi que la atacaban con machetes. Vi cómo el brazo de mi madre caía al suelo sobre la sangre de mi padre, y lloré en el retrete sin hacer ruido».

Los genocidios existen porque alguien lo decide. Antes del genocidio, Francia llevaba años adiestrando y armando a los soldados ruandeses, y mientras duró la matanza, en ningún momento dejó de suministrarles armas, mercenarios e instrucción. MSF y otras organizaciones no gubernamentales reclamaron una y otra vez la intervención de la ONU, pero Bélgica, Francia y Estados Unidos paralizaron toda posible iniciativa y mantuvieron su política exterior aun a pesar del genocidio. La intervención de la ONU bajo mando francés fue insuficiente, tardía y resultó en una pámema que los responsables del genocidio aprovecharon para refugiarse en Zaire.

A menudo se ha dicho que los genocidios y otras crueldades humanas semejantes son inefables. En realidad, no tienen

más de inefable que de inconcebible. El ser humano comete genocidios. Los médicos no pueden hacer nada para evitar esta clase de crímenes. Sin embargo, la niña de la letrina no tenía voz, y nosotros, como médicos, teníamos la obligación de denunciar aquellos hechos. No se trataba de hacer aspavientos, sino de hablar con la firme intención de despertar la indignación de la conciencia pública del mundo y de exigir a la ONU una intervención que pusiera freno a esa política criminal.

Cuidar el mundo persona a persona trata de la búsqueda de una manera de luchar contra el sufrimiento humano en el mundo. Uno de los mayores retos a los que el humanitarismo se enfrenta hoy en día es la disolución de las fronteras entre la ayuda humanitaria y los objetivos políticos de las intervenciones militares. En el periodo posterior a la guerra fría hemos sido testigos de intervenciones militares humanitarias en Somalia, Timor Oriental, Kosovo, Haití y Sierra Leona, pero no ha sucedido lo mismo en Angola, Chechenia, Nepal o Corea del Norte, cuando en estos países, y en muchos otros, se han cometido o se cometen flagrantes violaciones de los derechos humanos y de las leyes de la guerra que provocan un sufrimiento humano profundo y generalizado.

Aterricé en Nueva York a primera hora de la mañana del 11 de septiembre de 2001. Desde el taxi en el que me dirigía a una reunión en la sede de la ONU, vi cómo ardían las dos torres del World Trade Center. Cuando me presenté como voluntario en el lugar desde donde se clasificaba a las víctimas, me di cuenta de que el mundo había cambiado. El terrorismo y la guerra global contra el terror liderada por Estados Unidos han sustituido a la guerra fría en el papel de contexto geopolítico principal de la ayuda humanitaria. Las intervenciones siguen siendo selectivas. En Darfur (Sudán) se están cometiendo crímenes contra la humanidad, si no un genocidio al ralentí, pero nadie les ha dedicado más que retórica política a los habitantes de esa región, donde más de cuatrocientas mil personas han muerto desde 2003. Las acu-

saciones de imperialismo occidental en Afganistán e Irak han dificultado aún más la práctica humanitaria. En ambos países, donde las necesidades son perentorias, el humanitarismo es poco más que un lobo con piel de cordero, ya que Estados Unidos y sus aliados se sirven de la asistencia humanitaria como herramienta política para ganarse los corazones y las mentes de la población con vistas a sus campañas militares. En junio de 2004, cinco trabajadores de MSF fueron asesinados en Afganistán. La inseguridad es tal en ambos países que MSF y muchas otras organizaciones se han visto obligadas a retirarse o a mirar desde la barrera mientras millones de personas siguen sufriendo. En el contexto posterior al 11-S, la autoridad moral de un humanitarismo fundado en el concepto de la dignidad humana se ha visto emponzoñada por aquellas potencias occidentales que emplean la tortura y las llamadas rendiciones extraordinarias; las mismas potencias que no tienen empacho en reescribir las leyes de la guerra ni en recortar un número cada vez mayor de libertades civiles en su propio territorio, todo ello en nombre de la «era de la Libertad» de George Bush, una época supuestamente de libertades, democracia y derechos humanos.

Debemos hacer frente a la injusticia y exigir que nuestros gobiernos rindan cuentas de lo que hacen en nuestro nombre. Catherine Lu, filósofa política de la Universidad McGill, ha escrito que

la justicia es el distintivo de la sociedad humana [...]. Como todas las virtudes y vicios, es un atributo exclusivamente humano. Por más que en sentido metafórico utilicemos el lenguaje de la justicia para definir los actos de los dioses, o el destino o la naturaleza, en el fondo, sólo los seres humanos pueden ser justos o injustos. [...] La justicia es un ideal que no requiere esfuerzos sobrehumanos, pero que resulta inalcanzable sin la voluntad y el esfuerzo de la gente, cualidades que se echan en falta en situaciones de injusticia.

El primer acto de justicia es reconocer a la víctima. En enero de 2000 me encontraba en Sudáfrica, en un consultorio de MSF especializado en el tratamiento del sida. En un acto de patente desobediencia civil, MSF se disponía a importar medicamentos contra el VIH y el sida de forma ilegal en Sudáfrica. ¿Por qué? El sida es una enfermedad para la que existe tratamiento, como lo existe para la diabetes. No obstante, a día de hoy, el número de fallecimientos por su causa asciende a treinta millones en todo el mundo, hay treinta y tres millones de seropositivos y el número de contagios podría aumentar hasta los cien millones de aquí al año 2020. Casi todas las personas contagiadas viven en países en vías de desarrollo. En 1996 empezaron a comercializarse medicamentos patentados en Occidente, pero ni que decir tiene que, con un coste superior a los quince mil dólares anuales por persona (las cantidades, en este libro, se darán siempre en dólares estadounidenses), nadie iba a poder permitírselas en otros países.

En el consultorio, examiné a un hombre de veintiún años. En casi cualquier país de Occidente habría tenido toda la vida por delante, pero como estábamos en Sudáfrica su vida estaba terminando. Estaba tan débil que para subirse a la camilla necesitó la ayuda de la madre y la abuela. Una vez sentado, cogió aire y me hizo un par de simples preguntas: «¿Por qué viene usted aquí sólo con buenas intenciones cuando lo que necesito son medicamentos? Le agradezco las buenas intenciones, pero eso no me curará el sida. La gente de su país tiene esos medicamentos, ¿por qué en Sudáfrica la gente como yo no los tiene?».

Fue por preguntas como ésa que MSF emprendió la Campaña por el Acceso a Medicamentos Esenciales. Empezamos recabando información y movilizándolo una coalición de grupos ciudadanos de varios países, criticamos públicamente a las empresas farmacéuticas y a los gobiernos que anteponen el beneficio económico al derecho a la vida; creamos un fondo para adquirir versiones genéricas de algunos medicamentos y redujimos el precio del tratamiento contra el sida desde los

más de quince mil dólares que costaban los medicamentos patentados hasta los menos de doscientos dólares que costaban sus versiones genéricas. Desde Seattle a Doha, trabajamos para desafiar, presionar y ganarnos a la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ONU y a los gobiernos locales. Hemos logrado muchas victorias pero también ha habido derrotas, e incluso hemos sufrido reveses inesperados, como la Ley C-9 de Canadá, que en teoría permite exportar medicamentos genéricos a países en vías de desarrollo pero en la práctica es un atolladero burocrático. Y el sida era sólo la punta del iceberg: la Campaña por el Acceso a Medicamentos Esenciales también sirvió para combatir de forma radical algunas enfermedades más —síntoma de una política que había descuidado a millones de personas durante demasiado tiempo—, como, por ejemplo, la enfermedad del sueño, la malaria y la tuberculosis.

En 2001, cuando terminó mi mandato como presidente de MSF, me nombraron presidente del Grupo de Trabajo para las Enfermedades Olvidadas. Nos centramos en averiguar por qué se investigan tan poco las enfermedades que afectan sobre todo a los estratos pobres de los países en vías de desarrollo. La razón es simple: los rendimientos de la inversión no son lo bastante altos para la industria farmacéutica, que se mueve tan sólo por el interés y la codicia, y los gobiernos no han sabido garantizar que la riqueza generada por el monopolio de las patentes revierta en beneficio de las necesidades sanitarias globales. En vez de esperar a que otros movieran ficha, MSF impulsó una iniciativa sin ánimo de lucro a la que llamó Medicamentos para las Enfermedades Olvidadas. Se creó en julio de 2003 y en la actualidad tiene en desarrollo diecisiete medicamentos; el primero de ellos, un tratamiento contra la malaria diseñado de forma específica para las necesidades de los países en vías de desarrollo, salió al mercado en marzo de 2007. La finalidad de la iniciativa no era asumir la responsabilidad del problema, sino demostrar que los cambios y las alternativas justas son viables.

La campaña siguió el mismo patrón que los movimientos sociales siguen desde hace siglos: las campañas a favor de los derechos de las mujeres y los derechos laborales, el movimiento contra la esclavitud, el movimiento en defensa del medio ambiente... Todos ellos se negaron a aceptar lo inaceptable, todos ellos lucharon por poner la dignidad humana en el centro de su proyecto político. Las ideas pueden tener una fuerza arrolladora, más poderosa que los ejércitos o las economías. Su fuerza no reside en las armas o el dinero, sino en un grupo organizado de gente que actúa.

En 2004 viajé con James Fraser, de MSF, a Malawi. Malawi es un país devastado por el sida e incapaz de dar tratamiento a una población con un índice de seropositivos del 14 %, pues aunque existen medicamentos a precio asequible, su sistema sanitario es más una fantasía que una realidad. Visité el hospital de Zomba, un distrito donde el 20 % de la población es seropositiva. Aquello era un infierno, y, al igual que en mi primera experiencia en Somalia en 1992, cuando miré a mi alrededor me flaquearon las rodillas. El hospital estaba saturado de pacientes en estado terminal, unas ciento cincuenta personas convivían hacinadas en un pabellón con sólo treinta camas. Algunos de los enfermos estaban tendidos bajo los árboles del exterior. El 90 % de los pacientes eran seropositivos. Más que un hospital aquello era una morgue. Alice era la única enfermera, y no había ningún médico. Hablé con Alice, que se echó a llorar en cuanto le pregunté simplemente cómo se había propagado la enfermedad. En un intento por consolarla un poco, dije: «Siempre hay esperanza». Ella se enjugó las lágrimas y me contestó: «Sí, doctor James, hay esperanza, pero está muy lejos de aquí».

En ese momento, James Fraser y yo decidimos dejar MSF y fundar una nueva organización que ayudara activamente a las comunidades a afrontar las crisis con sus propios medios. La llamamos Dignitas International, y su cometido consiste en facilitar una atención comunitaria a los enfermos de VIH de países en vías de desarrollo. Gracias a la labor del personal

sanitario de los poblados, los médicos, las enfermeras y los funcionarios del Ministerio de Sanidad de Malawi, y en colaboración con un equipo internacional de investigadores, hemos desarrollado un programa de prevención y tratamiento en el hospital y los poblados de Zomba. En la actualidad, cuidamos a diez mil seropositivos, a quienes administramos las mejores herramientas y tratamientos que conoce la ciencia médica, y por medio de la colaboración del Ministerio de Sanidad de Malawi, el tratamiento llegará todavía a más gente. Son miles de personas las que lo necesitan, y lo tendrán. Cuando creamos un mundo de posibilidades tangibles, hay lugar para la esperanza.

En la actualidad tengo cuarenta y nueve años, esposa y dos hijos, soy médico, ciudadano, cooperante ocasional, y siempre, por encima de todo, una persona. En los últimos veinte años, he luchado por averiguar cómo responder al sufrimiento ajeno. Con el tiempo me he dado cuenta —tal vez demasiada cuenta— de que sólo el ser humano puede ser cruel de forma racional. Sólo el ser humano puede elegir sacrificar vidas en nombre de un fin político, y sólo el ser humano puede cuestionar esta clase de sacrificios. Como médico, he tenido un acceso casi ilimitado a algunas de las experiencias más íntimas de la vida de las personas. Casi siempre estas experiencias han sido de sufrimiento, pero también he visto cómo personas, familias y comunidades recuperaban la salud, y he sido testigo de la bondad de la que, como seres humanos, somos capaces: la bondad que hace posible que una madre, por grande que sea su sufrimiento, alimente a su hijo; la bondad de una madre y una abuela que cargan a cuestas con un muchacho enfermo hasta un consultorio en Sudáfrica. La bondad de quienes se niegan a seguir callando ante el atropello del prójimo y actúan para remediar un agravio. De toda esa bondad somos capaces, cuando nos lo proponemos.