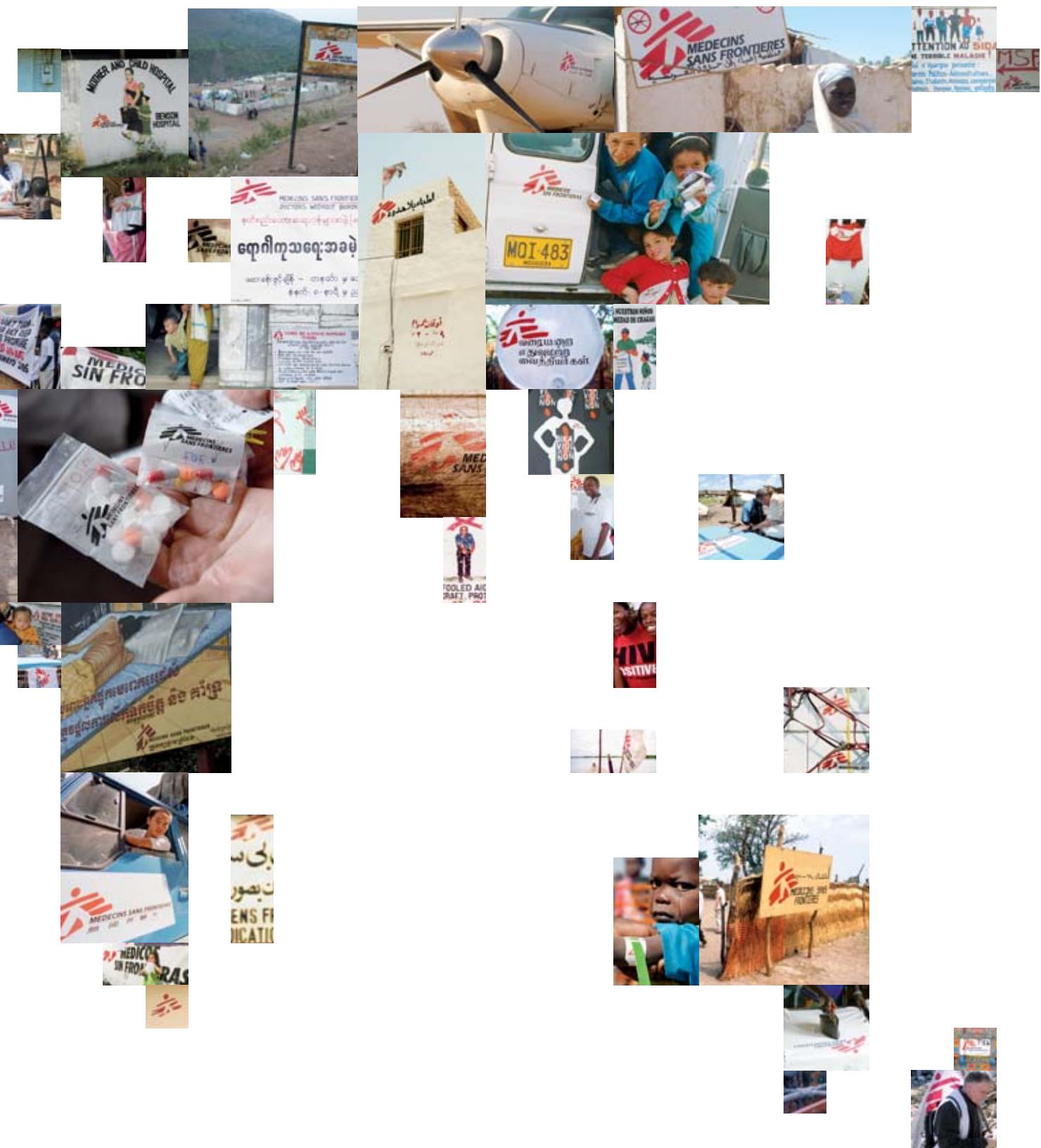


Julio 2007

Médicos Sin Fronteras
Metges Sense Fronteres
Médicos Sen Fronteiras
Mugarik Gabeko Medikuak

MSF72 Memoria 2006





Sumario

Edita

Médicos Sin Fronteras
Nou de la Rambla, 26
08001 Barcelona
T 933 046 100
F 933 046 102

Página web

www.msf.es

Consejo de redacción

Jaume Codina
Andreu Gusi
Mar Padilla
Anna Pineda
Gemma Planas
Eric Thomas
Carmen Vicente
Aitor Zabalzogezakoa

Coordinación

Carmen Vicente

Edición

Mar Padilla

Corrección

Eulàlia Sanabra

Colaboraciones

Rafa Carrascosa
Jaume Codina
Olímpia de la Rosa
José María del Romero
Paula Farías
Silvia Fernández
Cecilia Furió
Andreu Gusi
Aloís Hug
Natalia Latapy
Nines Lima
Mar Padilla
Raimon Piferrer
Gemma Planas
Javier Sancho
Clara Tarrero
Karine Traorvuez
Aitor Zabalzogezakoa

Producción

Carmen Vicente

Diseño

Diego Feijóo

Maquetación

Diego Feijóo
Eloi Gimeno

Fotomecánica

Grafitek

Impresión

Litografía Rosés

Depósito legal

B-25942/89

Delegaciones MSF España

Barcelona, 933 046 100
Bilbao, 944 231 194
Gijón, 985 319 293
Madrid, 915 411 375
Málaga, 952 604 131
Valencia, 963 916 133

Versión digital disponible en www.msf.es

**Atención primaria
en el campo de despla-
zados de Shangil
Tobaya, Darfur (Sudán)**

© JUAN CARLOS TOMASI

5

Carta de la presidenta de MSF-E

6

Resumen del año 2006

10

Proyectos MSF

- 12 **Indicadores por país**
- 14 **Angola**
- 15 El año de las emergencias de cólera
- 16 **Armenia**
- 17 **Bolivia**
- 18 **Chad**
- 19 **Colombia**
- 20 **Ecuador**
- 21 **Guatemala**
- 22 **Etiopía**
- 23 Enfermedad del sueño, Chagas y kala azar
- 24 **India**
- 25 **Kenia**
- 26 **Liberia**
- 27 **Malaui**
- 28 **Marruecos**
- 29 **Níger**
- 30 **República Centroafricana**
- 31 **República Democrática del Congo**
- 32 **Siria**
- 33 **Somalia**
- 34 **Sri Lanka**
- 35 Sin espacio humanitario
- 36 **Sudán (Darfur)**
- 37 Conflictos armados: combates menores con graves consecuencias humanas
- 38 **Sur de Sudán**
- 39 **Tanzania**
- 40 **Territorios palestinos**
- 41 **Uganda**
- 42 **Zambia**
- 43 **Zimbabue**

44

Logros y retos

46

Recursos humanos

- 46 Personal en sede y delegaciones
- 46 Personal MSF internacional
- 47 Personal en el terreno

48

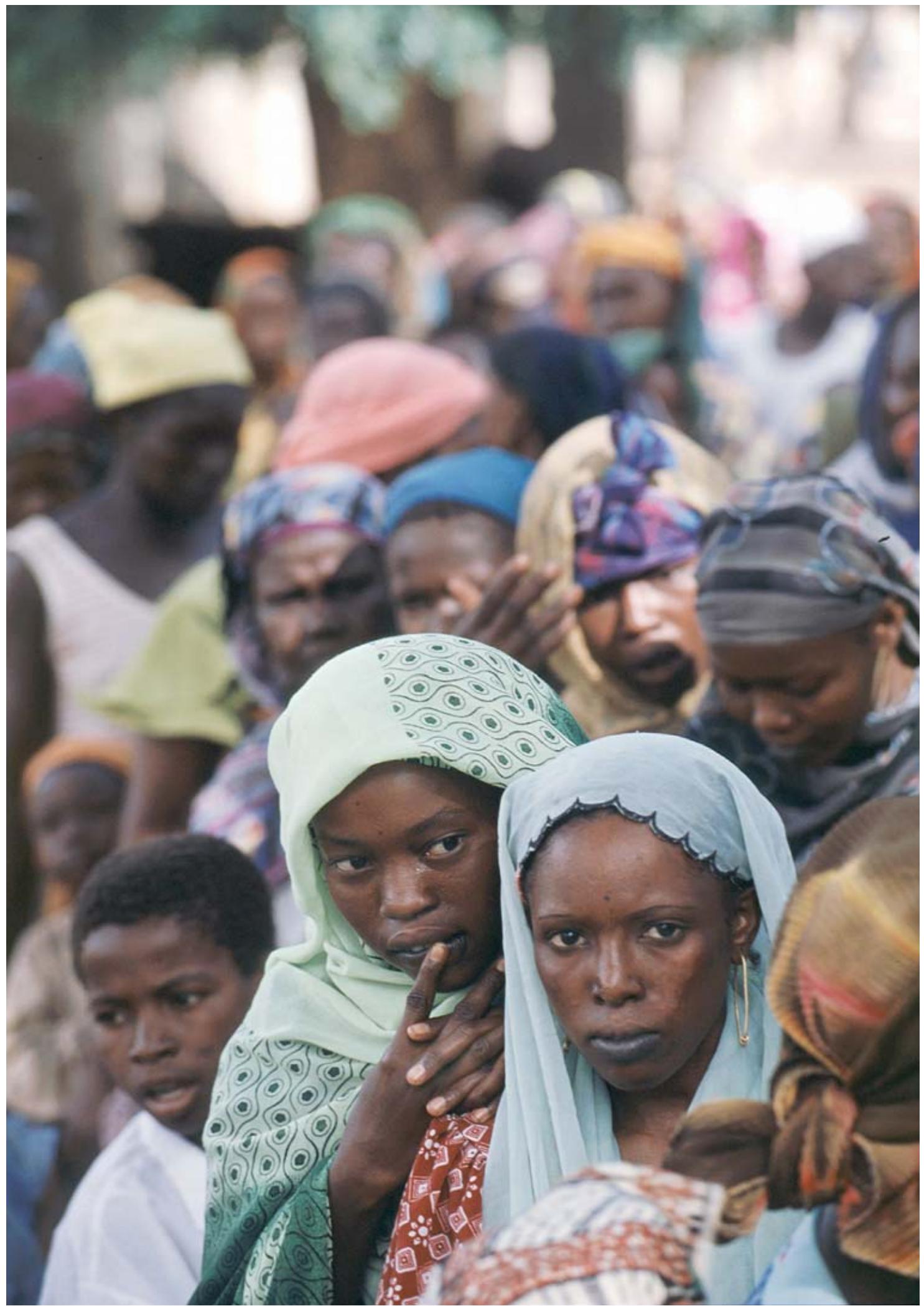
Apoyo social

- 48 Transparencia y rendición de cuentas
- 50 Socios y donantes particulares
- 51 Empresas y fundaciones
- 51 Herencias y legados

52

Finanzas

- 52 Informe de auditoría
- 53 Estructura de ingresos 2006
- 54 Estructura de gastos 2006
- 56 Equilibrios financieros y cuenta de resultados de MSF-E
- 57 Gastos por país y por tipo de proyecto
- 58 Ingresos por financiador
- 58 Cuentas consolidadas de MSF internacional 2005





Paula Farias,
presidenta MSF-E

Carta de la presidenta

La memoria 2006, el resumen de un año, el recuento de lo hecho y el apunte de lo que queda aún por hacer. Un mosaico de proyectos desarrollados en un mundo en pie de guerra, en el que nos toca definir prioridades ante un abanico que va desde nuevos conflictos, esperados o no, a guerras inconclusas que dejan de ser noticia debido a lo poco mediática que resulta la cronicidad y no a que el sufrimiento de quienes las padecen se haya visto reducido en medida alguna, pasando por guerras antiguas con nuevos titulares que crean tan sólo una ilusión de cambio en un problema que no cesa, como es el caso de la guerra en Somalia.

Proyectos por otro lado orientados, como no puede ser de otro modo, a la única víctima incuestionable de todo enfrentamiento, la población civil, sometida a la violencia en todas sus formas de expresión: desplazamientos forzados, violencia sexual, falta de acceso a servicios básicos de salud, alimentos y derechos fundamentales... Una lista a la que, a día de hoy, también hemos de añadir la falta de acceso de las víctimas a la ayuda. Un problema reciente, debido en ocasiones a la inseguridad derivada de la nueva forma de percibirnos que tienen las partes implicadas en los conflictos y que últimamente está condicionando nuestras intervenciones.

Proyectos que también abordan endemias, epidemias y problemas nutricionales que siguen amenazando a millones de personas y poniendo a prueba nuestra capacidad de respuesta, huyendo de soluciones clásicas y obligándonos a buscar nuevas formas de hacer.

Logros y fracasos de 2006, y parrilla de salida de un 2007 que seguirá estando marcado por nuevos conflictos más o menos predecibles y antiguos conflictos que no cesarán. Por endemias irresueltas, epidemias esperadas y más.

En definitiva, un año donde los mismos de siempre seguirán sufriendo la mala fortuna de –valga por una vez el tópico– estar en el baile equivocado. Un año en el que nos toca seguir marcando el camino, conscientes de que equivocarse y aprender son dos verbos que van indefectiblemente ligados entre sí, y no sólo eso, sino que tanto más aprenderemos y nos equivocaremos cuanto más creativos y audaces seamos. Pues hemos también de ser conscientes de que no nos podemos permitir quedarnos donde estamos; eso acabaría con el humanitarismo frente al pretendido pragmatismo que predica el desarrollo como única salida; el uso del bien común como pretexto y las bajas colaterales o el mal menor como algo aceptable.

Es el “aquí y ahora”, el no aceptar a ningún ser humano como prescindible en nombre del sistema o del desarrollo, lo único que nos carga de razones. Por eso reivindicamos nuestro humanitarismo, y hoy más que nunca, aún a riesgo de quedarnos solos, pero con las ideas claras y la audacia por delante, rechazando la razón cuando en la ecuación haya seres humanos como nosotros en cuyo nombre podamos rebelarnos. Y con esa rebelión en el corazón, trabajar y avanzar en nuestra capacidad de dar respuesta, pues en devolver la dignidad a esas personas nos va nuestra razón de ser.



Resumen del año 2006



Por Aitor Zabalgogeazkoa,
director general MSF-E

Un balance anual tiene elementos positivos y negativos. Si os soy sincero, no sé cuales pesaron más en nuestra acción el año pasado. Quizá tendemos a ver la botella medio vacía cuando está medio llena... pero lo que queremos destacar de lo que pasó el año pasado es la cantidad de veces que no pudimos llegar a tiempo para ayudar a las personas inmersas en crisis. Hay muchas razones, muchos elementos que no podemos controlar (los contextos en los que nos movemos) y otros en los que sí podíamos haber hecho más (nuestra manera de organizarnos).

Acceso limitado a la ayuda humanitaria

Son muchos los lugares y situaciones en las que hemos estado meses esperando en una frontera, en un despacho, en un pequeño mercado, a que quien tenía el poder o la autoridad nos permitiera seguir adelante. Es parte de nuestra manera de trabajar, pero por qué no expresaros nuestra frustración. Semanas perdidas en Darfur, donde los equipos estuvieron evacuados debido a la extrema violencia que los actores implicados en la guerra ejercen contra los actores humanitarios. Meses perdidos en Siria, Sri Lanka o India, donde la burocracia y los intereses políticos marcan un ritmo desesperante. Días en los que no pudimos más que ver impotentes lo que sucedía en Somalia, Uganda o República Centroafricana.

Incluir la limitación de acceso de la ayuda humanitaria a las poblaciones como un hecho destacado del año 2006 tiene varias lecturas. Por un lado, las situaciones locales son cada vez más complejas en un mundo interconectado, incluso en aquellos lugares de África donde no hay siquiera luz eléctrica. Cada vez influye más la percepción que se tiene de nosotros, la manipulación que algunos gobiernos ejercen sobre la acción humanitaria para esconder su inacción política o diplomática, o las cábals polticas que

los dirigentes locales se hacen ante la presencia de un equipo de Médicos Sin Fronteras. La parte positiva es que llegamos a más gente, a más lugares, más rápido y con más capacidad que nunca, y por ello aumentan las dificultades con las que nos enfrentamos.

Viejos y nuevos desafíos en contextos de conflicto

La intensidad de los conflictos no ha cambiado, creo que nuestros mayores podrían dar fe de ello. Pero sí se han complicado las circunstancias: los actores se multiplican y cada vez influyen causas más lejanas. En Darfur son ya una docena las facciones opositoras al Gobierno sudanés; cuando comenzó la rebelión sólo eran dos y el conflicto tiene cada vez más una lectura internacional. En Sri Lanka hay facciones que cambian de bando cada cierto tiempo, las gentes que viven en sus áreas de influencia no saben a qué atenerse y son desplazadas de un lugar a otro sin remedio. En la República Democrática del Congo hay miles que vagan desnudos y sin acceso a alimentos o servicios de salud desde hace meses. En Colombia la cifra de desplazados por la violencia no ha dejado de crecer, aunque las autoridades parecen que sí han dejado de contabilizarlos. En Somalia, Estados Unidos y Etiopía se han implicado directamente en la guerra y la violencia se ha exacerbado aún más si cabe que en los últimos 16 años sin Gobierno ni Estado.

En algunos de los escenarios de la “guerra contra el terrorismo” (el término empieza a perder su sentido, si es que alguna vez lo tuvo), Médicos Sin Fronteras (MSF) está trabajando desde la periferia. En una situación en la que todas las partes implicadas exhibieron como condición el “conmigo o contra mí” y donde la población civil entra en la ecuación como arma arrojadiza entre los beligerantes, el espacio de maniobra es muy estrecho. Los riesgos a los que estaban sometidos tanto el personal nacional como el expatriado eran inaceptables. Por ser de los pocos

actores civiles y no armados, éramos el objetivo más fácil y las amenazas no eran sorteables. Así, en Afganistán o en Irak, los equipos trabajan para atender a los que son capaces de huir del conflicto. Nuestros esfuerzos en el caso de Siria aún no han dado sus frutos. No estamos autorizados todavía a trabajar con los centenares de miles de iraquíes que llegan a su territorio. Y nos preguntamso si el Derecho Internacional Humanitario, aquél que nos rige en tiempos de guerra, tendrá vigencia de nuevo o pasará a ser una ley testimonial que nadie respeta.

Desplazamientos de población y emergencias

Son centenares de miles las personas que están migrando en estos momentos, muchas veces los más fuertes son elegidos por sus familias y comunidades para este objetivo: llegar a un lugar donde haya seguridad, trabajo y salario para poder ayudar a los suyos. Es una misión en la que muchos no se pueden permitir el fracaso, por las deudas, las amenazas... El desplazamiento interno por la violencia y los refugiados económicos se mueven por todos lados. Hay miles huyendo entre Darfur y Chad, entre Chad y República Centroafricana, entre Mozambique y Suráfrica o entre México y Estados Unidos. También hay otros tantos perdidos en los mares del planeta, convirtiendo las aguas de Naoibú, Trípoli, Fuerteventura o Lampedusa en un inmenso cementerio de sueños. Paradójicamente, los más fuertes se convierten en seres vulnerables y languidecen a su suerte en los arrabales de las grandes ciudades del norte de Marruecos o de Argelia.

Durante el año pasado respondimos a 36 emergencias de diferente naturaleza y magnitud, y muchas de ellas fueron atendidas por los propios equipos desplegados en el terreno. No hubo grandes desastres como el tsunami o el terremoto de Pakistán, pero se produjeron centenares de miles de casos de cólera en Angola,

Zambia y otros países africanos, y también epidemias de meningitis y brotes de sarampión, a los que hicimos frente en una dispersión de comunidades y geografías. En estas situaciones nuestra capacidad humana y técnica ha sido puesta a prueba una vez más. En el caso del cólera estamos buscando soluciones nuevas a un problema medieval. Mientras las condiciones ambientales no mejoren –algo que está lejos de ocurrir en los grandes centros urbanos africanos–, nos veremos obligados a atender una y otra vez brotes de enfermedades diarreicas. ¿Cómo podemos mejorar nuestro impacto? ¿Cómo lo hacemos cuando la epidemia ya está en marcha? Son preguntas que nos hacemos todos los días...

Enfermedades: logros y fracasos

La gran emergencia en el tiempo y el espacio que supone el VIH/sida en África nos pone en aprietos: quisieramos tratar a muchos más pacientes cada día, pero sólo llegamos a unos 10.000. Todos los equipos de MSF en el mundo llegamos a unos 80.000 enfermos, pero hay millones. ¿En qué podemos marcar la diferencia? Ya lo hemos hecho, junto con otros actores sociales, a la hora de establecer precios asequibles para los tratamientos, pero nos falta la mayor parte del recorrido. Nos hemos fijado la meta de impedir la transmisión del VIH de madres a hijos; para ello tenemos que hacer un esfuerzo en localizar y convencer a todas esas madres que ni siquiera saben que pueden transmitir la infección a sus hijos e hijas. Dicho así es una tarea titánica e inabordable. Por eso hemos de ser pragmáticos: por lo menos, que ningún niño nazca con VIH allí donde haya proyectos de MSF. Con este empeño, día a día, quizás cambiemos un poco la cara de la pandemia.

En este punto hemos de hablar del mayor fracaso del año pasado. Una mirada de razones nos han impedido extender el tratamiento de la tuberculosis en la mayoría de nuestros proyectos. Los tratamientos son largos y tóxicos, las resistencias están a la orden del día,... pero la principal razón es que no nos hemos atrevido. No ha sido una prioridad y esto tiene que cambiar. El paso que dimos con el VIH/sida (tratar, tratar y tratar) nos está costando darlo con la tuberculosis. La práctica diaria y los fracasos son los que nos permiten corregir y aumentar nuestra acción. En cambio, en lo que respecta a otras

patologías como la malaria o ciertas enfermedades olvidadas hay avances y noticias positivas. Ampliamos los tratamientos de la enfermedad de Chagas a mayores de 15 años; es posible que haya un tratamiento más corto y sencillo de aplicar para la enfermedad del sueño; y a finales de año habrá una combinación contra la malaria que sólo consiste en tres pastillas. ¡La diferencia que estos pequeños pasos en investigación y desarrollo van a marcar es de gigante!

Convertir las limitaciones en estímulos

Además de sobrar enfermedades, falta agua y comida en muchas comunidades de ese continente en crisis permanente que empieza al sur del Mediterráneo. Nuestras intervenciones en la crisis nutricional de Níger están permitiendo mantener con vida a miles de niños desnutridos, pero no es suficiente. Hemos de buscar fórmulas para que los alimentos terapéuticos listos para usar sean accesibles a todos y que la capacidad que éstos han demostrado para tratar a miles de pacientes más en régimen ambulatorio debe extenderse a todas esas zonas donde la comida, además de escasa, es demasiado cara para la mayoría.

En esta revisión anual de actividades, hemos echado en falta más actividades de prevención inmediata y directa durante las emergencias. Quizá porque nos hemos acostumbrado a que otros actores lo hicieran o porque atender un caso es más tangible que impedir que se produzcan otros nuevos, pero el hecho está claro: hemos de retomar actividades de vacunación, nutrición, agua, higiene y saneamiento que habíamos dejado en un segundo plano. Siendo conscientes de que no podemos hacerlo todo, hay actividades que tenemos que volver a priorizar en nuestras intervenciones.

Las limitaciones de nuestra capacidad están marcadas por dos cuestiones clave. Una es que tenemos que estar inventando cómo llegar, cómo hacerlo mejor, cómo hacer más, y a veces, con tanto afán perdemos de vista que tenemos que dedicar una parte de nuestro esfuerzo y nuestro tiempo a ser creativos, a buscar maneras diferentes de llegar a la gente que precisa de nuestra ayuda. La otra cuestión es que esta organización, con el apoyo de todos vosotros, se construye todos los días y algunos de esos días nos cuesta manejarla. Sobre todo a la hora de organizarnos. Somos profesionales y estamos comprometidos, pero

los programas son más complejos, las situaciones en las que nos vemos envueltos más complicadas y las necesidades a las que nos enfrentamos no dejan de aumentar.

Por ello tenemos que seguir mejorando nuestra capacidad de gestión y organización. Queremos ser claros y honestos con vosotros: no siempre tenemos éxito en nuestras intervenciones, no podemos llegar a todo y a todos. Pero nos comprometemos a mostraros nuestros logros y fracasos para que nos ayudéis todos los días a llevar a cabo nuestra acción. Para responder ante vosotros (sois más de 180.000 socios y 300.000 donantes los que apoyáis a MSF España) y rendir cuentas de cómo y en qué utilizamos vuestro apoyo, y sobre todo para no defraudar a los que están en el corazón de todo lo que hacemos: los miles de personas que sufren las crisis y a quienes podemos dar una oportunidad. A continuación os mostramos lo que fuimos capaces de hacer el año pasado. Mientras lo intentamos una y otra vez, sabiendo que nunca será suficiente, con vuestro apoyo seguiremos adelante. Gracias.

Foto página 6
Un equipo de MSF transporta suministros médicos de emergencia y combustible atravesando el río Litani, en Líbano, después de que un ataque aéreo destrozara el último puente transitable.

© ZOHRA BENSEMRA / REUTERS

Centro de nutrición terapéutica en Níger.

© JUAN CARLOS TOMASI



Proyectos MSF

● En rojo, países con proyectos gestionados por MSF España en 2006

Los proyectos de Armenia, Etiopía, Malauí y Zambia son gestionados por MSF Grecia y parcialmente financiados por MSF España.

*Siria: intervención de emergencia.



- En negro, países con proyectos de todas las secciones de MSF

Fuente: *MSF Memoria Internacional 05-06*
(esta publicación comprende los proyectos entre julio de 2005 y julio de 2006).

Reproducción del planisferio basado en la proyección de A.Peters.

Mapa original cedido por la editorial Vicens Vives.



Indicadores por país

	Esperanza de vida al nacer 2004 (en años)	Índice de desarrollo humano 2004	Prevalencia VIH 2005	Casos de tuberculosis 2004 (x 100.000 habitantes)	Tasa de mortalidad infantil 2004 (x 1.000 nacidos vivos)	Gastos de salud per cápita 2003 (en dólares USA)	Número de médicos 1990-2004 (x 100.000 personas)	Población 2005 (en millones de habitantes)
Angola	41	0,439	3,7	310	154	49	8	15,94
Armenia	71,6	0,768	0,1	98	29	302	359	3,02
Bolivia	64,4	0,692	0,1	290	54	176	122	9,18
Chad	43,6	0,368	3,5	566	117	51	4	9,74
Colombia	72,6	0,790	0,6	75	18	522	135	45,6
Ecuador	74,5	0,765	0,6	196	23	220	148	13,23
España	79,7	0,938	0,6	20	3	1.853	330	43,06
Etiopía	47,8	0,371	0,9/3,5	533	110	20	3	77,43
Guatemala	67,6	0,673	0,9	107	33	235	90	12,6
Guinea-Bissau	44,8	0,349	3,8	306	126	45	12	1,59
India	63,6	0,611	0,9	312	62	82	60	1.103,37
Kenia	47,5	0,491	6,1	888	79	65	14	34,26
Liberia	42,4	•	2,0/5,0	447	157	17	3	3,28
Malauí	39,8	0,400	14,1	501	110	46	2	12,88
Marruecos	70	0,640	0,1	105	38	218	51	31,48
Níger	44,6	0,311	1,1	288	152	30	3	13,96
RCA	39,1	0,353	10,7	549	115	47	8	4,04
RDC	43,5	0,391	3,2	551	129	14	11	57,55
Tanzania	45,9	0,430	6,5	479	78	29	2	38,33
Siria	73,2	0,716	<0,2	51	15	116	140	19,04
Somalia	47	•	0,9	673	225	•	4	8,23
Sri Lanka	74,3	0,755	<0,1	91	12	121	55	20,74
Sudán	56,5	0,516	1,6	370	63	54	22	36,23
Territorios palestinos	72,7	0,736	•	36	22	•	•	3,7
Uganda	48,4	0,502	6,7	646	80	75	8	28,82
Zambia	37,7	0,407	17,0	707	102	51	12	11,67
Zimbabue	36,6	0,491	20,1	673	79	132	16	13,01

Esperanza de vida al nacer

Número de años de media que viviría un recién nacido si durante toda su vida no cambiase los modelos imperantes de mortalidad específicos de cada edad en el momento de su nacimiento.

Índice de desarrollo humano

Índice compuesto que mide la consecución media en tres dimensiones básicas de desarrollo humano: vida larga y salud estable (índice de esperanza de vida), conocimiento (índice de educación) y nivel de vida decente (índice del PIB).

Prevalencia VIH

Porcentaje de personas entre 15 y 49 años con VIH.

Casos de tuberculosis

Las cifras se refieren a todas las formas de tuberculosis en base a datos de Unicef y OMS.

Tasa de mortalidad infantil

Número de fallecimientos de niños entre el nacimiento y el primer año de vida.

Gastos de salud per cápita

Dólares gastados en Salud por persona y año, compensado por la paridad del poder adquisitivo.

Número de médicos

Incluye a los graduados de una facultad o escuela de Medicina que están trabajando en cualquier área médica (incluyendo enseñanza, investigación y/o práctica.)

Población

Incluye a todas las personas actualmente presentes en un área determinada y en un tiempo determinado.

Violaciones de DDHH

Se consideran violaciones muy graves (1) de los derechos humanos los abusos relativos a la vida y seguridad de la persona de manera sistemática y generalizada por acción u omisión del Estado. Se consideran violaciones graves (2) de DDHH todos los abusos anteriormente mencionados cuando sean con frecuencia, además de aquellos que atentan contra los derechos personales, políticos y civiles.

Conflictos armados

Se considera conflicto armado todo enfrentamiento protagonizado por grupos armados regulares e irregulares de diversa índole que, organizados y usando armas u otros medios de destrucción, provocan más de 100 víctimas en un año.

Fuentes Informe del PNUD sobre desarrollo humano 2006, <http://hdr.undp.org>

Alerta 2007! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de la paz
Página web de la Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/es/>

			Violaciones de DDHH 2006 (Amnistía International y Human Rights Watch)	Conflictivo armado	Tensiones y disputas de riesgo	Desplazados internos 2005 (por miles)	Refugiados 2005 (por miles y por país de origen)	Población con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas 2004 (%)	Personas desnutridas 2001-2003 (% población total)	Casos de malaria 2001-2004
1	•	menos		62	216	53	38	88,4		Angola
2	•	•		8	14	92	29	<0,1		Armenia
2	•	más		•	•	85	23	2,3		Bolivia
2	Sí	más	55/65		48	42	33	39,6		Chad
1	Sí	•	1.706/3.663 ¹		60	93	14	3,7		Colombia
2	•	más	•		1	94	5	4		Ecuador
•	•	•	•		•	100	•	•		España
1	•	más/menos	150/265		65	22	46	8		Etiopía
1	•	menos		242	3	95	23	2,5		Guatemala
•	•	•	•		1	59	37	122,6		Guinea-Bissau
1	Sí	menos		600	16	86	20	1,7		India
•	•	menos		382	5	61	31	3,6		Kenia
2	•	más/menos	13 ²		231	61	49	•		Liberia
•	•	•	•		•	63	34	221,5		Malauí
2	•	•	•		3	81	6	<0,1		Marruecos
•	•	•	•		1	46	32	48,4		Níger
2	Sí	•	•		43	75	45	24,7		RCA
1	Sí	más	1.664		431	46	72	83,1		RDC
2	•	menos	•		2	62	44	289,7		Tanzania
1	•	más		305	16	93	4	<0,1		Siria
1	Sí	menos		400 ³	394	29	•	2,4		Somalia
1	Sí	•		325	108	79	22	0,6		Sri Lanka
1	Sí	más/menos	5.355		393	70	27	91,8		Sudán
1	Sí	•	21/50 ⁴		350	92	16	•		Territorios palestinos
1	Sí	más/menos	1.740 ⁵		34	60	19	477,9		Uganda
•	•	•	•		•	58	47	172,2		Zambia
1	•	más		750	11	81	45	96,2		Zimbabue

Tensiones y disputas de riesgo

Se entiende por situaciones de tensión y disputas de alto riesgo (más) aquellos contextos en los que se producen graves situaciones de polarización social o política, con enfrentamientos entre grupos políticos, étnicos o religiosos o entre éstos y el Estado, con alteraciones del funcionamiento ordinario de las instituciones estatales y con índices significativos de destrucción, muertes o desplazamientos forzados de población. En algunos de estos contextos existen posibilidades, a corto o medio plazo, de una mayor tensión que desemboca en conflicto armado. Se consideran situaciones de tensión menor (menos) aquellos contextos en los que no parece probable el surgimiento de un conflicto armado a corto o medio plazo, pero que siguen requiriendo seguimiento.

Desplazados internos

Un desplazado interno es aquella persona que ha sido forzada a abandonar su casa por razones religiosas o persecución política, guerra o desastres naturales, y que no ha cruzado una frontera internacional.

Refugiados

Un refugiado es una persona que busca asilo en un país extranjero para escapar de una persecución, guerra, terrorismo, pobreza extrema, hambrunas o desastres naturales.

Población con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas

Porcentaje de la población con un acceso aceptable a una cantidad suficiente de agua potable de fuentes mejoradas.

Personas desnutridas

Personas cuya ingestión crónica de alimentos es insuficiente para satisfacer sus necesidades energéticas mínimas.

Casos de malaria

Número total de casos de malaria reportados a la OMS por parte de los países donde la malaria es endémica.

1. El valor estimado más bajo es acumulativo a partir de 1994. La cifra más alta es acumulativa desde 1985.

2-3. Cifras de 2006.

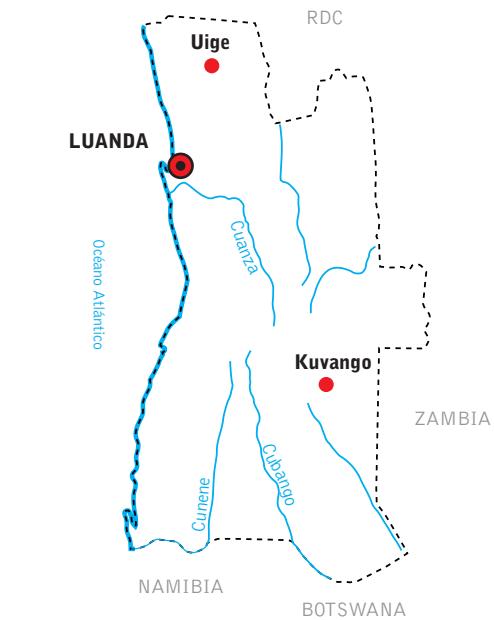
4. El valor estimado más bajo incluye únicamente a los desplazados internos cuyo desalojamiento se debe principalmente a la demolición de viviendas desde 2000. La cifra más alta es acumulativa desde 1967.

5. Las estimaciones no incluyen ciertas partes del país o algunos grupos de desplazados internos.

Angola

MSF se retira del país tras 17 años de asistencia

Población diana: 2.324.000 personas



Contexto

Cuatro años después del final de un conflicto que duró más de tres décadas, la emergencia humanitaria en Angola ha dado paso a una fase de transición y la paz se ha consolidado. A pesar de ello, el país tiene un alto grado de corrupción y carece de mecanismos democráticos y de rendición de cuentas. El país sufre además problemas sanitarios, entre otras razones, porque el presupuesto estatal asignado a Sanidad es de los más bajos de la zona. La epidemia de cólera que se desató en Luanda y en otras partes del país durante la primavera de 2006 puso de manifiesto esta deficiencia. Sin embargo, la existencia de emergencias epidemiológicas no justifica la presencia continuada de MSF, por lo que todas las secciones han evaluado el valor de su intervención durante la nueva fase de construcción y desarrollo, y han decidido dar por finalizada su labor en el país.

Proyectos

A lo largo del año, la presencia de MSF en Angola se ha ido reduciendo paulatinamente. El primer proyecto se cerró en Kuvango en marzo de 2006, tras haber renovado las estructuras de salud, formado al personal y suministrado medicamentos para un periodo de seis meses. El siguiente proyecto en cerrar fue en la provincia de Uige, donde se

había dado apoyo a las estructuras de salud y mejorado el acceso de la población a la asistencia. Además, MSF trabajó en colaboración con el programa nacional de lucha contra la malaria para incorporar el uso de pruebas rápidas y la terapia combinada con artemisinina para tratar esta enfermedad.

Emergencias

El deficiente sistema de salud angoleño tuvo que enfrentarse a la peor epidemia de cólera jamás registrada en la capital, Luanda. La epidemia se propagó por toda la ciudad y otras partes del país. La crisis avanzó rápidamente y la tasa de mortalidad alcanzó un 14% en algunas zonas. Los equipos de MSF atendieron a más de 8.000 pacientes en tres centros de tratamiento de cólera abiertos en diferentes partes de la ciudad. El brote se extendió con gran rapidez a las provincias, reportándose casos en 15 de las 18 en que se divide el país. En mayo, la epidemia llegó a Uige, donde MSF abrió otro centro de tratamiento de cólera y trató más de 2.500 casos.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital, Luanda	667.007	19,10%
Kuvango / atención primaria	88.071	2,52%
Uige / atención primaria	905.172	25,92%
Luanda,Uige / cólera	1.817.397	52,05%
Uige / cólera, fiebre tifoidea	13.965	0,40%
Total gastos	3.491.612	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Junta Castilla-La Mancha	179.420	5,14%
Total FF institucionales	179.420	5,14%
MSF España	1.142.783	32,73%
MSF Alemania	1.900.000	54,42%
MSF Canadá	140.201	4,02%
MSF Estados Unidos	129.209	3,70%
Total FF privados	3.312.192	94,86%
Total ingresos	3.491.612	100,00%

El año de las emergencias de cólera



Por **Olimpia de la Rosa**,
técnica sanitaria de la
Unidad de Emergencias

Por **Raimon Piferrer**,
técnico logístico de la
Unidad de Emergencias

A lo largo de 2006, las intervenciones de cólera han constituido la mayoría de las emergencias de MSF. De febrero a diciembre hubo nada menos que 10 emergencias en siete países africanos: Angola, Sudán, Etiopía, Níger, República Democrática del Congo (RDC), Uganda y Zambia. La suma de esfuerzos tuvo como resultado que los equipos de la organización atendieran finalmente a más de 25.000 pacientes en sus centros de tratamiento de cólera.

Aunque los contextos donde se ha intervenido han sido muy distintos, los retos han sido los mismos: disminuir la mortalidad y limitar la propagación de la epidemia mediante aislamiento y tratamiento médico de los pacientes, y realizando actividades de prevención en las comunidades. Estas acciones incluyen la difusión de mensajes de sensibilización, la promoción de hábitos higiénicos, garantizar el acceso a agua potable y mejorar las condiciones de saneamiento. En el caso de las emergencias de cólera, el impacto de la intervención se basa en la rapidez de la respuesta. En esto MSF debe seguir mejorando, ya que, si bien en algunas intervenciones del año 2006 la respuesta fue en el momento adecuado, en otras se llegó con cierto retraso, como en Zambia o en Angola. Para conseguir optimizar la respuesta a la epidemia hace falta mejorar los sistemas de alerta temprana y los mecanismos para un correcto análisis de las posibles dimensiones de la misma.

Una de las dificultades con las que se topa la organización es la aceptación por parte de las autoridades de la necesidad de declarar oficialmente la epidemia. No es una cuestión menor: a veces, por razones políticas, los gobiernos se niegan a hablar públicamente de la epidemia como tal. La consecuencia primera de todo ello es un retraso en la intervención, lo que fatalmente puede derivar en un aumento del número de víctimas.

La estigmatización social del cólera también puede llevar a ocultar, omitir o retrasar la intervención para combatir la epidemia. Por ello, es primordial trabajar desde el principio con las comunidades a través de sus líderes, comités, asociaciones, etc. Esta relación de cercanía es también crucial para poder recoger información fiable sobre la evolución de la enfermedad, evitando el sesgo creado por las deficiencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica o por la manipulación intencionada de los datos por parte de las autoridades. Ésta puede obedecer a intereses políticos o al temor de crear un estado de pánico en la población. En Angola, por ejemplo, estimamos que las cifras reales eran tres veces más elevadas que las publicadas por el Ministerio de Salud.

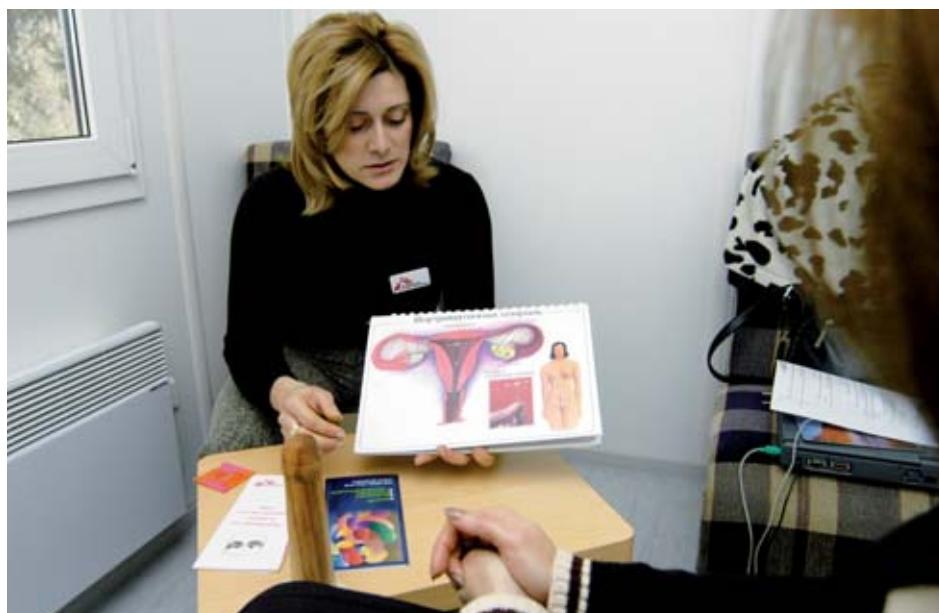
La proximidad con las poblaciones permite un mayor entendimiento de las costumbres y tradiciones locales, facilitando la adaptación cultural de las actividades para evitar prácticas de riesgo como pueden ser las ceremonias funerarias o algunas celebraciones sociales. Una buena aceptación por parte de la población (que en muchos países ya conoce Médicos Sin Fronteras) ayuda a difundir mensajes de preventión. Aunque las estrategias de intervención en cólera son bien conocidas y están estandarizadas, siempre queda un espacio para la necesaria adaptación a los diferentes contextos urbanos, rurales, campos de refugiados o desplazados, con el fin de aumentar la cobertura y la calidad de la atención.

El mayor reto para el futuro es la prevención a través de la mejora de las condiciones de vida, fundamentalmente el acceso a agua potable y la disponibilidad de estructuras de saneamiento adecuadas, y a nivel médico, la investigación y desarrollo de vacunas. Para MSF, los principales retos son lograr una mayor rapidez de respuesta a estas epidemias, adaptar nuestras estrategias a los nuevos escenarios como los suburbios de grandes ciudades, y garantizar la presencia de recursos humanos capacitados para asegurar la eficiencia de las intervenciones.

Armenia

Prevención y tratamiento de ETS y VIH/sida

Población diana: 8.000 personas



GEORGIA

Giumri EREVÁN

TURQUÍA

IRÁN

AZERBAIYÁN

Contexto

En enero de 2006, el Ministerio de Salud armenio estableció la gratuitidad de los servicios de atención primaria, confirmación de que la situación del sistema sanitario mejora poco a poco. Ello se debe en parte a la inyección de fondos de donantes internacionales, así como a la entrada en vigor de un nuevo sistema legal. No obstante, la nueva legislación sigue sin dar una definición clara de la atención primaria, por lo que ésta padece una debilidad de base. Además, aún se arrastran los problemas derivados del proceso de reconversión a una economía de mercado, como demuestran los elevados niveles de pobreza y desempleo. Como consecuencia, han aumentado el comercio sexual, el uso de drogas inyectables y la emigración de los armenios a las repúblicas vecinas, un cóctel peligroso que ha agravado la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre ellas, el VIH/sida.

análisis confidenciales, tratan y hacen seguimiento de los pacientes, y desarrollan actividades de sensibilización y educación. Otro de los focos es el trabajo con el Ministerio de Salud para modificar los protocolos de atención a las ETS, y en especial para incluir los antirretrovirales en la lista de medicamentos esenciales del país para permitir su importación. Se realizaron más de 6.000 consultas y, a finales de 2006, la mayoría de objetivos se habían alcanzado. El proyecto también ha contribuido a luchar contra el estigma que acompaña a estas enfermedades, y que se dejaba sentir incluso entre el personal médico.

Proyectos

MSF empezó en febrero de 2005 un proyecto de prevención y tratamiento de ETS y VIH/sida en la región de Shirak (al noroeste del país), con un importante componente de descentralización. Desde la policlínica de la ciudad de Giumri y otros cinco centros de salud rurales, los equipos realizan

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	271.058	38,69%
Giumri / ETS, VIH/sida	427.060	60,96%
Alto Karabaj / misión exploratoria	2.415	0,34%
Total gastos	700.534	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF Grecia	700.534	100,00%
Total FF privados	700.534	100,00%
Total ingresos	700.534	100,00%

Bolivia

Tratamiento para pacientes de Chagas Población diana: 228.000 personas



Contexto

En diciembre de 2005, Evo Morales se convirtió en el primer jefe de Estado indígena boliviano. En 2006, los acontecimientos estuvieron marcados por la nacionalización de los hidrocarburos, la elección de la Asamblea Constituyente y el referéndum autonómico. A pesar del apoyo mayoritario que tiene el Gobierno, las tensiones políticas y sociales continúan, con un posible riesgo de fragmentación social.

La situación de salud se caracteriza por altos indicadores de mortalidad materno-infantil y una alta morbilidad por enfermedades transmisibles, endémicas y epidémicas. El nivel de acceso y la calidad de la asistencia son muy deficientes, en particular en las zonas rurales.

Proyectos

Los proyectos de MSF en Bolivia se centran en la enfermedad de Chagas, un importante problema de salud pública en el país, con una seroprevalencia general estimada del 40%, que en algunas zonas rurales llega al 70%.

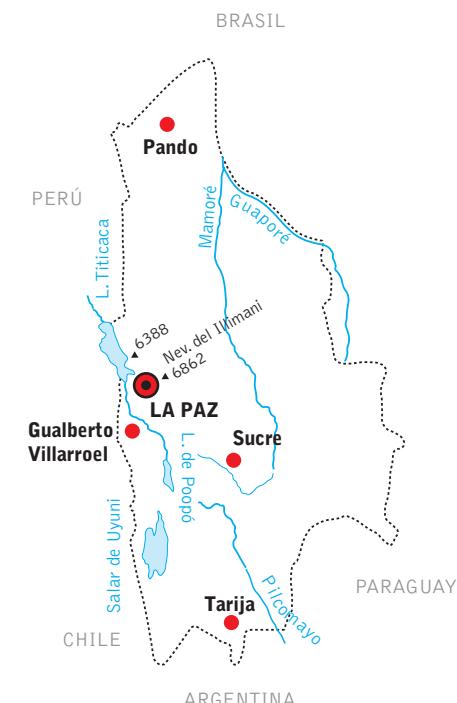
En diciembre de 2006, MSF cerró el proyecto de prevención y tratamiento del Chagas entre menores de 15 años en la provincia de O'Connor, departamento de Tarija. Desde su inicio en 2001, el equipo ha tratado a unos 1.400 niños. Durante estos cinco años se ha trabajado en sensibilización y detección de

casos en una zona rural muy compleja, cubriendose un 95% de la población diana. El proyecto ha sido clave para demostrar que un seguimiento adecuado de los pacientes en tratamiento disminuye la aparición de efectos secundarios graves, lo que permite ampliar los grupos de edad a tratar.

En la ciudad de Sucre, MSF atiende a menores de 18 años con Chagas y en 2006 se han consolidado las actividades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En abril de 2006, MSF cerró el proyecto en el departamento de Pando, donde durante un año y medio se dio apoyo a la red de salud para mejorar el diagnóstico y la atención a enfermos de lepra, tuberculosis, malaria y, en especial, de leishmaniasis.

Emergencias

En enero, lluvias torrenciales provocaron graves inundaciones en Bolivia. En el municipio de San Pedro de Curahuara, provincia de Gualberto Villarroel, (departamento de la Paz), MSF garantizó el acceso a agua potable a 600 familias, distribuyó kits de higiene personal y apoyó las tareas de vigilancia epidemiológica.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	276.142	29,89%
Tarija / Chagas	270.469	29,28%
Pando / enfermedades olvidadas	83.488	9,04%
Sucre / Chagas	276.033	29,88%
Gualberto Villarroel / emergencia	17.601	1,91%
Total gastos	923.733	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Jersey Overseas Aid	48.383	5,24%
Total FF institucionales	48.383	5,24%
MSF España	418.415	45,30%
MSF Canadá	186.935	20,24%
MSF Austria	270.000	29,23%
Total FF privados	875.350	94,76%
Total ingresos	923.733	100,00%

Chad

Asistencia a población afectada por la violencia

Población diana: 280.000 personas



© MARCUS BLEASDALE

Contexto

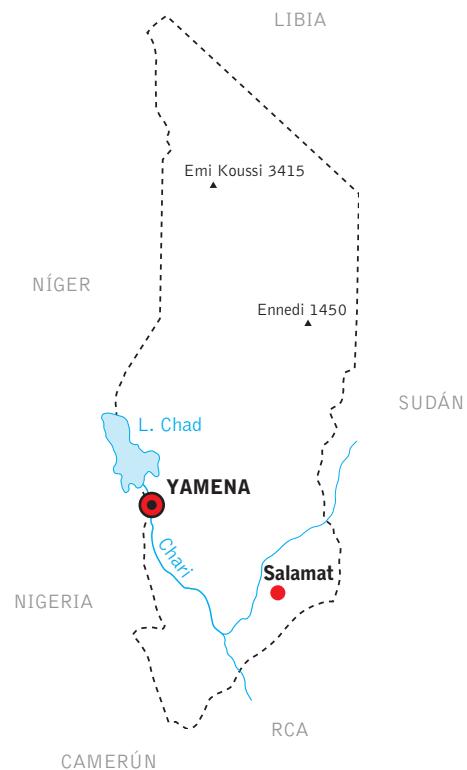
Arrastrado por el conflicto en el vecino Darfur (Sudán), Chad se desliza poco a poco hacia una situación de caos generalizado. Varios factores amenazan la estabilidad del país: al impacto de los cientos de miles de refugiados de Darfur, que llevan más de tres años malviviendo en campos al este de Chad, se suma la influencia desestabilizadora de las milicias darfurianas que operan a ambos lados de la frontera; además, Chad alberga sus propios grupos rebeldes que intentan derrocar el Gobierno del presidente Idriss Déby. A todo esto hay que añadir un conflicto interétnico cuyas raíces se hallan en las históricas disputas por los recursos del país (tierra, uso y acceso al agua), que en 2006 ha tenido una intensidad y unas consecuencias sin precedentes.

En el este del país, al retirar tropas de la frontera con Sudán para fortalecer sus posiciones ante los ataques de los rebeldes, el Gobierno chadiano dejó a la población civil a merced de los ataques en muchas zonas. En la región de Salamat, una oleada de violencia interétnica empezó después de que se produjera una serie de ataques rebeldes en octubre. Aunque sólo duró unos pocos días, tuvo consecuencias graves: se calcula que murieron 180 personas, 150 resultaron heridas y una docena de aldeas fueron incendiadas.

Aproximadamente 2.000 personas huyeron de sus hogares. Además, en diciembre llegaron a la región de Salamat numerosos desplazados que huían de la violencia en la zona de Dar Silah. Las estructuras de salud de la región son muy débiles y no tienen capacidad para hacer frente a las necesidades que surgen por los enfrentamientos y los desplazamientos.

Proyectos

En noviembre, MSF realizó una misión exploratoria en la zona de Salamat que desembocó en la puesta en marcha de un proyecto a finales de diciembre. El objetivo era proporcionar atención sanitaria y ayuda a la población desplazada en la región, y responder a posibles emergencias. El proyecto incluye servicios de atención primaria de salud en campos de desplazados a través de clínicas móviles, atención secundaria de salud en el hospital de Am Timan, distribución de alimentos y artículos de primera necesidad a los desplazados, y realización de actividades de agua y saneamiento.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	362	0,14%
Exploratoria / refugiados/desplazados	15.648	5,98%
Salamat / desplazados internos	245.815	93,89%
Total gastos	261.825	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	261.825	100,00%
Total FF privados	261.825	100,00%
Total ingresos	261.825	100,00%

Colombia

Atención a las víctimas del conflicto
Población diana: 164.480 personas



© JESÚS ABAD COLORADO

Contexto

Colombia sufre el conflicto más antiguo de Latinoamérica, en el que operan distintos actores armados con una gran influencia del narcotráfico. En 2006, el presidente Uribe revalidó su mandato reafirmando así su “política de seguridad democrática” que ha ampliado la presencia del Ejército en muchas zonas del país con el apoyo financiero de EE.UU. Sin embargo, las víctimas civiles siguen siendo las grandes olvidadas del conflicto. Se estima que hay un total acumulado superior a 3,5 millones de desplazados que sufren, además de secuelas de salud mental, una enorme falta de acceso a servicios básicos. En las zonas rurales quedan miles de poblaciones aisladas en medio de los enfrentamientos, que sólo cuentan con las visitas de los trabajadores sanitarios en unas difíciles condiciones de seguridad.

Proyectos

Los equipos sanitarios de MSF en Bogotá y en el municipio colindante de Soacha, han ofrecido atención médica y psicológica a unas 1.000 personas al mes, principalmente desplazados y víctimas de la violencia. Paralelamente se han hecho actividades de sensibilización y presión a las autoridades para reclamar una atención más eficaz a la población desplazada en los suburbios de las grandes ciudades. El Gobierno

colombiano finalmente estableció mediante una circular la obligatoriedad de la atención de salud a los desplazados, antes incluso de que fueran registrados como tales. Esta circular tiene efecto en el área de Bogotá. El equipo de MSF también da apoyo a familias desplazadas mediante asesoría y acompañamiento para que puedan acceder a la atención sanitaria en el complicado sistema de salud del país.

En Florencia y poblaciones aledañas, departamento del Caquetá, MSF ha centrado sus actividades en la atención de salud mental a las víctimas del conflicto. Por otro lado, en Barbacoas, departamento de Nariño, MSF ofrece atención médica a través de clínicas móviles a las poblaciones de áreas rurales aisladas en medio de los enfrentamientos, y da apoyo a las estructuras de salud, así como a la implementación de sistemas de gestión de residuos, y de agua y saneamiento.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	319.778	21,54%
Barbacoas / acceso salud	472.277	31,81%
Caquetá / atención primaria	304.599	20,52%
Soacha-Bogotá / desplazados internos	387.841	26,13%
Total gastos	1.484.495	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	647.027	43,59%
MSF Estados Unidos	193.813	13,06%
MSF Austria	180.000	12,13%
MSF Alemania	380.000	25,60%
MSF Japón	83.655	5,64%
Total FF privados	1.484.495	100,00%
Total ingresos	1.484.495	100,00%

Ecuador

Mejorar la atención y el tratamiento de pacientes de sida

Población diana: 600.000 personas



© JUAN CARLOS TOMASI

Contexto

El año 2006 ha sido un periodo de grandes cambios en Ecuador. La crisis política que venía sufriendo el país culminó en noviembre con la elección de Rafael Correa como presidente del país, cuyas promesas de grandes reformas pueden seguir provocando importantes controversias. Las políticas nacionales para enfermedades como el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis se ven dificultadas por la fragmentación organizativa del sistema de salud y el déficit que éste padece. El 40% de la población no tiene acceso a la atención sanitaria. El registro oficial del programa nacional de VIH/sida arrojó el pasado año la cifra acumulada de 8.388 personas infectadas y 2.000 fallecidas a causa de la enfermedad. Actualmente hay muy pocos medicamentos genéricos disponibles en el país para hacer más sostenible la atención a estos pacientes, y existen muchas dificultades de diagnóstico y seguimiento de las personas tratadas.

de un sistema de atención integral con énfasis en la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. Igualmente ha colaborado en actividades para disminuir la estigmatización laboral y social de las personas VIH-positivas, y ha dado asesoramiento externo en el proceso de realización de una ley de protección de los pacientes de sida.

Paralelamente, MSF ha estado realizando actividades de sensibilización y presionando en favor del registro de medicamentos genéricos precalificados por la OMS en el país, con el objetivo de reducir los precios de los medicamentos ARV y facilitar la sostenibilidad de los tratamientos. Además se ha presionado para incluir las dosis fijas combinadas (las cuales facilitan la adherencia y simplifican el tratamiento) dentro del protocolo nacional de VIH/sida.

El equipo está preparando progresivamente el traspaso del proyecto de VIH/sida de Guayaquil al Ministerio de Salud, que se hará efectivo en 2008.

Proyectos

MSF ha continuado ofreciendo atención y tratamiento del VIH/sida en Guayaquil a más de 1.100 personas. A finales de 2006, más de 340 pacientes recibían tratamiento antirretroviral (ARV) gratuito. La organización también ha trabajado en la aplicación



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	325.814	32,78%
Guayaquil / VIH/sida	668.182	67,22%
Total gastos	993.996	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	864.788	87,00%
MSF Estados Unidos	129.209	13,00%
Total FF privados	993.996	100,00%
Total ingresos	993.996	100,00%

Guatemala

Luchar contra el VIH/sida y el Chagas

Población diana: 568.420 personas



© JUAN CARLOS TOMAS



Contexto

Veinte años después del regreso a un gobierno civil, Guatemala ha avanzado muy poco en cuanto a protección de los derechos humanos y al cumplimiento de la ley. El país presenta altos niveles de corrupción, desigualdad y violencia. El acceso a la salud es muy deficiente y los indicadores sanitarios están entre los peores de Latinoamérica, provocando que las poblaciones más pobres, como las de las zonas rurales y los indígenas, queden desprotegidas.

En Guatemala, se estima que entre 38.000 y 130.000 personas están infectadas por el VIH/sida, con una prevalencia nacional en adultos de un 0,9%, tasa que asciende a un 8% en personas con tuberculosis.

A pesar de que la enfermedad de Chagas afecta a la población de varias partes del país, no se han tomado medidas para diagnosticar, tratar o hacer seguimiento de la enfermedad. Sin embargo, durante el año 2006 se dieron algunos pasos en esta dirección, como sondeos de seroprevalencia entre menores de 15 años y tratamiento para los niños que dieron positivo.

Proyectos

En el departamento de Izabal, en el Caribe guatemalteco, MSF trabaja para contribuir a mejorar el acceso a la atención integral de VIH/sida.

Desde que se inició el proyecto, MSF aboga por una descentralización del tratamiento, aplicando una estrategia de integración de la atención de VIH en los diferentes niveles asistenciales, sin necesidad de hospitales de tercer nivel. El proyecto ha permitido facilitar y acercar el diagnóstico a la población, aumentando la detección de casos. Muchos de los pacientes que no podían acceder a los servicios de salud de la capital ahora tienen acceso en el departamento de Izabal. MSF también ofrece apoyo nutricional, atiende a víctimas de violencia sexual, a enfermos de tuberculosis y presta atención de salud mental.

Desde enero de 2003, MSF ha llevado a cabo un proyecto para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, así como el diagnóstico y tratamiento de Chagas en el municipio de Olopa, departamento de Chiquimula. Durante 2006, el equipo de MSF realizó más de 13.000 consultas externas. A finales de año, este proyecto fue traspasado a las autoridades de salud nacionales.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	353.458	35,02%
Olopa / atención primaria	249.762	24,74%
Izabal / VIH/sida	406.148	40,24%
Total gastos	1.009.368	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Ayuntamiento de Vitoria	91.500	9,07%
Total FF institucionales	91.500	9,07%
MSF España	557.537	55,24%
MSF Suecia	180.000	17,83%
MSF Austria	180.000	17,83%
MSF Dinamarca	33	0,00%
MSF Reino Unido	298	0,03%
Total FF privados	917.868	90,93%
Total ingresos	1.009.368	100,00%

Etiopía

Atención primaria de salud, kala azar y malaria

Población diana: 1.390.400 personas



© JAVIER ROLDÁN

Contexto

Esperanza de vida: 47 años; 78% de población sin acceso a agua potable; tres médicos por cada 100.000 personas; una mortalidad infantil de más del 10%... Son sólo algunos de los indicadores de Etiopía, uno de los países más pobres del mundo. Millones de personas viven en una situación de inseguridad alimentaria crónica debido, entre otros factores, a la debilidad endémica de una economía dependiente de la agricultura, a su vez diezmada por brutales cambios meteorológicos. Además, el debilitado sistema de salud no puede hacer frente a las necesidades de la población. Todo ello, agravado por el impacto del VIH/sida. No obstante, 2006 comenzó con una noticia positiva: el Gobierno aprobaba la primera guía nacional de tratamiento del kala azar, a cuya elaboración ha contribuido MSF.

Proyectos

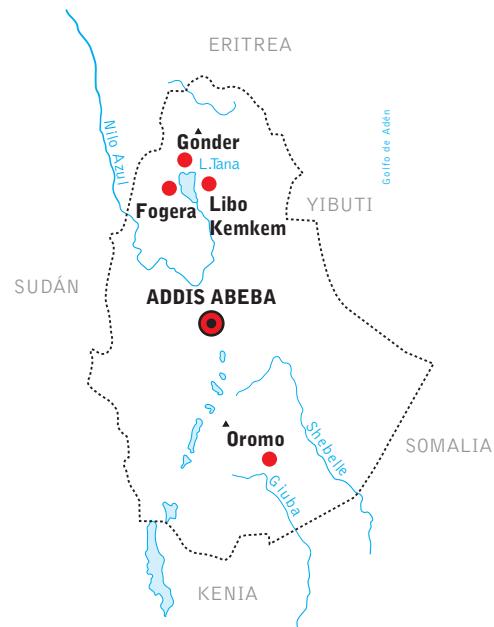
La intervención iniciada como emergencia en 2005 en el distrito rural de Libo Kemkem (región de Amhara, al norte del país) para responder a un brote de kala azar se ha reconvertido en proyecto estable. Para finales de 2006, unas 1.200 personas habían recibido tratamiento y otros 140 pacientes habían sido atendidos por malnutrición.

Por otra parte, tras cumplir sus objetivos, el proyecto de atención primaria iniciado en 2005 en Fogera (Amhara) finalizó sus actividades a principios de 2007, tras reducir la tasa de malaria a menos del 2,1%, gracias a la mejora del tratamiento con terapias combinadas con artemisinina, pruebas rápidas de diagnóstico y actividades de prevención.

Emergencias

De nuevo en Amhara, en Fogera, Libo Kemkem y Gonder Sur, intensas lluvias causaron en verano el desplazamiento de 35.000 personas a orillas del Lago Tana. MSF proporcionó atención médica básica, agua, material de cobijo y otros productos no alimentarios. A mediados de año se produjo una intervención similar en la región de Oromo, al sur del país, para responder a las necesidades de unas 20.000 personas de la etnia guji, desplazadas por violentas disputas por el agua y los pastos.

En octubre, también en el área de Gonder, se produjo un brote de cólera tras 10 años sin epidemias. Además de respaldar al personal sanitario con formación, los equipos prestaron apoyo logístico a varias unidades de tratamiento.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	357.509	20,70%
Guji / emergencia, desplazados internos	181.966	10,53%
Gonder Sur / inundaciones	44.427	2,57%
Gonder Norte-Sur / cólera	84.658	4,90%
Fogera / acceso salud, malaria	758.482	43,91%
Libo Kemkem / acceso salud, kala azar	300.411	17,39%
Total gastos	1.727.453	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF Grecia	1.416.402	81,99%
MSF España	311.051	18,01%
Total FF privados	1.727.453	100,00%
Total ingresos	1.727.453	100,00%

Enfermedad del sueño, Chagas y kala azar



Por **Nines Lima**,
técnica en enfermedades
tropicales

El compromiso que MSF tiene con las poblaciones más vulnerables incluye de manera especial a los pacientes afectados por enfermedades olvidadas, porque sufren la exclusión del modelo actual de investigación y desarrollo en salud, y porque los tratamientos existentes también se les niegan.

Las dos versiones de la tripanosomiasis

En toda esta geografía del olvido, los 60 millones de personas amenazadas por la tripanosomiasis humana africana (THA) o enfermedad del sueño en 36 países del África subsahariana son las más olvidadas de todas. Actualmente hay 70.000 personas infectadas y, aunque las cifras han bajado en los últimos años gracias a programas como los de MSF y a los programas nacionales de lucha contra la enfermedad, la inestabilidad sociopolítica de algunos países ha obstaculizado la asistencia a estos pacientes. Hacen falta medidas urgentes para combatir la THA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en regiones como el sur de Sudán o la República Democrática del Congo (RDC), la prevalencia es ya de un 20%. Lo más grave es que si los pacientes no se tratan, mueren en el 100% de los casos. En algunas zonas la enfermedad puede llegar a tener una mortalidad similar a la del sida.

La versión americana de la tripanosomiasis, conocida también como enfermedad de Chagas (nombre del médico brasileño que descubrió esta infección parasitaria) afecta aproximadamente a 18 millones de personas y mata a 50.000 de ellas cada año. Se estima que 100 millones de latinoamericanos están expuestos a contraerla.

En ambos casos, el diagnóstico y el tratamiento son complicados, y requieren de equipamientos y personal de laboratorio muy bien preparado. La THA no ofrece signos clínicos ni síntomas claros para el diagnóstico. En el caso del Chagas, se necesitan dos o tres pruebas de sangre. En adultos

casi nunca se diagnostica por falta de síntomas. El tratamiento de la THA obliga a los pacientes a ser hospitalizados y recibir inyecciones cada seis horas durante 14 días. Para los casos de Chagas, tanto el nifurtimox como el benznidazol, que son los tratamientos existentes, sólo garantizan la curación de un 60 a un 70% de los casos.

Además, la firma farmacéutica que produce el benznidazol no siempre garantiza el aprovisionamiento. Por eso tenemos dos grandes retos por delante: tratar a los adultos, ya que es éticamente insostenible tratar sólo a los niños, sabiendo que sus padres están enfermos; y por otro lado, posibilitar métodos de diagnóstico y tratamiento simplificados para su aplicación en niveles de salud primaria.

Finalmente, es posible que MSF participe en el ensayo clínico de un nuevo tratamiento bastante prometedor (posaconazol) y en el proceso de validación de la formulación pediátrica del benznidazol. En los programas que la organización desarrolla en Bolivia se están empezando a abordar estos retos.

La leishmaniasis visceral o kala azar

La leishmaniasis visceral, conocida también como kala azar (en hindi, fiebre negra), es endémica en 62 países. Se estima que la incidencia es de unos 500.000 casos anuales, el 90% repartido entre India, Bangladesh, Nepal, Sudán, Etiopía y Brasil. Si no se trata, el kala azar conduce invariablemente a la muerte y, en caso de tratamiento, la tasa de mortalidad sigue siendo alta por las complicaciones que conlleva.

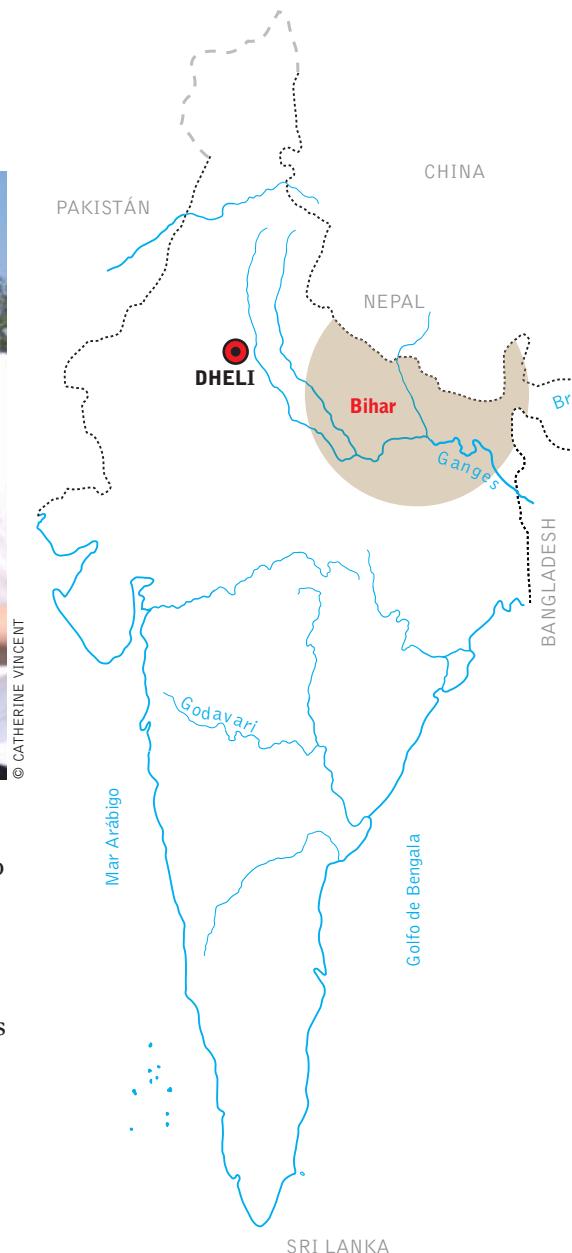
Desde 1989, MSF ha tratado a más de 83.000 pacientes de leishmaniasis en África del Este, la mayoría en Sudán, logrando reducir la mortalidad y mejorando el acceso de los pacientes a servicios de diagnóstico y tratamiento, así como la calidad de los protocolos aplicados. Recientemente, las actividades se han expandido al sur de Asia. Sin embargo, a la hora de diagnosticar, los métodos actuales sólo aciertan en

la mitad de los casos, lo que obliga a recurrir a pruebas de laboratorio antes de iniciar el tratamiento. En contextos inestables y poco desarrollados, estas técnicas son poco realistas. MSF acaba de introducir un nuevo formato de prueba rápida (OptiLeish) en África del Este, cuya facilidad de uso ha permitido descentralizar el diagnóstico y el tratamiento del kala azar en zonas aisladas de Sudán. Sin embargo, en muchos pacientes diagnosticados con OptiLeish, se sigue necesitando confirmación mediante pruebas de laboratorio. Además, el tratamiento actual es difícil y presenta importantes efectos secundarios.

Como en otras enfermedades olvidadas, el precio del fármaco para tratar el kala azar, el estibogluconato de sodio (SSG) es elevado. Hay otro medicamento llamado AmBisome, cuya efectividad está demostrada y no produce efectos secundarios, pero su precio es también prohibitivo (385 euros por paciente), a pesar de la reducción conseguida por MSF y la OMS (90% del precio inicial). Por otra parte, la miltefosina, que se ha revelado como un tratamiento más seguro tras ensayos realizados en Etiopía, no está registrada en África del Este y aún no se puede usar. Se necesita más investigación operacional basada en la combinación de medicamentos. Finalmente, la cuestión de la coinfección VIH-kala azar para la que no hay cura y, en concreto, el reconocimiento del kala azar como enfermedad oportunista en regiones donde el VIH es endémico, será un paso importantísimo. Sin duda, todo ello pasa por rescatar del olvido a estas enfermedades y sobre todo a las personas que las sufren.

India

Empieza la lucha contra el kala azar Población diana: 2.205.000 personas



Contexto

La gran desigualdad que hay en India presenta contradicciones como el alto desarrollo de los sectores tecnológico y farmacéutico al lado de una pobreza lacerante y un sistema excesivamente burocrático. El estado de Bihar, situado al noreste del país junto a la frontera sur de Nepal, es el más pobre de todos. Allí es endémica una de las enfermedades que más ataca a las poblaciones de escasos recursos: el kala azar o leishmaniasis visceral. En India se concentra el 80% de todos los casos del mundo, y en el estado de Bihar, el 90% de todos los casos de India. Según la OMS, el kala azar afecta a 200.000 personas cada año en esta región. El tratamiento que ofrece gratuitamente el Gobierno indio carece de gran eficacia, y la alternativa del sector privado es un lujo que no puede permitirse la inmensa mayoría de la población afectada por el kala azar.

Proyectos

MSF ha trabajado durante el pasado año en la tramitación de todos los acuerdos y permisos que exigen las autoridades locales para prestar atención médica en las zonas de alta prevalencia, especialmente en Patna, la capital del estado de Bihar, y en el distrito de Vaishali, una zona rural al norte de Patna. Una vez superadas las enormes trabas burocráticas, MSF

consiguió la aprobación para iniciar las actividades del proyecto utilizando el medicamento conocido como Ambisone, mucho más efectivo que el tratamiento administrado hasta ahora en India, que presenta muchos efectos secundarios y provoca grandes resistencias en los pacientes. La utilización de Ambisone como tratamiento de primera línea queda pendiente del visto bueno del programa nacional de control de enfermedades transmitidas por vectores del Ministerio de Salud indio, que se estima será concedido en breve. El uso de este fármaco es también un acto de presión para que se reduzca su precio y sea más accesible. Mientras, el equipo de MSF ha rehabilitado la sala de kala azar y el laboratorio en el Rajendra Memorial Institute of Research (RMRI) de Patna, y está realizando otras gestiones para iniciar las actividades, además de explorar nuevas áreas de actuación donde sea pertinente la presencia de MSF.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	38.823	58,33%
Bihar / kala azar	19.355	29,08%
Delhi / base	8.380	12,59%
Total gastos	66.558	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	65.988	99,14%
MSF Austria	70	0,11%
MSF Francia	500	0,75%
Total FF privados	66.558	100,00%
Total ingresos	66.558	100,00%

Kenia

Atención integrada de VIH/sida Población diana: 277.500 personas



Contexto

En Kenia más de 1,5 millones de personas están infectadas por el VIH/sida, más de 200.000 necesitan urgentemente tratamiento antirretroviral (ARV) y se estima que la enfermedad ya ha dejado más de un millón de niños huérfanos. El estigma, la discriminación, las barreras de acceso a los servicios de salud y el sistema sanitario de costes compartidos agravan el problema.

Además, Kenia debe hacer frente a profundos desafíos medioambientales provocados por un gran crecimiento de población, la deforestación, el cambio de los patrones climáticos y un uso abusivo de los pastos en zonas marginales del norte y el oeste del país.

Proyectos

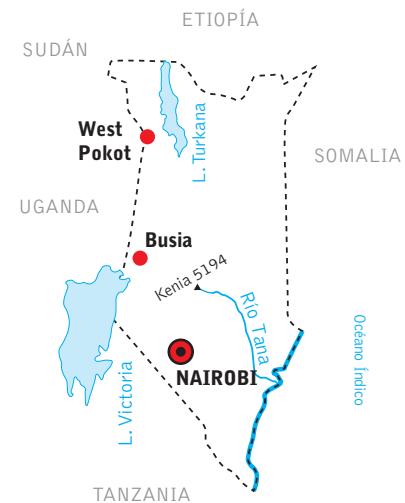
Desde el año 2000, MSF lleva a cabo un proyecto de prevención y atención de VIH/sida en el distrito de Busia, en la provincia Occidental. En 2006, MSF dio atención sanitaria a 3.673 personas seropositivas, de las cuales 1.274 reciben tratamiento ARV. El proyecto también da apoyo a un programa de atención domiciliaria, realiza actividades de sensibilización y educación sobre el VIH, y aboga en el Ministerio de Salud por unas buenas prácticas y una mayor atención a las personas VIH-positivas.

Durante 2006, MSF empezó a trasladar algunas de sus actividades de tratamiento a otras organizaciones, a fin de utilizar sus recursos para descentralizar la atención y tratamiento de sida en estructuras de salud primaria.

Emergencias

MSF dio respuesta a cuatro emergencias en Kenia durante el pasado año.

En el distrito de West Pokot vacunó a 64.000 personas contra la meningitis a principios de marzo. En abril, las luchas entre las tribus samburu y pokot provocaron el desplazamiento de unas 10.000 personas. Durante dos meses MSF trabajó en atención primaria de salud, seguimiento y apoyo nutricional, control epidemiológico y distribución de materiales de primera necesidad. En diciembre, MSF prestó asistencia a la población afectada por las intensas lluvias y sus consecuencias en la división de Budalangi, distrito de Busia. De diciembre de 2006 a febrero de 2007, la organización trabajó también en el distrito del río Tana, al este del país, donde también puso en marcha una respuesta de emergencia a un brote de fiebre del valle del Rift.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	433.195	15,61%
Busia / VIH/sida	1.819.854	65,58%
West Pokot / meningitis	214.247	7,72%
Samburu / desplazados internos	66.921	2,41%
Río Tana / inundaciones	240.807	8,68%
Total gastos	2.775.024	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Forum Syd Suecia	352.962	12,72%
Total FF institucionales	352.962	12,72%
MSF España	1.563.467	56,34%
MSF Austria	270.000	9,73%
MSF Estados Unidos	516.834	18,62%
MSF Reino Unido	71.761	2,59%
Total FF privados	2.422.062	87,28%
Total ingresos	2.775.024	100,00%

Liberia

Atención integrada de salud materno-infantil

Población diana: 222.000 personas



© JUAN CARLOS TOMASI

Contexto

En enero de 2006, Ellen Johnson-Sirleaf fue nombrada presidenta de Liberia después de ganar las elecciones el año anterior. Ahora el país se encuentra en una fase de reconstrucción tras 14 años de guerra civil. No obstante, todavía falta personal cualificado y servicios sanitarios operativos.

La atención secundaria de salud sigue presentando carencias, con más de un 75% de la población sin acceso a servicios de referencia como la atención obstétrica de urgencia. Como consecuencia, el país tiene una de las tasas de mortalidad infantil y materna más altas del mundo. El VIH/sida hace estragos en Liberia, la estimación más conservadora de prevalencia gira en torno al 5%.

En enero de 2006 entró en vigor un decreto de enmienda que endurece las penas para los casos más graves de violación. Sin embargo, la incidencia de violencia sexual y de género es extremadamente elevada entre la población, particularmente en zonas urbanas densamente pobladas, como Paynesville, en la periferia de Monrovia, la capital del país.

Proyectos

Desde enero de 2005, MSF gestiona servicios de atención integrada de salud materno-infantil en el hospital Benson de Monrovia y en el centro

de salud de Paynesville, a unos 15 kilómetros de la capital, cuyos habitantes son principalmente desplazados que buscaron refugio en la ciudad en 2003 y 2004.

Durante 2006, MSF consolidó sus servicios, que comprenden atención de salud reproductiva y de tuberculosis, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, y consultas externas, entre otros. Los equipos de la organización realizaron más de 94.000 consultas el año pasado y en el hospital Benson se realizaron 1.123 intervenciones quirúrgicas.

MSF también ofrece atención integral a víctimas de la violencia sexual. Durante 2006 el equipo atendió a 1.011 mujeres víctimas de este tipo de violencia. Dada la magnitud del problema, también se hicieron actividades de lobby en Liberia y en Europa para incidir en la problemática de la violencia sexual, en particular, sobre la falta de tratamiento gratuito y accesible en el país, y sobre la protección de las víctimas.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	250.712	9,10%
Hospital Benson / materno-infantil	2.503.215	90,90%
Total gastos	2.753.927	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Echo	500.000	18,16%
Total FF institucionales	500.000	18,16%
MSF España	939.072	34,10%
MSF Estados Unidos	839.855	30,50%
MSF Alemania	475.000	17,25%
Total FF privados	2.253.927	81,84%
Total ingresos	2.753.927	100,00%

Malaui

Atención descentralizada de VIH/sida
Población diana: 395.000 personas



© JULIE REMY



Contexto

En Malaui, el sida es la principal causa de muerte en el grupo de edad más productivo, con unos 86.000 fallecimientos al año. Con casi un millón de personas VIH-positivas (14% de la población), el impacto en todos los sectores de la sociedad es gravísimo. Frente a la enormidad de las cifras y de las necesidades, el sistema público de salud no está preparado para dar una respuesta integral, y más cuando la epidemia también impacta en el personal sanitario.

En 2004, el Gobierno lanzó un programa nacional de control del VIH/sida, un avance positivo que, sin embargo, presenta debilidades como la desatención de los servicios pediátricos o la centralización en hospitales, lo que limita el acceso de la población rural. Pero, gracias al apoyo de países donantes, el Ministerio de Salud ha dado un importante paso adelante y ha puesto en marcha un programa de tratamiento con antirretrovirales (ARV) de ámbito nacional.

Proyectos

El proyecto de VIH/sida de MSF se encuentra en el distrito de Dowa, en el centro del país, y presta asistencia tanto en la ciudad del mismo nombre como en las comunidades de su periferia y en la cercana zona rural de Mponela. Se estima que en este

distrito 8.500 personas padecen VIH/sida. Además de la población local, se atiende a refugiados procedentes de varios países, asentados en la vecina área de Dzaleka.

Desde el inicio del proyecto en 2004, MSF apostó por la descentralización de la atención y por la colaboración con contrapartes gubernamentales y no gubernamentales. Este enfoque, unido a la implicación de las redes comunitarias y el compromiso de los donantes, ha conseguido mejoras significativas en la capacidad de los actores locales para prestar más y mejor asistencia, así como en los ámbitos de disponibilidad de medicamentos y de personal cualificado. MSF también reforzará el trabajo en la prevención (en especial del contagio de madres a hijos), la descentralización del tratamiento y la atención domiciliaria.

Hasta la fecha, la organización ha realizado el seguimiento de 2.000 pacientes y ha iniciado el tratamiento ARV con 961 personas, la mayoría de las cuales ya están recibiendo atención en las estructuras de salud más cercanas a sus lugares de origen.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	309.142	26,09%
Dowa / VIH/sida	864.417	72,96%
Exploratoria nutrición-cólera	11.283	0,95%
Total gastos	1.184.842	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	11.414	0,96%
MSF Grecia	1.171.403	98,87%
MSF Austria	2.025	0,17%
Total FF privados	1.184.842	100,00%
Total ingresos	1.184.842	100,00%

Marruecos

Los inmigrantes se repliegan a las grandes ciudades

Población diana: 2.000 personas



© JUAN CARLOS TOMASI

Contexto

Ante la fuerte presión policial en el norte del país y sin posibilidad de continuar su ruta hacia España, MSF ha visto disminuir este año el número de población migrante en Tánger y Nador, y su repliegue a las grandes ciudades marroquíes, principalmente Rabat y Casablanca. Se ha dado un proceso de urbanización del fenómeno, en un contexto de extrema precariedad y violencia, con unas condiciones de vida cada vez más degradadas, sin apenas acceso a la sanidad pública, y con una asistencia insuficiente e irregular.

Las redadas policiales se han sucedido periódicamente durante el año en Rabat, Casablanca y Tánger. En la última del año, el 23 de diciembre de 2006, más de 500 personas fueron expulsadas a la frontera y el número de migrantes en Oujda, en la frontera con Argelia, alcanzó las 1.230 personas.

Proyectos

El número de casos en Tánger y Nador ha disminuido considerablemente durante 2006. En Rabat, después de la muerte de varios migrantes durante el verano, el equipo de MSF se vio obligado a hacerse cargo de casos difíciles no tratados por otras organizaciones.

En Oujda, la organización dio asistencia médica y distribuyó materiales a los inmigrantes subsaharianos (ISS) expulsados. El equipo también fue

testigo del sufrimiento y la violencia causados por las continuas redadas y reconducciones ilegales de grupos de migrantes a la frontera argelina, violando la legislación marroquí y los convenios internacionales.

En noviembre de 2006, se envió una misión exploratoria para analizar la situación de esta población en Rabat y Casablanca, con el objetivo de evaluar sus necesidades y la cobertura existente. Se calcula que alrededor de 10.000 migrantes viven en ambas ciudades. Asimismo, durante el año, el equipo ha recogido datos para la elaboración de un nuevo informe sobre violencia y migración que se hará público en 2007.

MSF ha sido pionera en el tema de sida y migración en Marruecos, tanto dando apoyo técnico a organizaciones locales de lucha contra el sida, como facilitando el acceso de los ISS al sistema de salud, al tratamiento con antirretrovirales o a la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. Hoy en día, MSF es un referente en Marruecos para todo lo relacionado con sida y migración.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	180.603	34,98%
Tánger / inmigrantes	329.399	63,80%
Rabat-Casablanca / exploratoria urbana	6.307	1,22%
Total gastos	516.309	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	240.921	46,66%
MSF Alemania	190.000	36,80%
MSF Japón	83.655	16,20%
MSF Francia	1.695	0,33%
MSF Reino Unido	37	0,01%
Total FF privados	516.309	100,00%
Total ingresos	516.309	100,00%

Níger

Una situación de inseguridad alimentaria crónica

Población diana: 81.900 niños menores de 5 años



© JAMES NICHOLS

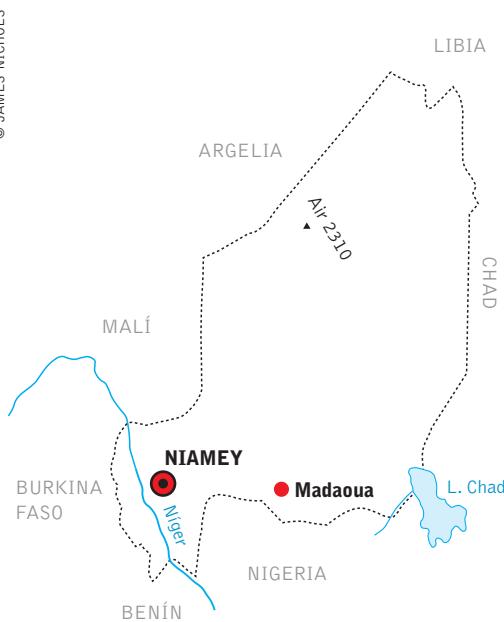
Contexto

Según el índice de desarrollo humano del PNUD, Níger es el país más pobre del mundo. La mortalidad infantil es de 152 niños por cada 1.000, una de las más altas del mundo. Las principales causas de la mortalidad son la malaria, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la malnutrición: un 40% de los niños padece desnutrición crónica. Lo cierto es que Níger, junto con otros países de la región del Sahel, padece una situación de inseguridad alimentaria crónica. Esto se acentuó de forma alarmante en 2005 a causa del agotamiento de las reservas de cereales del país tras una prolongada sequía, y la aplicación de políticas inadecuadas del Gobierno nigerino y de los países donantes. Gracias a la mejora de las cosechas y la respuesta internacional, a lo largo de 2006 las condiciones mejoraron, aunque la situación sigue siendo difícil en algunas zonas del país.

Proyectos

En Níger, MSF ha desarrollado una estrategia de nutrición terapéutica basada en la atención ambulatoria y el uso de alimentos terapéuticos preparados. Esto supone una optimización de los recursos, de forma que, al ser el tratamiento más eficaz y sostenible, se llega a más niños en un mismo periodo de tiempo. A lo largo

de 2006, MSF trabajó en los distritos de Bouza y Madaoua, en la región de Tahoua, donde dio apoyo al servicio de pediatría del hospital de Madaoua y a seis centros de salud rurales. También se abrieron dos centros de recuperación nutricional intensiva, nueve centros de rehabilitación nutricional ambulatoria y seis centros de recuperación nutricional terapéutica ambulatoria. La organización también ha velado para que se cumpla la normativa vigente, según la cual todos los niños menores de 5 años tienen derecho al acceso gratuito a las estructuras de salud. Tras unas inundaciones en las zonas de Bilma y Dirkou, en el mes de septiembre, el equipo de MSF llevó a cabo una misión exploratoria para evaluar las necesidades de la población, pero no se consideró necesaria una intervención.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Niamey / base	201.342	9,33%
Madaoua / nutrición	1.894.693	87,77%
Plan preparación emergencias	62.717	2,91%
Total gastos	2.158.752	100,00%

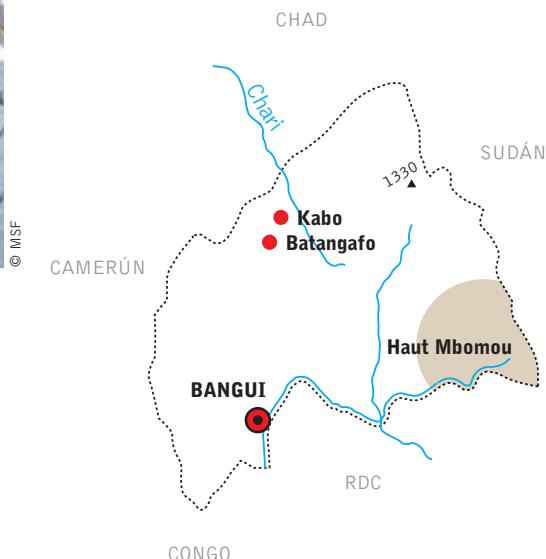
Ingresos por financiador	Euros	% Total
Generalitat de Catalunya	190.000	8,80%
Total FF institucionales	190.000	8,80%
MSF España	1.206.422	55,89%
MSF Estados Unidos	323.021	14,96%
MSF Estados Unidos (fondos tsunami)	439.309	20,35%
Total FF privados	1.968.752	91,20%
Total ingresos	2.158.752	100,00%

RCA

República Centroafricana

Atención sanitaria en una región asolada por la violencia

Población diana: 120.000 personas



Contexto

La República Centroafricana (RCA) lleva más de una década inmersa en disturbios políticos, con sucesivos golpes de Estado y revueltas armadas. Esta inestabilidad crónica ha provocado el derrumbamiento de un sistema de salud ya de por sí deteriorado.

Desde finales de 2005, el aumento de los enfrentamientos entre grupos rebeldes y fuerzas gubernamentales en el norte del país ha provocado el desplazamiento de decenas de miles de personas. Los civiles, sospechosos de dar apoyo a uno u otro bando, son el blanco sistemático de la violencia. Al mismo tiempo, grupos de bandidos se aprovechan de la falta de ley y orden en la zona para cometer todavía más agresiones contra la población.

Muchas aldeas han sido objeto de ataques, saqueos o incendios, obligando a sus habitantes a esconderse en el monte, donde sobreviven en condiciones extremadamente precarias. Las enfermedades generadas por sus duras condiciones de vida son recurrentes: infecciones respiratorias, parásitos y enfermedades diarreicas. Esta situación se ha visto agravada por la abrumadora presencia de la malaria, enfermedad que afecta a casi un 70% de los niños menores de 5 años vistos en las consultas de MSF.

Proyectos

MSF lanzó una intervención de emergencia en marzo de 2006 para responder al aumento de la violencia en el noroeste del país. La intervención acabó convirtiéndose en un proyecto estable con la apertura de programas de atención primaria y secundaria de salud en las localidades de Kabo y Batangafo. El equipo ofrece apoyo a las estructuras de salud locales en los servicios de consultas externas, hospitalización, cirugía de urgencia y salud materna.

Para atender a las poblaciones víctimas de la violencia que no tienen acceso a la salud –bien porque no pueden desplazarse debido a la violencia o bien porque los centros de salud han sido destruidos– MSF organizó además clínicas móviles en la región, que ofrecen asistencia in situ a los desplazados.

MSF llevaba varios años trabajando en RCA gestionando un proyecto de lucha contra la tripanosomiasis humana africana (THA) o enfermedad del sueño, en la región de Haut-Mbomou. El proyecto fue traspasado a las autoridades locales de salud en junio.

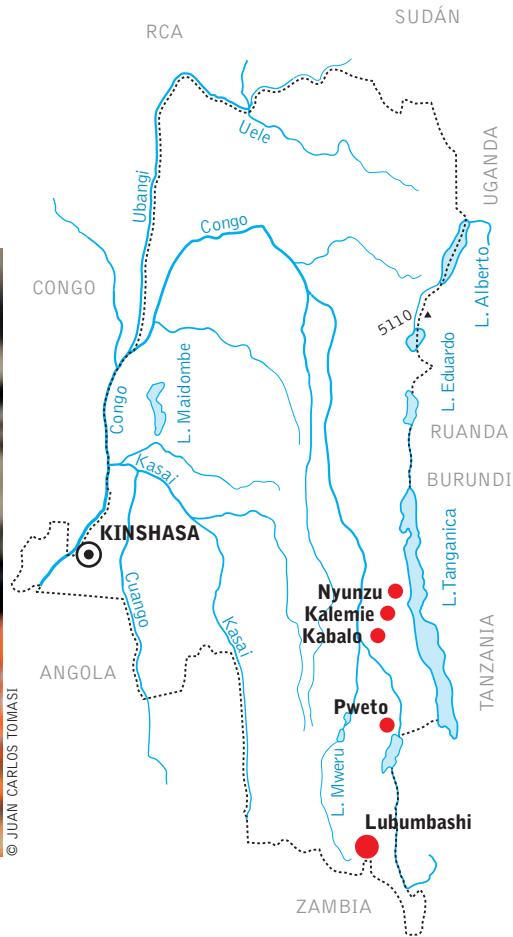
Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	424.534	32,47%
Haut-Mbomou / THA, malaria	343.837	26,30%
Región S3 / emergencia	45.675	3,49%
Batangafo-Kabo / asistencia médica	493.443	37,74%
Total gastos	1.307.489	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	1.187.989	90,86%
MSF Suecia	117.000	8,95%
MSF Austria	2.500	0,19%
Total FF privados	1.307.489	100,00%
Total ingresos	1.307.489	100,00%

República Democrática del Congo

Crisis humanitaria para una nueva democracia

Población diana: 651.100 personas



Contexto

La República Democrática del Congo (RDC) atravesó en 2006 por uno de los momentos más importantes de su historia: las primeras elecciones democráticas después de 40 años y tras haber sufrido la guerra más mortal de la segunda mitad del siglo XX. Joseph Kabila fue elegido presidente. Hubo enfrentamientos entre el Ejército y un grupo de hombres fuertemente armados que apoyaban a Jean-Pierre Bemba, candidato opositor. Paralelamente, la violencia no ha cesado en el resto del país, especialmente en el Este.

En la provincia de Katanga, donde MSF tiene proyectos, las acciones del Ejército congoleño contra los grupos armados mai-mai han provocado cientos de miles de víctimas y desplazados internos. Sin embargo, el nivel de violencia ha bajado sensiblemente en la zona durante los últimos meses de 2006.

Proyectos

Los proyectos de MSF en Katanga se han desarrollado en las localidades de Kabalo, Nyunzu y Pweto, ofreciendo atención primaria y secundaria de salud a la población general y desplazada, en hospitales de referencia y centros de salud. A nivel hospitalario, el trabajo se centró en los

servicios de atención materno-infantil (incluyendo nutrición), cirugía, laboratorio, hospitalización y farmacia. Los proyectos de Kabalo y Nyunzu están llegando al final de su ciclo y su cierre está planificado para el año 2007.

Emergencias

A mediados de octubre de 2006, los equipos de MSF iniciaron una intervención de emergencia por un brote de cólera en las áreas de Kabalo y Pweto, siendo en esta segunda donde se produjo el grueso de la epidemia, con más de 700 casos atendidos a finales de año. Se instalaron varios centros de tratamiento de cólera en diferentes comunidades de ambas áreas de salud, así como puestos de rehidratación oral. La proximidad de los equipos hizo posible que se consiguiera reducir la mortalidad a índices muy bajos.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	1.021.500	24,10%
Pweto / hospital, atención primaria	1.092.369	25,77%
Kabalo / hospital, atención primaria	971.645	22,92%
Kabalo / brote cólera	10.270	0,24%
Nyunzu / hospital, atención primaria	968.138	22,84%
Kalemie / base	551	0,01%
Pweto / cólera	174.686	4,12%
Total gastos	4.239.159	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	2.645.563	62,41%
MSF Austria	180.000	4,25%
MSF Estados Unidos	419.928	9,91%
MSF Canadá	233.669	5,51%
MSF Alemania	760.000	17,93%
Total FF privados	4.239.159	100,00%
Total ingresos	4.239.159	100,00%

Siria

Ayuda de emergencia a refugiados libaneses

Población diana: 10.000 personas



© ZOHRA BENSALEM / REUTERS



Contexto

La guerra en Líbano, entre el 12 de julio y el 14 de agosto de 2006, se cobró la vida de más de 1.100 libaneses, la mayoría de ellos, civiles. Más de 4.000 personas resultaron heridas y se estima que el número de desplazados por el conflicto ascendió a un millón.

Un total de 200.000 refugiados huyeron a Siria en busca de seguridad. Allí serían acogidos por el Gobierno y la población local. Muchas de estas personas se alojaron en casas de familiares y se calcula que unas 35.000 encontraron refugio en edificios públicos, principalmente en escuelas.

Emergencia

Una semana después de estallar el conflicto, los primeros equipos de MSF llegaron a Líbano y también a Siria, país en el que MSF dio asistencia a los refugiados libaneses que habían cruzado la frontera.

La crisis duró un mes y medio, y 3.500 refugiados se beneficiaron de las distribuciones de MSF, principalmente consistentes en artículos de primera necesidad y kits para la higiene. En casi todos los campos visitados las necesidades más básicas estaban cubiertas. Se detectaron algunas carencias puntuales, pero las agencias locales trabajaron eficazmente todo el tiempo que duró esta corta crisis.

MSF también ofreció una plataforma logística para el envío de material y recursos humanos. La situación geográfica y económica de Siria permitió a las cuatro secciones operacionales de MSF en Líbano realizar tanto las compras locales como internacionales en este país. Éste se convirtió, además, en el único punto de entrada para aviones de carga internacionales y expatriados con destino a Líbano.

Unos días después de decretarse el alto el fuego el 14 de agosto, casi todos los refugiados regresaron a sus hogares y MSF cerró su misión a finales de mes. Una partida de medicamentos que no se había utilizado fue donada a un proyecto de la sección holandesa de MSF en Jordania para que la redirigiese a Irak.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	3.299	3,64%
Damasco / emergencia Líbano	87.363	96,36%
Total gastos	90.662	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	90.662	100,00%
Total FF privados	90.662	100,00%
Total ingresos	90.662	100,00%

Somalia

Continúa la asistencia pese a la inestabilidad en el país
Población diana: 756.400 personas



© JUAN CARLOS TOMASI

Contexto

El año empezó con los intentos de establecimiento del Gobierno Federal de Transición (GFT) y se vio marcado por la progresiva ocupación de Mogadiscio y las regiones del centro y el sur del país por parte de la Unión de Tribunales Islámicos (UTI) en mayo. Éstos vencieron a la alianza formada por la mayoría de antiguos señores de la guerra. La población, exhausta por el conflicto, apoyó a los tribunales islámicos, con los que el país recuperó la seguridad y la tranquilidad que no había tenido durante años.

En diciembre de 2006, Etiopía lanzó un ataque contra la UTI en respuesta a una amenaza contra el GFT en Baidoa. Los islamistas se retiraron a las zonas rurales, permitiendo que el Gobierno se instalase en Mogadiscio.

Una gran mayoría de la población somalí carece de acceso a los servicios básicos de salud. Somalia tiene la prevalencia de tuberculosis más alta del mundo, el kala azar acaba con la vida de miles de personas, y cíclicamente se producen brotes de sarampión y otras epidemias.

Proyectos

MSF tiene actualmente dos proyectos en Somalia. En Mogadiscio, a pesar de los enfrentamientos, el servicio de

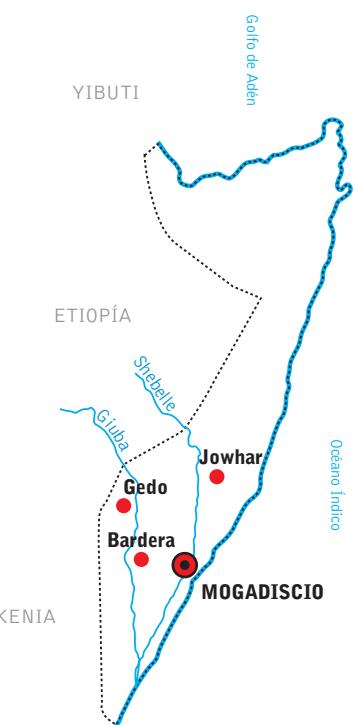
consultas externas y de atención materno-infantil de MSF (uno de los pocos en el norte de la ciudad) continuó funcionando.

En Jowhar, el proyecto continuó dispensando atención básica de salud y atención materno-infantil a través de una red de seis centros de salud. La construcción y rehabilitación de la maternidad comenzó en agosto y el centro se abrió a principios de 2007.

En Bardera, MSF realizó una misión exploratoria en julio y se identificaron necesidades agudas en la región. En octubre se decidió abrir un nuevo proyecto en la zona.

Emergencias

En agosto, MSF realizó una campaña de vacunación contra el sarampión en Mogadiscio, dando cobertura a 50.000 niños del distrito de Yaqshid Norte. En Jowhar, la campaña de vacunación contra el sarampión logró alcanzar una cobertura de casi el 100%. Durante las inundaciones del río Shabelle, MSF distribuyó 16.630 mosquiteras de Unicef en 58 aldeas ribereñas.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	403.594	22,21%
Jowhar / atención primaria	997.527	54,91%
Mogadiscio-Yaqshid / atención primaria	369.632	20,35%
Jowhar / sarampión	22.311	1,23%
Gedo / exploratoria nutrición	15.239	0,84%
Bardera / atención de salud	8.511	0,46%
Total gastos	1.816.814	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	1.202.366	66,18%
MSF Suecia	180.000	9,91%
MSF Estados Unidos (fondos tsunami)	240.636	13,24%
MSF Estados Unidos	193.813	10,67%
Total FF privados	1.816.814	100,00%
Total ingresos	1.816.814	100,00%

Sri Lanka

Asistencia a poblaciones afectadas por el conflicto

Población diana: 110.000 personas



© MSF

Contexto

Después de tres años de relativa calma, el año 2006 vio una nueva escalada del conflicto entre el Ejército de Sri Lanka y los rebeldes tamiles del LTTE (Tigres de Liberación de la Tierra Tamil). Los nuevos enfrentamientos se tradujeron en un dramático aumento de la violencia contra los civiles y provocaron desplazamientos masivos de población en las regiones del norte y el este del país, asoladas por el conflicto.

Desde agosto de 2006, la situación se ha ido deteriorando muy rápido: más de 200.000 personas han sido desplazadas por la violencia; se han producido más de 3.000 víctimas mortales, incluyendo 20 trabajadores humanitarios; se ha reducido el acceso de las organizaciones humanitarias a las zonas afectadas por el conflicto, un acceso casi nulo en el caso de las zonas controladas por los rebeldes; y la mayoría de hospitales en zonas afectadas por el conflicto empiezan a sufrir la falta de cirujanos y otros especialistas, que huyen poco a poco ante el avance de los combates.

Proyectos

En junio de 2006, un equipo de MSF evaluó las necesidades humanitarias en diferentes zonas afectadas por la violencia, incluyendo regiones controladas por el LTTE. Finalmente, el

equipo recomendó una intervención en Mannar, un distrito al noroeste de la isla que cuenta con una población de unos 100.000 habitantes y 10.000 desplazados en las zonas controladas por los rebeldes. La población no dispone de acceso alguno a atención quirúrgica, ni siquiera en caso de urgencias, complicaciones gineco-obstétricas o traumatismos agudos relacionados con la violencia (bombardeos, explosiones de minas y granadas). Además, algunas zonas carecen de acceso a atención secundaria de salud porque los pacientes no pueden ser referidos desde zonas rebeldes.

La organización decidió asistir a la población del distrito, aportando apoyo quirúrgico al hospital general de Mannar con un cirujano y un anestesiista, y a través de clínicas móviles para la población residente y desplazada en el distrito. Sin embargo, debido a trabas burocráticas y a la oposición de las autoridades esrilanquesas, el proyecto no pudo arrancar hasta diciembre de 2006.

INDIA



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	65.735	58,66%
Exploratoria / violencia	17.106	15,27%
Mannar / apoyo quirúrgico, atención primaria	29.211	26,07%
Total gastos	112.052	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	112.052	100,00%
Total FF privados	112.052	100,00%
Total ingresos	112.052	100,00%

Sin espacio humanitario



Por **Aloïs Hug**,
Servicio de Información

Ante el recrudecimiento de los combates entre el Gobierno de Sri Lanka y los rebeldes tamiles, MSF decidió enviar una misión exploratoria a la isla del océano Índico en junio de 2006. Después de una rápida evaluación de la situación humanitaria, el equipo recomendó una intervención en el distrito de Mannar, al noroeste del país, y otra en el hospital de Kilinochchi, en plena zona controlada por los rebeldes del LTTE (Tigres de Liberación de la Tierra Tamil). Las necesidades de la población eran claras y el programa de asistencia estaba bien definido: ante la falta de médicos especializados, MSF decidió aportar apoyo quirúrgico a las estructuras de salud existentes a ambos lados de la línea de frente. A finales de julio, el proyecto podía empezar.

Hasta diciembre, sin embargo, la organización no pudo iniciar sus actividades. Y sólo lo hizo en Mannar, en la zona gubernamental. Durante más de cinco meses, mientras los combates iban en aumento y llegaban noticias preocupantes sobre la situación de la población civil, el equipo se topó con innumerables trabas burocráticas por parte de las autoridades esrilanquesas y, en el caso de Kilinochchi, con una negativa rotunda a poder trabajar en una zona controlada por los rebeldes.

Las barreras no sólo fueron burocráticas: en septiembre, las autoridades empezaron a acusar a MSF y otras ONG de complicidad con el LTTE – unas acusaciones ampliamente difundidas por la prensa local– y llegaron incluso a cursar una orden de expulsión del país. Aunque luego se retractaron, el daño ya estaba hecho. La imagen de MSF en la sociedad esrilanquesa quedó perjudicada, su imparcialidad y neutralidad puestas en entredicho. Todo ello en un clima general de hostilidad hacia las ONG fomentado por el Gobierno.

Sri Lanka es un buen ejemplo de la falta de respeto del espacio humanitario en las zonas en guerra. Demasiadas veces, los beligerantes intentan mantener a las organizaciones humanitarias alejadas de las regiones en conflicto. No quieren testigos molestos mientras guerrean, y se olvidan de la población civil, siempre la principal víctima de la violencia. Y una vez que los actores humanitarios han conseguido entrar, las partes en conflicto intentan manipularlos y les someten a todo tipo de presiones. Si quieren atender a las víctimas, las organizaciones deben luchar día a día para ganar ese espacio y preservar su neutralidad.

Otro contexto donde el espacio humanitario se va reduciendo a ojos vista es Darfur. La atomización del conflicto ha limitado mucho nuestra capacidad para asistir a las víctimas. Hace dos años, nuestros equipos podían desplazarse de forma relativamente segura por carretera, tanto en las zonas gubernamentales como en las zonas controladas por los rebeldes, y tenían unos interlocutores identificados –el Gobierno y dos o tres grupos rebeldes– con los que negociar ese espacio humanitario imprescindible para acceder a las poblaciones. Hoy, en cambio, los equipos se mueven entre un sinfín de grupos armados –una decena de grupos rebeldes, varias milicias árabes, el Ejército sudanés, rebeldes chadianos y bandidos– que controlan o se disputan pequeñas fracciones de territorio.

Negociar el acceso en este contexto se ha convertido en un verdadero rompecabezas. En 2006, los equipos de MSF sufrieron más de 40 incidentes graves de seguridad, especialmente en las carreteras, donde nuestros vehículos todoterreno son el bien más codiciado por los grupos armados. El resultado: cada vez más, las organizaciones humanitarias dependen de los helicópteros de la ONU –poniendo así nuestra neutralidad en entredicho– y deben limitarse a trabajar en los

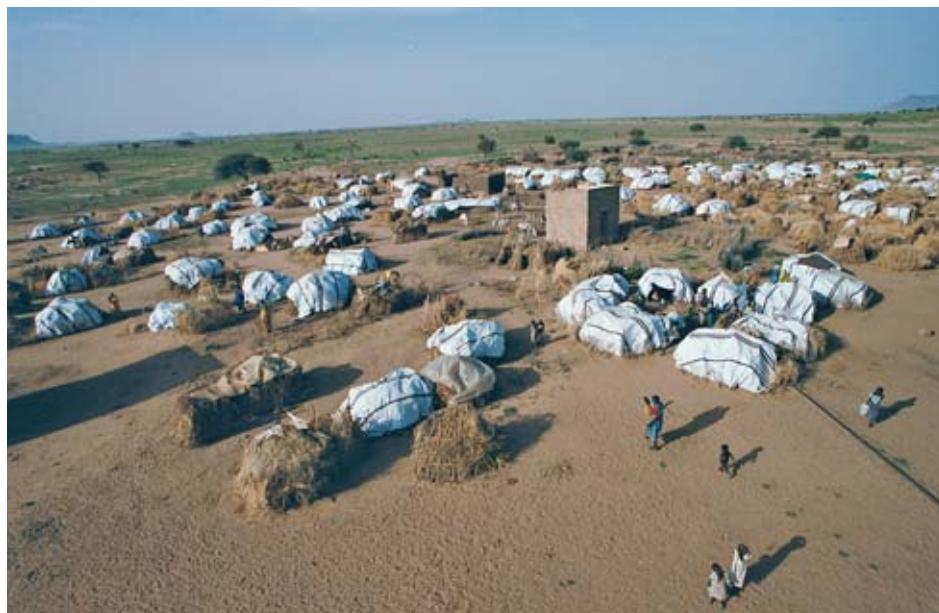
grandes campos de desplazados alrededor de las principales ciudades. Mientras, el número de personas que recibe asistencia disminuye inexorablemente.

A todo ello hay que añadir, como en Sri Lanka, las trabas burocráticas impuestas por el Gobierno sudanés que frenan el suministro de la ayuda. Jartum somete a las organizaciones humanitarias a un verdadero acoso administrativo. La obtención de visados, permisos de viaje y autorizaciones está sujeta a mil y una arbitrariedades. Equipos médicos de MSF se han visto bloqueados durante varias semanas a la espera de un permiso de viaje, limitando así su capacidad de asistir a las víctimas.

Y es que en todos los escenarios de conflicto nos topamos con las mismas barreras. La República Centroafricana es otro país en el que MSF ha tenido que ganarse un espacio. Durante más de dos meses, en otoño de 2006, mientras el Ejército y grupos rebeldes se enfrentaban en el norte del país, cerca de la mitad del territorio estuvo vetado a las organizaciones humanitarias. Las autoridades de Bangui justificaban su negativa a dejarnos entrar en zonas rebeldes alegando la falta de seguridad. Sólo después de varias semanas de duras negociaciones, y una vez reconquistado el noreste del país por parte del Ejército, el Gobierno centroafricano abrió la puerta a las organizaciones humanitarias. Cuando los primeros equipos pudieron acceder a la zona, a principios de diciembre, se encontraron con una tierra devastada: decenas de pueblos quemados y miles de civiles huidos, ocultos en el monte. Un paisaje tristemente habitual en los países en conflicto. La cruda realidad que generalmente esconde esa falta de espacio humanitario.

Sudán (Darfur)

Asistencia a víctimas del conflicto
Población diana: 170.000 personas



© JUAN CARLOS TOMASI

Contexto

La región sudanesa de Darfur entra en su cuarto año de conflicto y no se vislumbra ninguna salida a la crisis a corto plazo. Más bien lo contrario: después de la firma de un acuerdo de paz, en mayo de 2006, entre el Gobierno Sudanés y una sola de las facciones rebeldes, la contienda se ha atomizado entre una multitud de facciones rebeldes, milicias paramilitares, el Ejército regular, grupos armados del vecino Chad y simples bandidos. Mientras, más de dos millones de personas siguen malviviendo en campos de desplazados y en las principales ciudades. La situación sanitaria de los desplazados se mantiene estable, pero se ven atrapados en los campos debido a la violencia y dependen exclusivamente de la ayuda externa para su supervivencia.

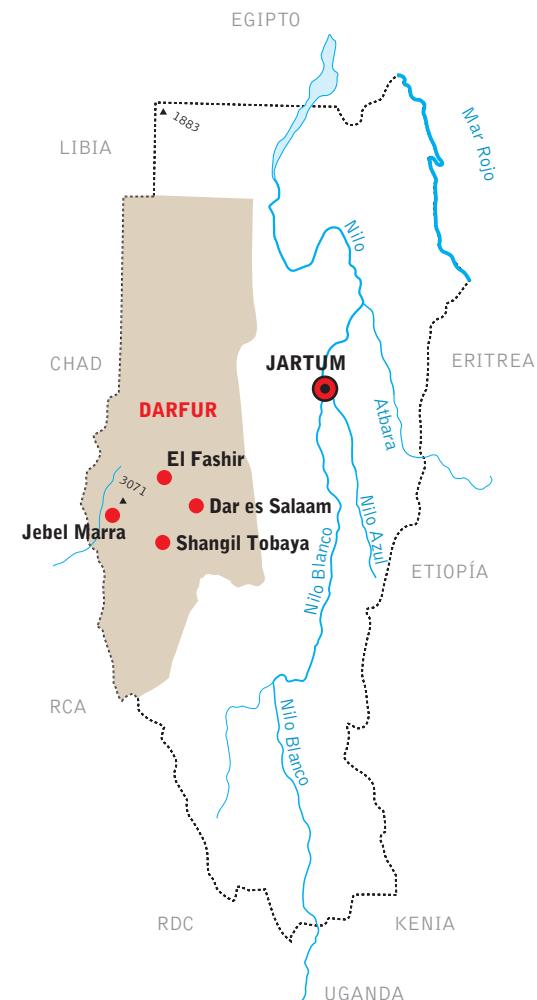
La inseguridad también ha afectado a las organizaciones humanitarias. Casi no pasa un día sin que sea robado el vehículo de alguna ONG o sin que se produzca un ataque contra un equipo humanitario. Este clima de inseguridad ha obligado a las organizaciones a reducir sus desplazamientos, poniendo así en peligro la provisión de asistencia a las víctimas, especialmente a las que viven en zonas aisladas.

Proyectos

MSF no se ha librado de esta violencia generalizada. La multiplicación de las partes en conflicto dificulta mucho la negociación del espacio humanitario y el acceso libre para atender a las víctimas. Durante el año 2006, nuestros equipos fueron evacuados en varias ocasiones debido a continuos incidentes de seguridad. A principios de año los equipos tuvieron que abandonar el proyecto de Golo, en Jebel Marra, una región montañosa en el centro de Darfur, y otro equipo se vio obligado a evacuar Kilin y Guildo en julio, dejando las actividades de los proyectos en manos del personal nacional.

En Shangil Tobaya, MSF es el único actor humanitario que ofrece servicios de salud a los más de 25.000 desplazados reagrupados en los campos de Shangil y Shadat, y a la población del pueblo vecino. Cada mes se realizan en el centro de salud de MSF una media de 3.700 consultas médicas, 110 pacientes son hospitalizados y cerca de 50 niños reciben tratamiento nutricional.

En 2006, MSF traspasó sus actividades en Zam Zam y Dar es Salam a otras organizaciones para poder responder a nuevas necesidades en lugares donde se producen actos de violencia.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	889.662	28,37%
El Fashir / atención básica	286.112	9,12%
Shangil Tobaya / atención básica	1.135.982	36,22%
Dar es Salaam / hospital	244.281	7,79%
Jebel Marra / asistencia médica	503.368	16,05%
Plan preparación emergencias	29.870	0,95%
El Fashir / cólera	47.103	1,50%
Total gastos	3.136.378	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
CIDA, Gobierno canadiense	127.065	4,05%
Total FF institucionales	127.065	4,05%
MSF España	3.009.313	95,95%
Total FF privados	3.009.313	95,95%
Total ingresos	3.136.378	100,00%

Conflictos armados: combates menores con graves consecuencias humanas



Por Aloïs Hug,
Servicio de Información

El año 2006 habrá sido para MSF un año de intervenciones en zonas de conflicto. Unos conflictos que, en su mayoría y hablando en términos militares, se podrían considerar de "baja intensidad": enfrentamientos esporádicos entre ejércitos, grupos rebeldes o milicias paramilitares, generalmente, combates con armamento ligero y sin una verdadera línea de frente. Pero si se considera la suerte de las poblaciones civiles, parece un triste eufemismo calificarlos de "baja intensidad". En muchos casos, los civiles han sido el blanco directo de ataques, especialmente en los conflictos civiles, cuando las fuerzas gubernamentales se enfrentan a grupos rebeldes y tienden a considerar a toda la población de una zona o de una etnia como parte en el conflicto. Millones de personas han sido desplazadas debido a estos enfrentamientos. Además, estas contiendas tienden a enquistarse, dejando así a la población civil, especialmente a los desplazados, en una situación muy precaria, sin posibilidad de retorno a sus vidas anteriores.

Darfur es el ejemplo perfecto de conflicto enquistado. La región ha entrado en su cuarto año de guerra y parece encontrarse en una vía muerta. Ya no se ven combates y matanzas a gran escala como en 2003 o 2004, pero se siguen produciendo desplazamientos de población a causa de la violencia, y más de dos millones de personas continúan atrapadas en campos o en grandes ciudades, de los que no pueden salir debido a la inseguridad. Se encuentran en un callejón sin salida. Su situación de salud presente no es crítica, pero dependen en exclusiva de la ayuda externa para su supervivencia. Y con la violencia que les rodea, con decenas de grupos armados que se disputan el territorio, sus perspectivas de retorno son casi nulas. Para MSF, el escenario

actual representa un dilema: en los campos la situación es estable, pero no podemos irnos porque los desplazados dependen totalmente de la ayuda internacional; y a las regiones más aisladas, donde suponemos que las necesidades son más importantes, muchas veces no podemos acceder por falta de seguridad.

Por si fuera poco, 2006 ha visto el contagio del conflicto de Darfur a los países vecinos. Primero fue Chad. Ahí también se puede hablar de un conflicto de "baja intensidad" en el aspecto militar, pero de gravísimas consecuencias para la población civil. Una serie de factores han llevado el país al borde del abismo. En el Este, donde se han refugiado más de 200.000 darfurianos, operan numerosos grupos armados: rebeldes y milicianos árabes venidos de Darfur, rebeldes chadianos que intentan derrocar al presidente Idriss Déby, enfrentamientos étnicos y grupos de bandidos que se aprovechan del desorden para atacar a la población. A consecuencia de este clima de violencia generalizada, se calculaba a finales de 2006 que más de 100.000 personas habían sido desplazadas. Y la cifra iba en aumento.

La violencia también se ha extendido al vecino del Sur, la República Centroafricana (RCA). Desde finales de 2005, grupos rebeldes y fuerzas gubernamentales se enfrentan en el norte del país en combates esporádicos, mientras bandas de salteadores aprovechan el vacío de poder para saquear a la población. Los civiles sufren los ataques de unos y otros, y muchas veces se ven obligados a buscar refugio en el monte. Allí viven aterrorizados, sin acceso a la salud y a merced de las enfermedades. A finales de 2006, se calculaba que más de 150.000 personas vivían desplazadas en RCA y otras 80.000 habían buscado refugio en Chad y Camerún.

Sri Lanka es otro ejemplo de conflicto enquistado. La isla lleva más de 20 años sumida en una guerra civil entre

el Ejército y los rebeldes tamiles. Tras un periodo de relativa calma después de la firma de un alto el fuego en 2002, el conflicto volvió a encenderse en 2006. Aunque la tregua seguía oficialmente vigente, no pasaba una semana sin que se produjeran enfrentamientos; unos combates generalmente esporádicos, pero también se produjeron ofensivas de mayor escala y bombardeos. La primera víctima del recrudecimiento de los combates, una vez más, ha sido la población civil. Más de 200.000 personas se encontraban desplazadas a finales de 2006, mientras otros muchos quedaban atrapados en zonas de conflicto, con un acceso a la salud muy reducido debido a la huida del personal médico.

En 2006, MSF tuvo también que intervenir en conflictos más tradicionales, con grandes ofensivas de los ejércitos y armamento pesado. Paradójicamente, las consecuencias para la población civil no fueron tan graves, o por lo menos no tan duraderas. En Líbano, el mes de bombardeos del Ejército israelí provocó el desplazamiento de cerca de un millón de personas. Pero unos días después del alto el fuego, la inmensa mayoría de los desplazados había retornado. Una vez terminada la fase más aguda de la emergencia, con la llegada masiva de ayuda al país, MSF decidió retirarse.

En Somalia, se produjo en diciembre una gran ofensiva del Ejército etíope y tropas del Gobierno de transición contra los tribunales islámicos, que se habían hecho desde el verano con el control de amplios sectores de país. En aquel momento, la crisis pareció cerrarse de forma fulminante con la rápida retirada de los islamistas. Pero a la postre, sabemos que tal no fue el caso. El caos ha vuelto a apoderarse del país y los somalíes siguen sumidos en la violencia. Una realidad válida para todos los conflictos en los que MSF ha intervenido en 2006. Hoy, ninguna de estas crisis se ha cerrado.

Sur de Sudán

Combate a la enfermedad del sueño

Población diana: 890.270 personas



Contexto

Aunque el proceso de paz no está totalmente consolidado, el nuevo Gobierno regional dio muestras de ciertos progresos al crear instituciones y una Administración regional de alto nivel. Sin embargo, el sentimiento de frustración y desánimo entre la población ha ido en aumento debido a que se percibe una falta de mejoras sociales. Múltiples manifestaciones de violencia sacudieron todo el país, sobre todo como consecuencia del proceso de desarme y en relación a las milicias que no se han integrado a las fuerzas del SPLA (Sudan People Liberation Army) o del SAF (Sudan Alliance Forces).

A este clima inestable se añade la falta de asistencia sanitaria, que continúa siendo la mayor amenaza para la población sudanesa. De hecho, la situación de salud en el sur de Sudán sigue siendo una de las peores del mundo, no sólo por la combinación de pobreza y violencia, sino porque es un caldo de cultivo para las enfermedades tropicales.

Proyectos

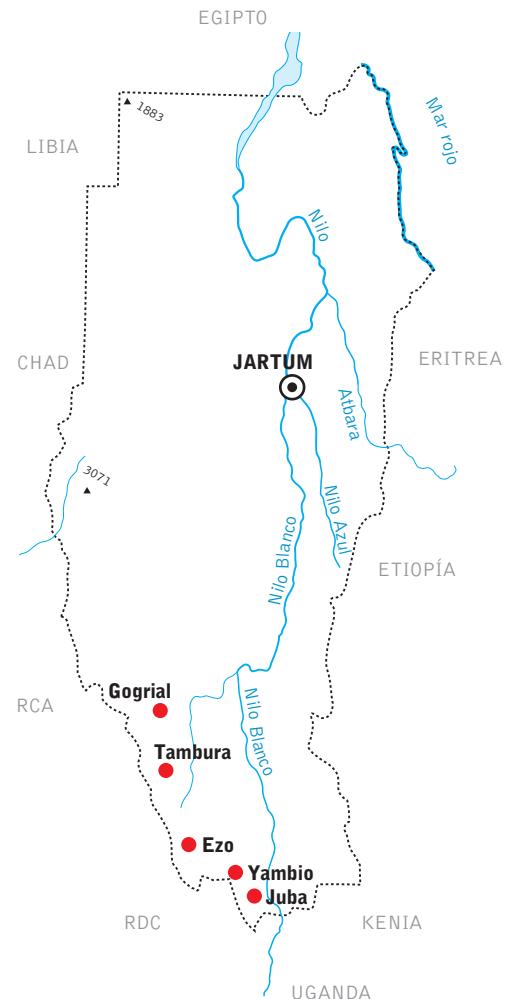
La tripanosomiasis humana africana (THA), más conocida como enfermedad del sueño, es endémica en el sur de Sudán. Desde 2004, MSF trabaja en la detección activa y el tratamiento de casos, realiza vigilancia epidemiológica y forma al personal sanitario en la gestión de esta enfermedad en Tambura.

En 2006 la organización extendió esta labor al condado de Yambio.

Este proyecto se encuentra en una zona muy aislada, por lo que es de vital importancia tener una base en la zona, a fin de poder analizar y evaluar la intervención, así como controlar cualquier crisis potencial.

Emergencias

De febrero a mayo, la Unidad de Emergencias de MSF respondió a un brote de cólera en Juba, la nueva capital del sur de Sudán. La intervención se inició con la apertura de un centro de tratamiento de cólera, donde se dio asistencia a casi 1.800 pacientes. También se puso en marcha una unidad de tratamiento de cólera periférica y se realizaron actividades de prevención para controlar la propagación de la enfermedad, entre ellas, suministro de agua a las comunidades, promoción de la higiene y sensibilización de la población. En noviembre se puso en marcha un nuevo proyecto como respuesta a un segundo brote.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital / Juba	491.163	18,20%
Tambura-Ezo / THA	673.379	24,95%
Tambura-Ezo / sarampión	-423	-0,02%
Nairobi / base	276.933	10,26%
Juba / brote cólera	807.916	29,94%
Wau / exploratoria meningitis	11.711	0,43%
Gogrial / meningitis	97.576	3,62%
Yambio / THA	338.585	12,55%
Juba / cólera	1.547	0,06%
Yambio / meningitis	50	0,00%
Total gastos	2.698.437	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	2.375.416	88,03%
MSF Estados Unidos	323.021	11,97%
Total FF privados	2.698.437	100,00%
Total ingresos	2.698.437	100,00%

Tanzania

Tratamiento del VIH/sida gratuito y traspaso del proyecto Población diana: 110.000 personas



Contexto

Tanzania es un enorme país sujeto a frecuentes epidemias y catástrofes naturales, y expuesto a oleadas de refugiados debido a la inestabilidad reinante en los países fronterizos. El país no se ha librado de la pandemia del sida: se estima que cada año mueren 120.000 personas víctimas de enfermedades asociadas a esta enfermedad, y que otras muchas no han sido diagnosticadas o no han recibido la debida atención. La epidemia del VIH/sida ejerce una enorme presión sobre la capacidad y la eficacia del sistema de salud tanzano, siendo responsable del declive de la calidad de la atención dispensada y del aumento del gasto. Más de un 60% de camas de hospital está ocupado por casos de sida.

El Gobierno tomó la decisión de proporcionar tratamiento antirretroviral (ARV) gratuito en las estructuras del Ministerio de Salud y de utilizar medicamentos genéricos como tratamiento de primera línea. Aunque existe la voluntad política de ampliar el tratamiento, el ministerio carece de medios económicos y de recursos humanos cualificados para desplegar un plan de atención y tratamiento del VIH/sida.

Proyectos

Makete es un distrito rural geográficamente aislado que se ha visto seriamente afectado por la epidemia del sida. Desde 2004, el proyecto de VIH/sida de MSF ha tenido una presencia permanente en Makete, dando apoyo al hospital de distrito y a dos hospitales privados a través de un programa integral de atención y tratamiento del VIH/sida. Las principales actividades incluyen la ampliación del tratamiento ARV, atención domiciliaria, formación y actividades preventivas. Cuando el proyecto llegaba al final de su primera fase, se realizó una evaluación y se recomendó su traspaso a las autoridades de salud. La decisión de traspasar el proyecto de Makete también implica el cierre de la misión en Tanzania a principios de 2007.

Emergencias

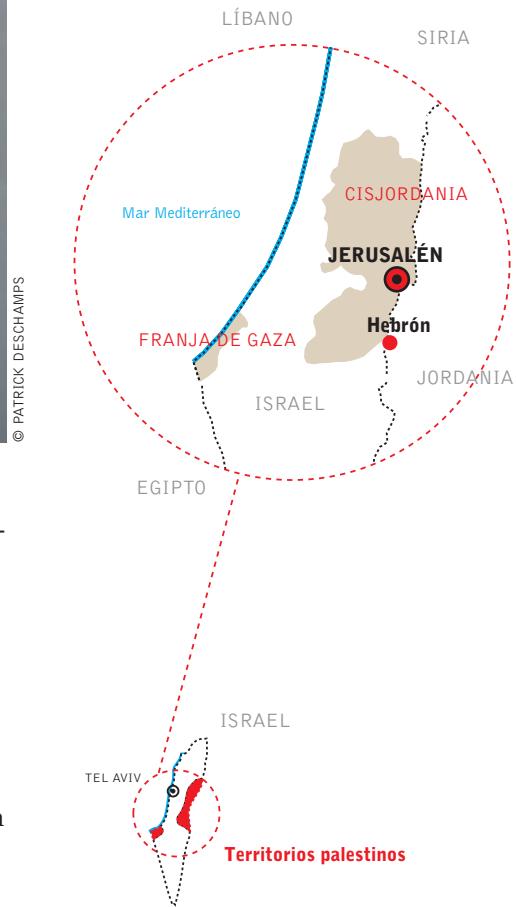
Durante los meses de marzo y abril, se lanzó una intervención de emergencia para asistir a unos 4.000 refugiados burundeses en el distrito de Kibondo. Los equipos prestaron asistencia de salud primaria hasta que los refugiados fueron obligados por las autoridades tanzanas a regresar a su país de origen.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	318.604	40,76%
Zanzíbar / malaria	14.134	1,81%
Kibondo / refugiados	53.460	6,84%
Makete / VIH/sida	395.522	50,60%
Total gastos	781.720	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Jersey Overseas Aid	91.262	11,67%
Total FF institucionales	91.262	11,67%
MSF España	690.343	88,31%
MSF Austria	50	0,01%
MSF Suecia	65	0,01%
Total FF privados	690.458	88,33%
Total ingresos	781.720	100,00%

Territorios palestinos

Deterioro del acceso a la atención sanitaria y falta de medicamentos
Población diana: 121.000 personas



Contexto

Tras la victoria de Hamás en las elecciones de enero, el conflicto palestino-israelí continuó intensificándose y se hicieron más frecuentes los enfrentamientos entre los mismos palestinos.

El boicot al Gobierno palestino por parte de Israel y los países occidentales dejó al nuevo gabinete con menos del 75% del presupuesto y provocó una seria crisis económica y política. Desde marzo, la Autoridad Nacional Palestina no pudo asumir el pago de los salarios de unos 165.000 funcionarios, ingresos de los que depende una cuarta parte de los palestinos.

A partir de mayo, aumentó la financiación por parte de ONG y Naciones Unidas. Los países occidentales prometieron continuar ayudando a la población a cubrir sus necesidades más básicas, reasignando parte de los fondos a la ONU y a otras agencias de ayuda internacionales que trabajan en la zona.

Los recortes de fondos, que empezaron en junio, afectaron al Ministerio de Salud y fueron seguidos de una huelga general que prácticamente paralizó todos los servicios del ministerio en Cisjordania durante más de tres meses.

Proyectos

Durante el año, MSF siguió proporcionando atención psicosocial y médica a la población de Hebrón afectada por experiencias traumáticas a consecuencia de la violencia directa. En total se realizaron 1.630 consultas.

Emergencias

En respuesta a la escasez de medicamentos en los hospitales, MSF puso en marcha un proyecto de emergencia consistente en donar medicamentos y material al hospital Alia, la estructura pública de salud más importante de Hebrón. Las donaciones empezaron en junio y continuaron cada mes.

MSF también abrió una sala de consulta donde suministró medicación para pacientes afectados por enfermedades crónicas graves. Cuando comenzó la huelga en agosto, la distribución de medicamentos y las consultas se ampliaron a otras dos clínicas, donde se atendieron los casos más graves y se realizaron controles pre y postnatales. Con el fin de la huelga en diciembre, las actividades se redujeron, pero las donaciones de medicamentos al hospital Alia continuaron.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	196.230	22,71%
Hebrón / violencia, salud mental	360.544	41,72%
Hebrón / emergencia hospital	151.103	17,49%
Hebrón / emergencia huelga	156.240	18,08%
Total gastos	864.117	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	589.322	68,20%
MSF Japón	83.655	9,68%
MSF Alemania	190.000	21,99%
MSF Austria	350	0,04%
MSF Reino Unido	789	0,09%
Total FF privados	864.117	100,00%
Total ingresos	864.117	100,00%

Uganda

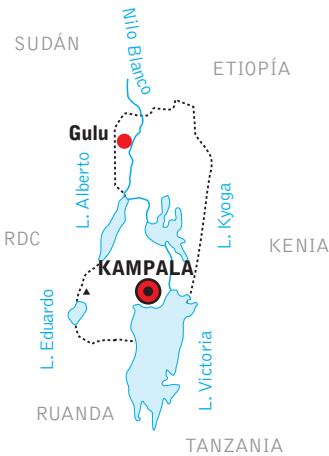
Atención médica y servicios de saneamiento

en campos de desplazados

Población diana: 1.455.400 personas



© MICHAEL GOLDFARB



Contexto

La población del norte de Uganda se ha visto afectada por un conflicto interno desde hace 20 años. Sin embargo, hay esperanzas de que el conflicto llegue a su fin. En agosto se firmó un acuerdo de cese de hostilidades que sigue vigente, mientras las conversaciones de paz continúan adelante con la mediación del Gobierno regional del sur de Sudán.

La perspectiva de paz también creó expectativas sobre el retorno de 1,7 millones de personas confinadas en campos de desplazados, donde sobreviven en condiciones deplorables y siguen expuestas a enfermedades y a las agresiones de miembros incontrados de milicias locales y grupos rebeldes.

A pesar de todo, con la mejora de las condiciones de seguridad en 2006, algunos desplazados pudieron trasladarse a emplazamientos más pequeños con mejor acceso a tierras de cultivo, aunque sin apenas servicios sanitarios o educativos.

Proyectos

MSF trabaja en tres campos de desplazados en el distrito de Gulu (Awoo, Lalogi y Opit), al norte de Uganda. El equipo presta servicios de atención sanitaria, así como de agua y saneamiento, y da apoyo

a dos centros de atención primaria de salud en las áreas de consultas externas, atención materno-infantil, vacunaciones, violencia sexual y donación de medicamentos para cubrir las rupturas de stocks del Ministerio de Salud. En Awoo el equipo pudo empezar a diagnosticar casos de tuberculosis gracias a la instalación de un laboratorio.

Emergencias

Tras las inundaciones de la estación de lluvias, en octubre se inició un brote de cólera en la zona de Kampala, la capital. En noviembre, el Ministerio de Salud pidió apoyo a MSF para responder al brote. El equipo de MSF instaló un centro de tratamiento de cólera en el hospital Mulago, el principal hospital público de Kampala, y formó al personal sanitario en gestión de casos y vigilancia epidemiológica. En los centros de salud de las aldeas más afectadas se organizó la formación del personal sanitario. Desde el inicio del brote, se registraron 1.039 casos sospechosos de cólera y murieron 10 pacientes (tasa de mortalidad del 0,97%).

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	403.987	30,43%
Gulu / desplazados internos	910.867	68,60%
Kampala / cólera	12.895	0,97%
Total gastos	1.327.749	100,00%

Ingresos por financiador	Euros	% Total
Generalitat de Catalunya	190.000	14,31%
Total FF institucionales	190.000	14,31%
MSF España	529.352	39,87%
MSF Estados Unidos	323.397	24,36%
MSF Alemania	285.000	21,46%
Total FF privados	1.137.749	85,69%
Total ingresos	1.327.749	100,00%

Zambia

Tratamiento del VIH/sida y emergencia de cólera

Población diana: 1.750.000 personas



© JUAN CARLOS TOMASI

Contexto

Zambia presenta una de las tasas de incidencia de sida más elevadas del mundo: un 17% (más de un millón y medio de personas). Ante la magnitud de una crisis que se cobra 300 muertos al día, en julio de 2005 el Gobierno estableció la gratuidad de la atención a pacientes de VIH/sida, y en abril de 2006 abolió el modelo de costes compartidos en el sistema sanitario. Sin embargo, al no ser sustituidas eficazmente por ninguna otra estrategia, estas reformas no dieron los resultados esperados: los medicamentos y materiales más básicos empiezan a escasear, y finalmente es el paciente quien tiene que comprar los medicamentos por su cuenta.

Proyectos

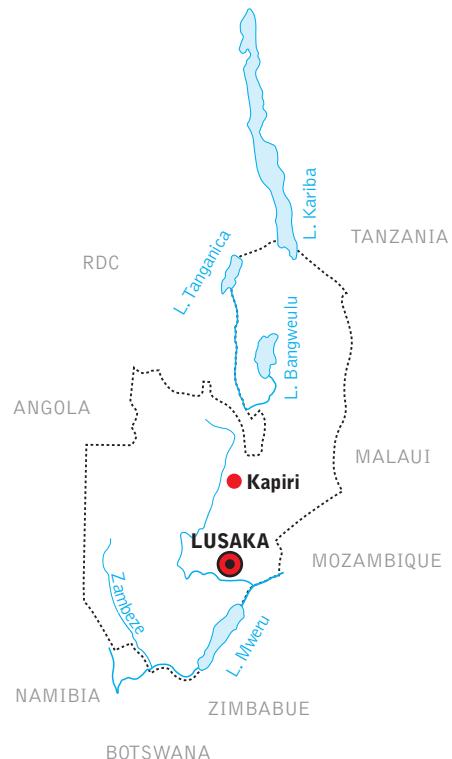
En el distrito de Kapiri M'Poshi, 2 de cada 10 personas padecen VIH/sida. Al ser Kapiri una ciudad en rápido crecimiento, toda la zona se ha convertido en área de paso y la población está más expuesta a las enfermedades de transmisión sexual. En el hospital del distrito, MSF proporciona tratamiento antirretroviral a 1.590 personas, y a otras 492 en cuatro centros rurales cercanos. Junto con la malaria, la tuberculosis (TB) es otra de las principales causas de muerte, por lo que ambas enferme-

dades van a ser integradas al proyecto. De momento, en 2006 se proporcionó tratamiento contra la TB a casi 500 personas y contra la malaria a otras 300.

Emergencias

El cólera es endémico en un país en el que el agua potable no llega al 42% de la población. En agosto de 2005 se registraron los primeros casos de cólera en la capital, Lusaka (1,5 millones de habitantes), lo que requirió una respuesta de emergencia a finales de año. Además de abrir dos centros de tratamiento de cólera (CTC) con 380 camas y 20 pequeñas unidades (UTC) en diversas clínicas, MSF trabajó en el suministro de agua clorada, desinfección de viviendas y formación de personal sanitario.

Hasta abril de 2006, se reportaron unos 6.000 casos y se proporcionó tratamiento a 4.600 personas. Tras controlarse la epidemia, los CTC fueron traspasados a las autoridades locales. En noviembre de 2006 aparecieron nuevos casos en Lusaka y se reanudó el apoyo a tres UTC.



Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	442.487	16,98%
Lusaka / cólera	621.993	23,87%
Kapiri / VIH/sida	1.541.560	59,15%
Total gastos	2.606.040	100,00%

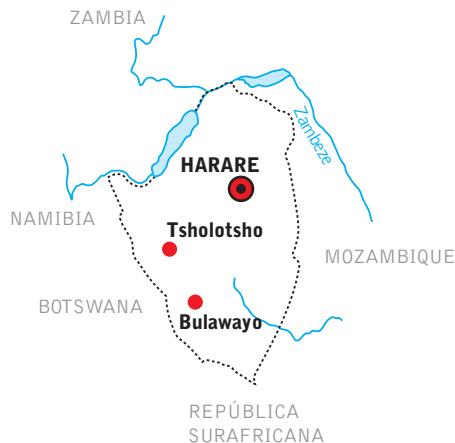
Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	624.115	23,95%
MSF Grecia	1.658.904	63,66%
MSF Estados Unidos	323.021	12,40%
Total FF privados	2.606.040	100,00%
Total ingresos	2.606.040	100,00%

Zimbabwe

Lucha contra la pandemia del sida
Población diana: 805.000 personas



© ELENA ALONSO



Contexto

Se calcula que más del 70% de la población de Zimbabwe vive en la pobreza. El país vive una grave crisis social y económica provocada, entre otros factores, por la alarmante prevalencia del VIH/sida, la mala gestión y la corrupción en el sector público, así como la casi inexistente cooperación internacional por parte de instituciones y donantes, que comprometen cualquier perspectiva de recuperación económica.

A su vez, el sistema público de salud atraviesa una profunda crisis económica: las elevadas tasas de inflación han puesto la atención médica fuera del alcance de la mayoría de personas y el éxodo continuado de personal médico cualificado ha tenido efectos extremadamente dañinos en el sector.

Zimbabwe es el cuarto país del mundo en prevalencia de VIH/sida, hasta el punto que afecta al 20% de la población adulta. Se estima que 1,8 millones de personas son VIH-positivas y más de 3.200 mueren cada semana víctimas de la enfermedad. Además, del número total de recién nacidos, el 10% son seropositivos y el 70% de las muertes de los niños menores de 5 años se debe al sida. Se cree que cuatro quintas partes de las camas de hospital están ocupadas por pacientes con enfermedades asociadas al sida.

En definitiva, el impacto social, económico y psicológico de la epidemia en el país es devastador.

Proyectos

MSF trabaja en Tsholotsho y Bulawayo, donde lleva a cabo proyectos de prevención y tratamiento del VIH/sida. En el distrito de Tsholotsho, los esfuerzos por descentralizar el tratamiento a áreas rurales consiguieron mejorar el acceso de los pacientes de zonas remotas. En la ciudad de Bulawayo, MSF ofrece atención y tratamiento, combinándolo con actividades de presión y sensibilización para animar al Ministerio de Salud, al Consejo municipal y otras entidades a incrementar y asegurar el acceso gratuito a la atención y tratamiento del sida. A finales de 2006, MSF estaba tratando a casi 5.000 personas con terapia antirretroviral y apoyo nutricional.

Gastos por proyecto	Euros	% Total
Capital	316.179	11,82%
Bulawayo / VIH/sida	1.566.427	58,58%
Tsholotsho / VIH/sida	791.521	29,60%
Total gastos	2.674.127	100,00%

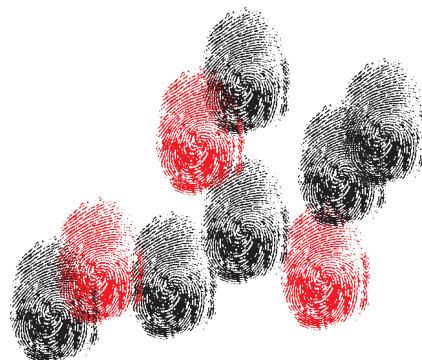
Ingresos por financiador	Euros	% Total
Total FF institucionales	0	0,00%
MSF España	1.202.666	44,97%
MSF Estados Unidos (fondos tsunami)	401.060	15,00%
MSF Estados Unidos	484.532	18,12%
MSF Japón	225.869	8,45%
MSF Austria	60.000	13,46%
Total FF privados	2.674.127	100,00%
Total ingresos	2.674.127	100,00%

Logros y retos 2006



Emergencias

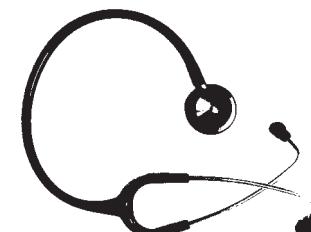
MSF llevó a cabo 36 intervenciones de emergencia en todo el año, en comparación a las 23 realizadas en 2005, 19 en 2004 y 14 en 2003. La mayoría de estas intervenciones fueron reacciones en contextos donde había proyectos en curso, lo que indica una mejor detección y respuesta de nuestros equipos en el terreno.



Seguridad

Pudimos reducir el número de incidentes de seguridad, a pesar de nuestra mayor presencia en entornos inestables y violentos. Se reportaron un total de 54 incidentes de este tipo, aunque los considerados realmente graves (heridas o muertes violentas de personal o pacientes, la neutralidad o la aceptación de la población amenazadas) se limitaron a seis.

Nos sentimos a la vez airados y profundamente tristes por la trágica y violenta muerte de Al Tijani, el guarda de MSF en Golo, Sudán, durante los ataques y contraataques de enero. Llamado por el deber, decidió quedarse a guardar el recinto de MSF durante la evacuación del equipo, a pesar de haber sido advertido en contra de ello, y fue asesinado por milicianos cuando intentaban asaltar el lugar.



RRHH

Un total de 637 salidas de trabajadores internacionales y 2.552 trabajadores nacionales contratados en el terreno han hecho posibles los proyectos a lo largo del año. El 53% de los trabajadores internacionales han sido sanitarios. Ha habido un total de 143 primeras misiones, un 22% del conjunto.

Apoyo social

A 31 de diciembre de 2006, habíamos alcanzado la cifra de 180.608 socios, lo que supone casi 25.000 socios más que en 2005. Asimismo, hemos tenido más de 300.000 donantes. El incremento de socios se ha producido de manera gradual a lo largo del año, gracias a la progresiva diversificación y desestacionalización de los canales de captación. Los fondos privados son básicos para garantizar la independencia de MSF.

Finanzas

El 84% de los recursos financieros ha sido destinado a la misión social y el 16% restante a gastos de administración y captación de fondos.

Notoriedad

El estudio sobre la percepción social de las ONG en España realizado por la CONGDE, sitúa a MSF como la ONG más conocida (35% de los encuestados) por delante de Cruz Roja (15%), Manos Unidas (13%) y Cáritas (12%), y revela un gran desconocimiento de cuestiones clave sobre la identidad y gestión de las ONG.



* Número de misiones abiertas a 31 de diciembre de 2006.



VIH/sida

El número de pacientes bajo tratamiento o tratados durante el año 2006 ha sido de 9.700, cifra que nos ha puesto al límite de nuestra capacidad. Hemos aumentado la atención pediátrica y el tratamiento de la coinfeción VIH-tuberculosis, pero aún debemos avanzar más en ambos campos.

Tuberculosis (TB)

El número de pacientes bajo tratamiento o tratados durante el año se eleva a 1.976, lo que supone cuadruplicar la cifra del año anterior. La TB es todavía una cuestión pendiente, aunque el número de pacientes ha crecido a causa de los tratamientos proporcionados en los proyectos de VIH/sida.

Malaria

El número de pacientes en tratamiento o tratados durante el año ha sido de 82.311, de los que 65.569 han recibido terapia combinada con artemisinina. Necesitamos incrementar las actividades preventivas ya que, hasta la fecha, se ha puesto más el acento en las terapias curativas. Asimismo, hay que continuar trabajando para mantener los niveles de calidad en diagnóstico y tratamiento.



Enfermedad de Chagas

El número de pacientes que han iniciado tratamiento durante 2006 es de 556.

El 92% de los pacientes diagnosticados han respondido bien al tratamiento, mientras que sólo el 2,4% tuvo que abandonarlo.

Tripanosomiasis humana africana (THA)

A lo largo de 2006, hemos tratado a 493 pacientes de THA, más conocida como enfermedad del sueño. La sección española está trabajando dentro del movimiento MSF internacional para impedir que se convierta en una enfermedad olvidada para la organización.



Otros datos

Durante 2006, hemos atendido a 739 heridos de guerra y a 1.364 personas víctimas de violencia sexual. Asimismo, hemos prestado asistencia a 697 pacientes de kala azar. Esta enfermedad ha ganado importancia en nuestras operaciones con la apertura de dos proyectos en Etiopía y en India.

msf.es

La página web de MSF España recibió 1.214.822 visitas (visitantes únicos) en 2006, con un total de 12.511.113 páginas vistas. El promedio de sesiones diarias fue de 3.328, el promedio de páginas diarias, 34.277, y la duración promedio de las sesiones de 6 minutos y 24 segundos.

Exposiciones

La exposición itinerante *Humanitarios en acción*, que recorrió el país entre abril y julio, ha contribuido a reforzar el conocimiento de los valores y el trabajo de MSF sobre el terreno a través de una experiencia vivencial. La muestra ha sido visitada por 5.844 personas.

La exposición fotográfica sobre el sida en África, *Posithiv+*, producida en colaboración con el fotógrafo Pep Bonet, visitó Madrid, Valencia, Cáceres, Vitoria, Zaragoza y Toledo a lo largo de 2006.

Herencias y legados

En 2006 el área testamentaria ha seguido un progresivo ascenso, ingresando casi 1,5 millones de euros. Un total de 77 testamentos y 19 herencias demuestran que el compromiso de Médicos Sin Fronteras es cada día el de más personas en nuestro país.



Recursos humanos

El año 2006 fue un periodo de estabilización en cuanto al número de puestos, aunque las salidas siguen aumentando. Las razones son varias, entre otras: más intervenciones cortas y el hecho de que el personal internacional se compromete a salir cada vez por menos tiempo. Este año hemos diversificado nuestro reclutamiento internacional y hemos enviado al terreno más gente de origen no español, provenientes de países donde hay otras secciones de MSF y también de países sin representación, pero que se acercan a MSF a través de la web. Asimismo, más personal nacional se ha incorporado al conjunto del personal internacional para trabajar como expatriado.

Personal en sede y delegaciones

Hemos aumentado el número de puestos temporales en comparación con el año anterior, debido a proyectos complejos, en marcha desde 2005, que requieren muchos recursos humanos (implementación del sistema de información integrada,

proyectos ligados a captación de fondos, eventos de comunicación...). Para contabilizar el número de puestos, tanto fijos como temporales, hacemos uso de la categoría denominada Full Time Equivalent (FTE), es decir, el equivalente al número de personas contratadas a tiempo completo (por ejemplo, dos empleados a 1/2 jornada = 1 FTE).

146
FTE sede

91
FTE estructurales

55
FTE temporales

Personal MSF internacional 2005

4.768
Total salidas internacionales

1.276 Médicos
1.558 Enfermeros y otro personal sanitario
1.934 No sanitarios

28.083
Puestos de terreno

2.227 Personal internacional
25.856 Personal nacional

1.466
Primeras salidas

1.282
Total personal en sede

784 Misión social
141 Captación de fondos
357 Administración

Personal en el terreno

La República Democrática del Congo, Sudán (Darfur) y Angola han sido los países con más puestos de personal internacional a lo largo de 2006. Por su parte, Sudán (Darfur), Liberia y Angola son los países donde contamos con más personal nacional.

Personal nacional

(personal contratado en el país)

Sanitarios Médicos, enfermeros, farmacéuticos, asesores para análisis voluntarios, matronas, nutricionistas, técnicos de laboratorio, promotores de salud, etc.

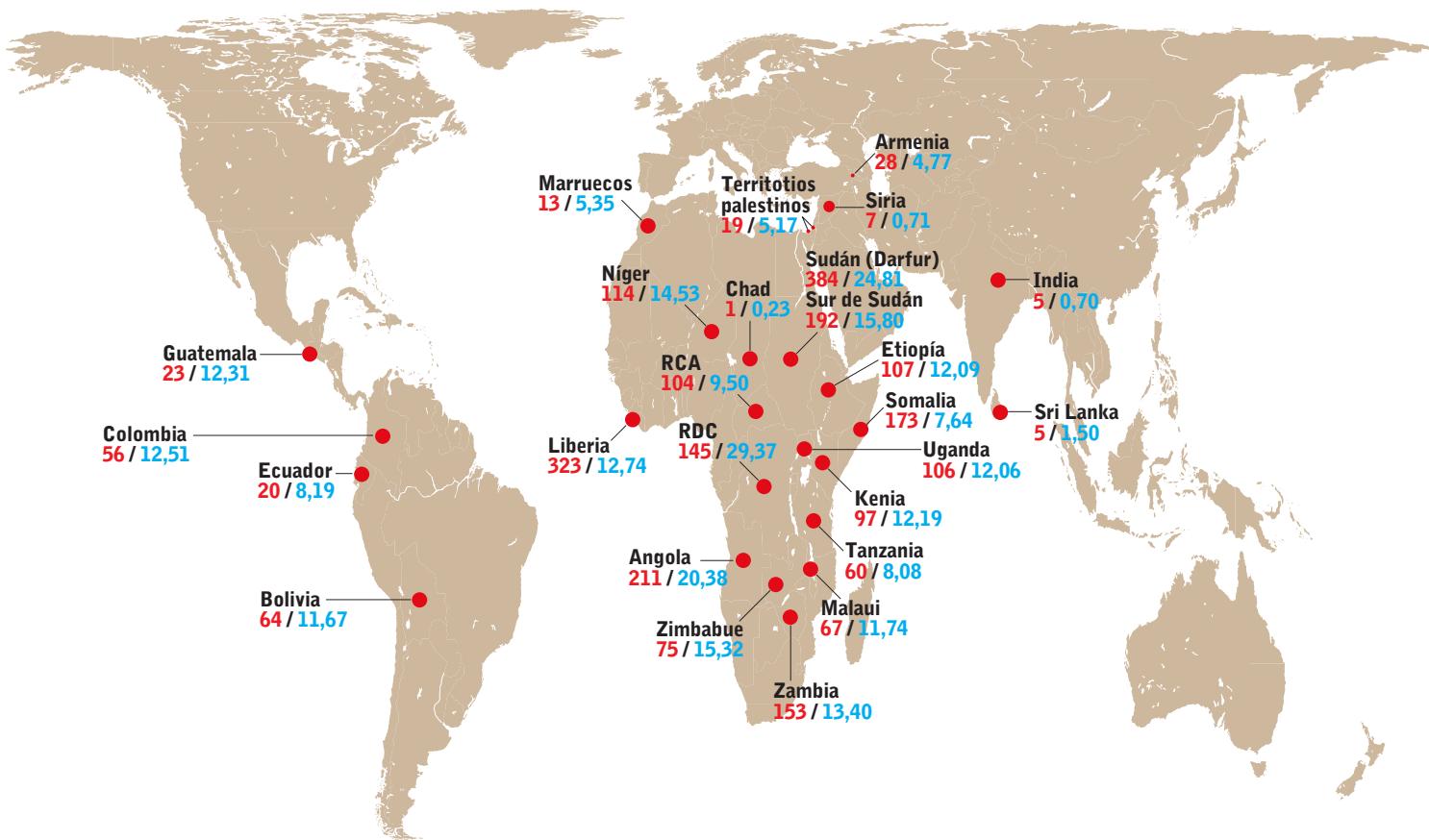
No sanitarios Logistas, administradores, chóferes, asistentes financieros, guardias, cocineros, personal de mantenimiento, etc.

Personal internacional

(personal expatriado)

Sanitarios Médicos, enfermeros, matronas, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, psicólogos, nutricionistas y otras ciencias de la salud.

No sanitarios Coordinadores generales y de proyecto, financieros, logistas, administradores y, en menor número, expertos en información, educación o comunicación, trabajadores sociales, educadores sociales, antropólogos, abogados, etc.



2.552

Total personal nacional

284,42

Total personal internacional

FTE terreno (Full Time Equivalent)

1.141
Sanitarios

349
Media de puestos

637
Total salidas a proyectos

1.411
No sanitarios

36,5 años
Edad promedio

143
Primeras misiones

337
Españoles

52%
Mujeres

494
Experimentados

195
Países con secciones MSF

48%
Hombres

230
Salidas a puestos de coordinación

105
Otros (Asia, África, Oceanía, América Latina)



Por **Jaume Codina**,
director de Comunicación

Transparencia y rendición de cuentas

“Tenemos que hacer lo que decimos y tenemos que decir lo que hacemos”.

Aparentemente es así de sencillo. Hay una serie de personas que creen en lo que decimos que hacemos, nos dan su confianza y nos aportan su apoyo económico. Pues, si queremos ser transparentes y rendir bien nuestras cuentas, deberemos demostrar que la confianza ha sido bien depositada y que los fondos han sido usados con arreglo a lo que decimos.

Y ya está? No, no está, no es tan simple. En MSF tenemos políticas y sistemas que garantizan la transparencia de nuestras acciones ante las personas, instituciones, empresas y entidades que nos apoyan. Pero queremos ampliar la rendición de cuentas a más colectivos y sobre más temas, como los retos y dilemas que se nos plantean, los límites de nuestra capacidad asistencial o nuestros errores, para transformarlos en logros que benefician a las poblaciones a las que asistimos.

Tras la intervención humanitaria durante el genocidio de Ruanda (1994), las organizaciones humanitarias en su conjunto fueron criticadas por falta de profesionalismo, poca eficiencia y deficiente transparencia. Esto provocó una reflexión profunda, tanto por parte de las organizaciones humanitarias como de los donantes que las financiaban, sobre la calidad de la acción humanitaria y los medios para medirla y rendir cuentas de ella. El sector se profesionalizó, la gestión orientada a resultados sustituyó a las buenas intenciones y fueron introducidos códigos y estándares de acción. Pero 13 años más tarde,

los humanitarios todavía somos vistos como un sector poco transparente, opaco y casi incontrrollable, del que se desconocen datos fundamentales como los presupuestos, el empleo de los fondos, los sueldos... Por no hablar de las dudas y de los fracasos, tantas veces ocultados o maquillados por el miedo a la eventual pérdida de socios y donantes. Así las cosas, resulta lícito afirmar que el sector de las ONG todavía está muy lejos de la excelencia en cuanto a rendición de cuentas y transparencia.

Para MSF, el punto de partida para mejorar la rendición de cuentas es una cuestión de actitud respecto a cómo se posiciona la organización y cómo explica sus elecciones, sus logros y también sus errores. Todo ello por la responsabilidad que supone funcionar con un 96% de fondos privados, aproximadamente la mitad de los cuales provienen de donantes y socios particulares que confían en el buen uso y la gestión adecuada del dinero. No podemos olvidar que estamos manejando recursos que nos son confiados para que los empleemos para realizar nuestros proyectos. Tenemos, pues, el deber ético y moral de rendir cuentas, y no sólo de la distribución de los fondos,

sino también de su uso estratégico, es decir, de las elecciones que hacemos a la hora de decidir dónde trabajamos, en qué tipo de proyectos y por cuánto tiempo.

No se trata sólo de explicar a dónde va el dinero. También queremos explicar por qué va allí y cómo lo usamos. Queremos explicar lo que hemos hecho y lo que no, lo que pudimos hacer y no hicimos, nuestros logros y también nuestros errores. Se trata de mantener una actitud activamente transparente sobre las decisiones que tomamos y sobre sus consecuencias, así como de reconocer los límites de nuestra capacidad para procurar asistencia. Y esos límites nos vienen dados por nuestra misión social: asistir a las personas y poblaciones más vulnerables en situaciones de crisis. MSF solamente puede dar cuenta de aquello de lo que es verdaderamente responsable: no somos la voz de nuestros socios y donantes, ni mucho menos de los cientos de miles de personas a las que asistimos. Por eso tampoco podemos obviarles a la hora de evaluar, emprender o comunicar nuestras acciones. Por respeto a su confianza y a nuestro compromiso con ellos.

Asimismo, el concepto de rendición de cuentas está profundamente



enraizado en MSF por nuestra absoluta convicción de que se trata de un medio imprescindible para mejorar la calidad de nuestras operaciones. El intercambio con la sociedad, los beneficiarios y demás actores con los que nos relacionamos en nuestro trabajo, nos hace de espejo y contribuye a esta mejora. Por tanto, rendir cuentas entraña otras nociones esenciales, como son la pertinencia y la calidad de todo lo que hacemos, de nuestras acciones y omisiones. Y, en este punto, no sólo tenemos que rendir cuentas a nuestros socios y donantes, sino también al resto del movimiento. Nuestra cultura de honestidad y autocritica, nuestra mirada analítica sobre las opciones operacionales de las otras secciones de MSF, contribuyen a desarrollar un sentimiento de transparencia y rendición de cuentas mutuo.

No hay una única forma de rendir cuentas que sea válida para todas las organizaciones ni todas rendimos cuentas a los mismos actores. Esto es así porque la misión social de cada organización es única. Los retos y dilemas son diferentes, ya que son distintos los ámbitos de acción (emergencias, desarrollo, construcción de paz, defensa de derechos

humanos...). Tampoco todas las organizaciones disponen de la misma cantidad de recursos humanos y financieros ni es idéntica la procedencia de los mismos. Nuestras responsabilidades no son las mismas y, desde esta diversidad, no podemos obligarnos a utilizar los mismos instrumentos para dar cuenta de lo que hacemos.

MSF considera que los recientes casos de Anesvad o Intervida son sucesos excepcionales, pero lo cierto es que su aparición ha contribuido a que, poco a poco, se esté perdiendo esa aura de confianza y credibilidad que las ONG han tenido hasta ahora. Creemos que, mas allá de responder frente a quienes nos han dado su apoyo, también debemos ser transparentes y rendir cuentas frente al conjunto de nuestra sociedad.

El hecho de que nos sometamos a auditorías y de que nuestras cuentas y nuestros presupuestos sean públicos, como también lo son las cuentas internacionales consolidadas del conjunto de MSF, atestigua una clara voluntad de alimentar una cultura basada en la transparencia y la rendición de cuentas frente a todo el mundo.

Rendir cuentas es, por encima de todo, una cuestión de actitud respon-

sable y de ser activamente transparentes sobre nuestras decisiones y los límites de nuestra capacidad asistencial. Rendir cuentas también quiere decir estar preparados para comunicar nuestros propios errores y qué pensamos hacer para trasformarlos en logros que provoquen los cambios que buscamos para mejorar la salud de las personas a las que asistimos. Entre nuestras asignaturas pendientes está mejorar la rendición de cuentas a los beneficiarios de nuestros proyectos y sus comunidades, al personal de MSF, muy especialmente el personal nacional, y a otros actores humanitarios. Estamos trabajando para hacerlo posible, esperando que en la próxima edición de esta memoria podamos decir qué hemos hecho para mejorar esta situación. Y si no lo pudimos hacer, explicar por qué.

Socios y donantes particulares

La independencia para actuar de forma inmediata ante cualquier emergencia, poder planificar nuestras acciones y denunciar las situaciones en las que se encuentran muchas de las personas a las que asistimos es esencial; y sólo es posible gracias al compromiso económico regular de cada uno de nuestros 180.000 socios.

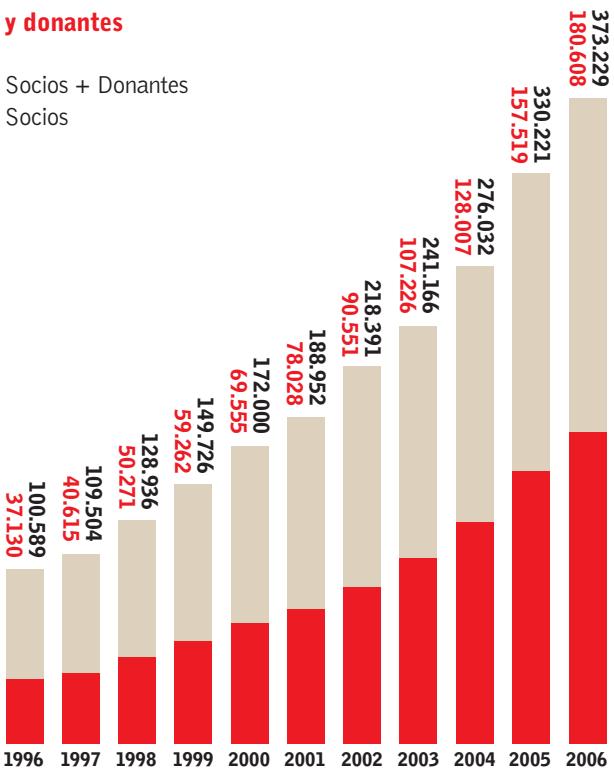
A todos ellos, muchas gracias por su confianza.

180.608

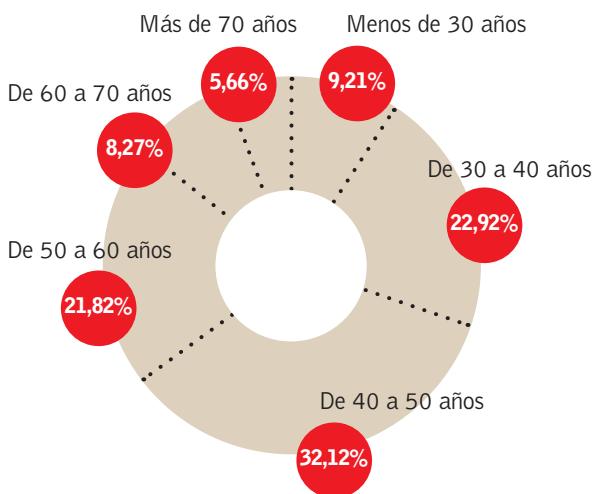
Número de socios 2006

Evolución de socios y donantes

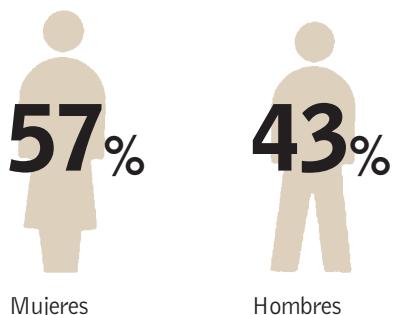
- Socios + Donantes
- Socios



Distribución de socios por edades



Distribución de socios por sexo



Distribución socios por provincias

A Coruña	1,95%
Álava	0,92%
Albacete	0,53%
Alicante	2,56%
Almería	0,70%
Asturias	2,46%
Ávila	0,26%
Badajoz	0,79%
Barcelona	17,14%
Burgos	0,71%
Cáceres	0,57%
Cádiz	1,56%
Cantabria	1,47%
Castellón	1,01%
Ceuta	0,06%
Ciudad real	0,67%
Córdoba	0,90%
Cuenca	0,26%
Girona	1,35%
Granada	1,30%
Guadalajara	0,45%
Guipúzcoa	3,01%
Huelva	0,57%
Huesca	0,43%
Islas Baleares	2,79%
Jáén	0,70%
La Rioja	0,71%
Las Palmas	0,96%
León	0,79%
Lleida	0,73%
Lugo	0,36%
Madrid	21,72%
Málaga	2,86%
Melilla	0,08%
Murcia	1,99%
Navarra	1,42%
Ourense	0,38%
Palencia	0,26%
Pontevedra	1,78%
Salamanca	0,57%
Santa Cruz de Tenerife	1,00%
Segovia	0,33%
Sevilla	3,25%
Soria	0,16%
Tarragona	1,43%
Teruel	0,21%
Toledo	0,84%
Valencia	5,76%
Valladolid	1,17%
Vizcaya	3,99%
Zamora	0,24%
Zaragoza	1,88%

Empresas y entidades

Cada vez son más las empresas y entidades que deciden apoyar nuestra labor humanitaria. No podemos mencionar aquí a todas ellas, aunque sí queremos darles nuestro más sincero agradecimiento.

- Accenture
- Aceros Bergara
- Actiu Berbegal y Formas
- Arrospe
- Banc Sabadell
- Barin
- Caja de Guadalajara
- Canon
- Carat España
- Carlson Family Foundation
- Casa Barrera
- Celsa
- Círculo de Lectores
- Distribuidora Dos
- DKV Seguros
- Edicions Bromera
- El Brillante
- El Fuerte de Madrid
- Embamat EU S.A.
- Eulen
- Euro Glashaus
- Euro Suministradora Catalana
- Eurogestión 2001
- FMC Foret S.A.
- Fundació Caixa Sabadell
- Fundació Un Sol Món (Obra Social Caixa Catalunya)
- Fundación Barclays
- Fundación C&A
- Fundación Catalana Occidente
- Fundación Eroski
- Fundación Non Profit Music
- Fundación Profesor Rodrigo Uría
- Fundación Telefónica
- Galo Film
- Giraud
- Groupama Seguros
- Grup M.A.
- Grupo Editorial RBA
- Hewlett Packard
- Holding Barcelonesa
- Hotusa Hotels
- InfoJobs
- Institución Educativa SEK
- Ircoex
- Jandiapart
- Jevaso
- Juan Antonio Ibáñez S.A.
- Juárez y Millas
- Kimaldi Electronics
- La Caixa
- Lipasam
- M&B Capital Advisers
- Macer
- Mango
- Mayobere
- Moncal 1941
- Nuevo Concepto en Finanzas Corporativas S. L.
- Oticon España
- Pleta Auditores
- Promociones y Construcciones Hervás López
- Quiral
- RACC
- Roberlo
- San Carlos 13
- SEAT
- Sigla
- Sogecable
- Stolt Sea Farm
- Sun Microsystems Ibérica
- Tecsidel
- Tele 2 Comunitel
- Telyman Telecom
- Trigital
- TVE
- Vascat
- Venca
- Zeferino

Herencias y legados

En 2006, el área testamentaria sigue su progresivo ascenso, demostrándonos que el compromiso de Médicos Sin Fronteras es cada día el de más personas.

En recuerdo y agradecimiento a:

Roser Majorall Moliné
José Manuel Polo Valbuena
Juana Cuasante Rubio
María Antonia Calero Valverde
Gerard Sanllehí Soriano
María San Miguel Arribas
María Teresa Vélez García
Manuela López Gutiérrez
Casimira Vázquez Asín
Juan Manuel Palomar López
Carmen Giménez Santín
Florentino Gutiérrez González
Genaro Espinosa Cabezas
Mª del Carmen Pérez Anchía
Francisca Martínez Ferrer
María Begoña García-Diego y Ortiz
Felisa Rodríguez Marco
Celedonio Arcón Iglesias
Tomás Poggio Morata

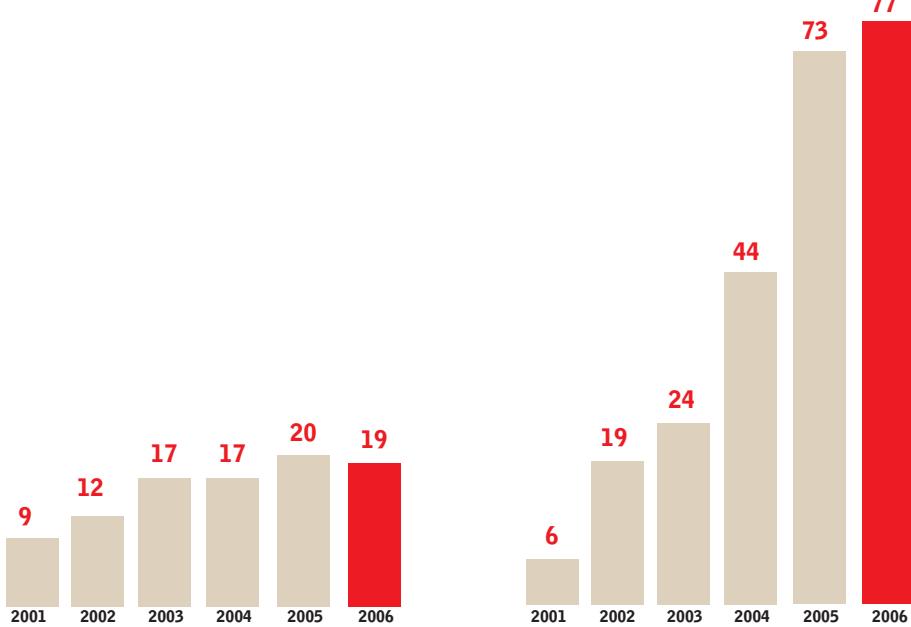
Por su indudable confianza en MSF y ejemplar contribución con sus fines, por medio de su herencia, durante el año 2006.

Herencias

1.480.392 €

Ingresos 2006

Testamentos



El año 2006 ha supuesto la continuación del crecimiento en operaciones iniciado en 2003, aunque esta vez más atenuado en comparación a los dos años precedentes. Respecto a 2005, el incremento global ha sido de un 12% (+5,31M€). La organización cierra el año garantizando que el 83,86% (43,03M€) de sus recursos se destina a su misión social (asistencia directa a las poblaciones y acciones de testimonio). Durante 2006, se han realizado 36 intervenciones en emergencias que han supuesto 5,41M€. El gasto operacional refleja una tendencia continua de acciones en contextos con conflictos armados y/o poblaciones desplazadas (18,40M€) y un incremento considerable en intervenciones ante

epidemias, hambrunas, enfermedades y situaciones de exclusión (18,11M€).

A destacar la consolidación de nuestra estructura financiera a través del continuo crecimiento de fuentes fidelizadas, diversificadas y comprometidas con los principios de la acción humanitaria (fondos no afectados, es decir, no asignados a proyectos concretos). Se ha incrementado el ratio de financiación privada en un 96,18%, lo que nos ha permitido llevar a cabo nuestras operaciones con independencia de intereses políticos y económicos ajenos.

La sección española de MSF ha mantenido su responsabilidad de recaudar fondos según las necesidades de las poblaciones y de destinar los fondos allí donde los donantes lo han indicado cuando así lo han hecho.

Este año la organización ha buscado reducir sus reservas, provocando un déficit de -2,5M€, con el objetivo de mantenerlas en una cantidad equivalente a entre 3 y 9 meses de actividad. Cerramos el año con 6,1 meses de reservas, lo que nos ha de permitir dar respuesta rápida a emergencias olvidadas o poco mediáticas y preservar nuestra independencia operacional durante 2007.

Sabemos que gestionamos unos recursos que nos han sido confiados por los socios y donantes para "salvar vidas". Por ello, no sólo somos rigurosos en lo que hacemos sino en cómo lo hacemos. En este sentido, durante este año se han llevado a cabo 9 auditorías externas en distintos ámbitos de la organización y se han realizado 13 auditorías internas en el terreno.

Las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2006 han sido auditadas por Audihispana y aprobadas por la Asamblea General de MSF España.

El informe completo de la auditoría está publicado en la página web de la organización: www.msf.es

Audihispana Grant Thornton

Audidores

A la Asamblea General Ordinaria de Asociados de MÉDICOS SIN FRONTERAS ESPAÑA

1. Hemos auditado las cuentas anuales de MÉDICOS SIN FRONTERAS ESPAÑA, que comprenden el balance de situación al 31 de diciembre de 2006, la cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, cuya formulación es responsabilidad de la Junta Directiva de la Asociación. Nuestra responsabilidad es expresar una opinión sobre las citadas cuentas anuales en su conjunto, basada en el trabajo realizado de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas, que requieren el examen, mediante la realización de pruebas selectivas, de la evidencia justificativa de las cuentas anuales y la evaluación de su presentación, de los principios contables aplicados y de las estimaciones realizadas.

2. De acuerdo con la legislación mercantil, la Junta Directiva presenta, a efectos comparativos, con cada una de las partidas del balance, de la cuenta de pérdidas y ganancias y del cuadro de financiación, además de las cifras del ejercicio 2006, las correspondientes al ejercicio anterior. Nuestra opinión se refiere exclusivamente a las cuentas anuales del ejercicio 2006. Con fecha 6 de junio de 2006 emitimos nuestro informe de auditoría acerca de las cuentas anuales del ejercicio 2005 en el que expresamos una opinión favorable.

3. En nuestra opinión, las cuentas anuales del ejercicio 2006 adjuntas expresan, en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera de MÉDICOS SIN FRONTERAS ESPAÑA al 31 de diciembre de 2006 y de los resultados de sus operaciones y de los recursos obtenidos y aplicados durante el ejercicio anual terminado en dicha fecha y contienen la información necesaria y suficiente para su interpretación y comprensión adecuada, de conformidad con principios y normas contables generalmente aceptados que guardan uniformidad con los aplicados en el ejercicio anterior.

Barcelona, 4 de junio de 2007

COLLEGI DE CENSORS JURATS DE COMPTES DE CATALUNYA
Membre associat AUDIISPANIA, S.L.
Reg. 2007 Núm. 2003110049
CÒPIA EXEMPLAR
Llegat al Col·legi de Censors Jurats de Comptes de Catalunya el dia 22 de juny de 2007.
Llegat al Col·legi de Censors Jurats de Comptes de Catalunya el dia 22 de juny de 2007.

AUDIISPANIA GRANT THORNTON
Joan Vall
Partner

BARCELONA
Av. Tarrés, 1
08036 BARCELONA
T +34 93 206 39 00
F +34 93 206 39 10
info@audiispagna.com
Membre de Grant Thornton International

Buenos Aires - Cali - Cartagena - Medellín - Méjico - Panamá - Valencia - Sevilla - Zaragoza
Audihispana Grant Thornton, S.L., inscrita en el I.G.A.C., nº 3.231 - R.M. de Barcelona, T. 93 643. F. 56, P. 8.12.610 Inc. 84, CIF B-380014630

Estructura de ingresos 2006

Uno de los principios básicos de la acción humanitaria es la independencia financiera. Y ello quiere decir escoger libremente el tipo de intervención, basándonos en la evaluación de las necesidades de las personas, sin que en ningún momento nuestra decisión esté condicionada por la agenda internacional de los financieros, ni por los intereses de Política Exterior de los Estados y de los agentes implicados en las crisis y conflictos a las que hacemos frente.

Para lograrlo, MSF basa su estrategia financiera en la obtención de fondos que aporten estabilidad, que procedan de fuentes diversas y que estén comprometidos con los principios humanitarios. Esto se refleja en una estructura de fondos que en 2006 ha sido como ilustra el gráfico a continuación:

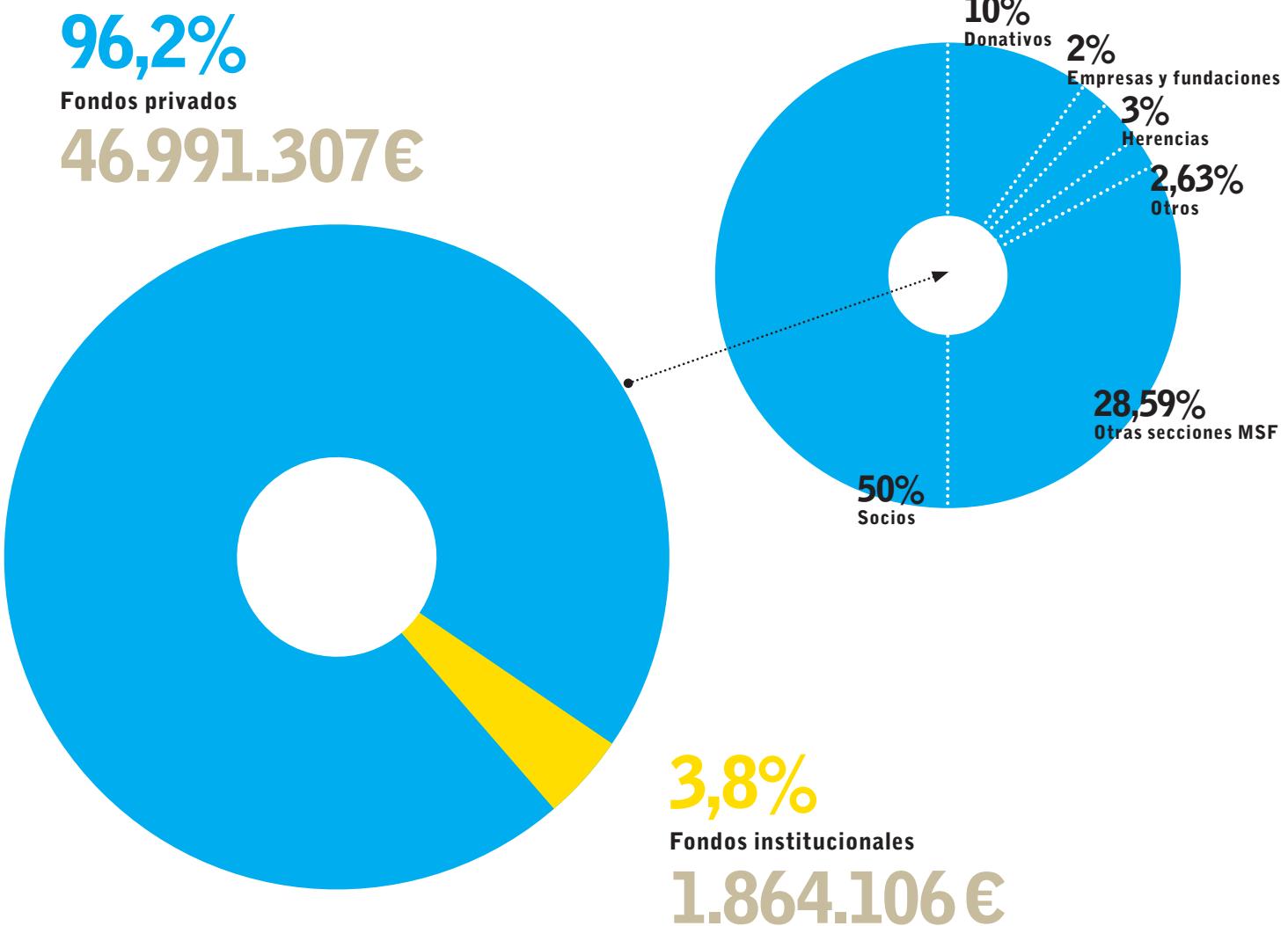
La máxima expresión de nuestra independencia de acción son los socios. El socio dona de forma regular y sin pedir un destino concreto, permitiendo a MSF utilizar el dinero allí donde se necesita ayuda de emergencia en cada momento.

Esta estructura financiera sólida e independiente asegura que lleguemos allí donde otras organizaciones no pueden o no quieren estar:

- Lanzando intervenciones de emergencia en 24 horas sin tener que esperar a la movilización de actores políticos, donantes públicos o medios de comunicación.
- No aceptando fondos que están en contradicción con los principios de nuestra acción, como por ejemplo, los de actores implicados en los conflictos. Por esta razón toda financiación de gobiernos, instituciones públicas, fundaciones y empresas es examinada caso por caso.

Gestión de las reservas

Las reservas son la suma de déficits y excedentes anuales acumulados desde el nacimiento de la asociación. Éstas permiten a la organización mantener la tesorería a un nivel suficiente para financiar las operaciones en curso y hacer frente a riesgos ligados a nuestra propia actividad (bajada de la captación de fondos, emergencias olvidadas o poco mediáticas, asegurar el tratamiento a largo plazo de enfermos crónicos como los pacientes de VIH/sida,...). Estas reservas se encuentran en cuentas corrientes bancarias (sin ningún riesgo, inmediatamente disponibles y, en contrapartida, poco remuneradas). Tenemos una política en la que la tesorería debe representar entre 3 y 9 meses de actividad (en caso de salirse de este margen, la organización toma medidas para corregir).



Estructura de gastos 2006

Nuestra primera prioridad es destinar el máximo de recursos a nuestra misión social.

Asistencia médica-humanitaria*

Coste directo de llevar asistencia médica y material a las poblaciones.

Apoyo a misiones

Gastos de apoyo operacional que se producen en la sede. Incluye diseño de proyectos, seguimiento y evaluación, apoyo técnico médico y logístico, análisis de contexto y seguridad, cursos de formación, etc.

Testimonio

Coste de las actividades de testimonio, sensibilización y denuncia como parte de la acción humanitaria de MSF. Algunos medios para este fin son la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME), exposiciones, publicaciones, etc.

Captación de fondos

Coste de la captación y gestión de fondos privados y públicos. Incluye campañas de captación y fidelización, y la rendición de cuentas a socios y donantes.

Costes de administración

Costes de gestión y administración de la organización que hacen posible que las demás actividades se lleven a cabo. Incluye costes relacionados con auditorías, representación regional, gastos de todos los directores de departamento y actividades relativas a la vida asociativa de la organización.

84%

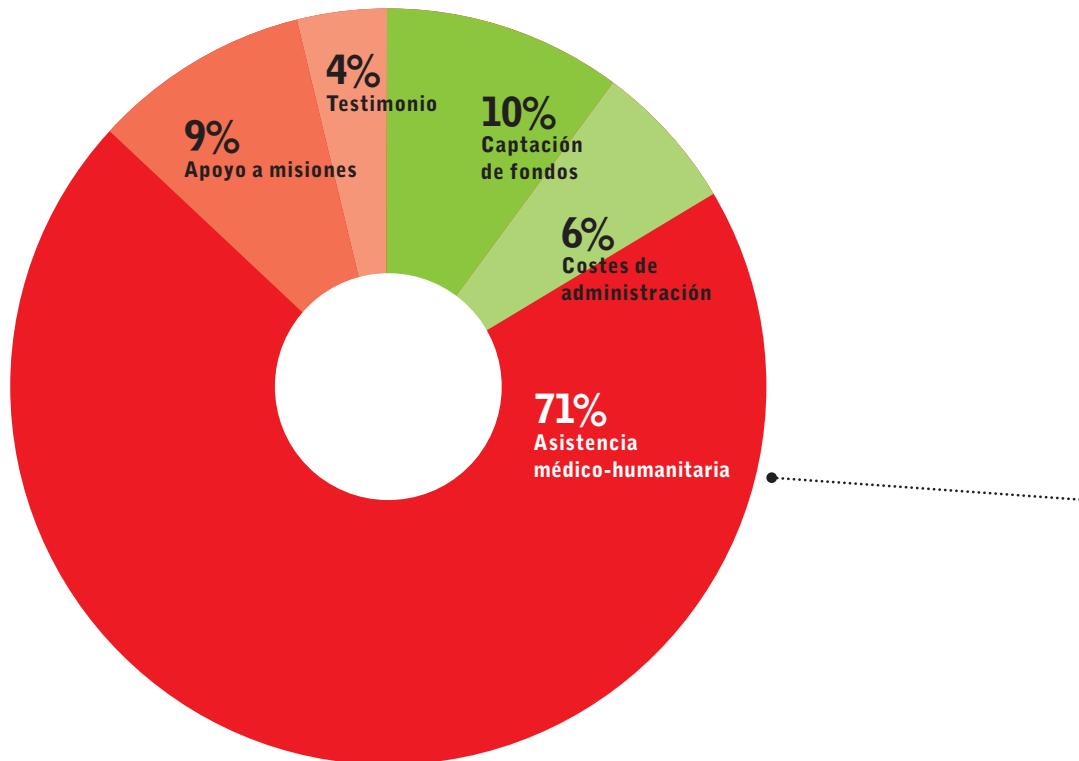
Misión social

43.038.716€

16%

Captación y administración

8.281.601€



- * **El coste de la asistencia médica-humanitaria directa se distribuye de la siguiente manera en relación a la naturaleza de gasto:**

Personal internacional

MSF conduce las actividades de sus proyectos sin delegar a terceros esta responsabilidad. Nos responsabilizamos directamente de nuestra acción. Los expatriados garantizan en el terreno que ésta sea imparcial y neutral. Este coste incluye, entre otros, salarios, seguridad social, transporte y hospedaje del personal médico, logístico, financiero, etc.

Personal nacional

El personal nacional es parte de los equipos de MSF. Es clave para la proximidad con la población y la comprensión del contexto y asegura la continuidad de las actividades durante evacuaciones por problemas de seguridad. Este apartado incluye salarios, seguridad social, transporte, seguros, etc.

Soporte administrativo

MSF dispone de oficinas en el terreno. Aparte de realizar el seguimiento de los proyectos, son espacios donde se lleva toda la gestión administrativa de visados, contactos con las autoridades, reuniones, etc.

Médico y nutrición

Costes relacionados con consultas médicas, hospitalización, atención nutricional, vacunas, cirugía, apoyo psicológico, medicamentos, material médico y no médico, productos alimentarios, etc.

Logística y saneamiento

Costes relacionados con la distribución de alimentos o materiales de primera necesidad, suministro de agua, rehabilitación o construcción de estructuras sanitarias, etc.

Formación

Esta actividad es de suma importancia. Aquí agrupamos los costes de formación, entre otros, del personal de los ministerios de salud de los países donde trabajamos, con el objetivo de que después de la marcha de MSF las actividades continúen. Costes de material educativo, papelería, honorarios formadores, alquiler de salas, equipos, etc.

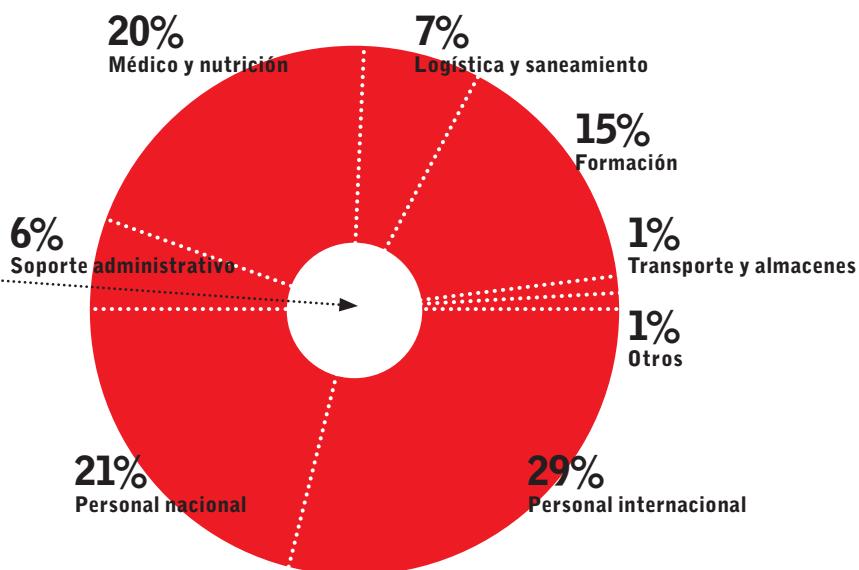
Transporte y almacenes

Este capítulo hace referencia al coste de transportar todo el material médico y logístico desde las centrales de compra hasta nuestros proyectos. Flete de aviones, barcos, trenes, etc.

Otros

Coste de consultores y auditores. Pedimos a actores externos que evalúen la transparencia de la gestión y los procesos, y que auditén el uso riguroso de los fondos.

71%
Asistencia médica-humanitaria



Equilibrios financieros y cuenta de resultados detallada MSF-E 2006

Gastos	Gastos 2006		Presupuesto 2006		Gastos 2005	
Misión social	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Proyectos	31.114.698	61%	26.013.121	53,2%	24.589.440	53%
Emergencias	5.412.501	11%	6.888.005	14,1%	7.792.939	17%
Subtotal gastos directos de misiones	36.527.199	71,17%	32.901.126	67,3%	32.382.379	70%
Apoyo sede a misiones	4.539.124	9%	5.078.018	10%	4.245.016	9%
Subtotal misiones	41.066.322	80,02%	37.979.144	78%	36.627.395	80%
Testimonio	1.628.894	3,17%	1.727.541	3,5%	1.505.685	3%
Otras actividades humanitarias	343.500	0,67%	•	•	•	•
Total misión social	43.038.716	83,86%	39.706.685	81,22%	38.133.080	82,88%
Administración y captación de fondos	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Gastos de captación de fondos	5.213.037	10,16%	5.310.357	10,9%	4.909.609	10,67%
Gastos de administración	3.068.564	5,98%	3.872.010	7,9%	2.964.638	6,44%
Total administración y captación de fondos	8.281.601	16,14%	9.182.368	18,78%	7.874.247	17,12%
Total gastos	51.320.317	100%	48.889.052	100%	46.007.327	100%
Ingresos	Ingresos 2006		Presupuesto 2006		Ingresos 2005	
Ingresos privados	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Socios	24.355.600	50%	23.921.976	48%	20.060.549	39%
Donativos	4.946.264	10%	4.800.000	10%	8.137.061	16%
Empresas y fundaciones	958.218	2%	500.000	1%	891.133	2%
Herencias	1.480.392	3%	2.000.000	4%	1.537.428	3%
Subtotal ingresos privados MSF España	31.740.473	64,97%	31.221.976	63%	30.626.171	60%
Fondos de otras secciones MSF	13.967.463	28,59%	14.300.000	29%	13.168.648	26%
Otros ingresos	1.283.372	2,63%	1.061.250	2%	1.463.305	3%
Total ingresos privados	46.991.307	96,18%	46.583.226	94%	45.258.124	88%
Ingresos institucionales	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Total ingresos institucionales	1.864.106	3,82%	2.947.147	6%	6.072.288	12%
Total ingresos	48.855.414	100%	49.530.373	100%	51.330.412	100%
Tipo de cambio neto (pérdidas/ganancias)	-92.997					
Dotación / consumo de reservas	-2.557.900		641.320		5.323.085	

Distribución de gastos por país

De cada 100 euros, 30 se han destinado a proyectos en la República Democrática del Congo, Angola y Sudán.

Proyectos	Euros
República Democrática del Congo	4.239.159
Angola	3.491.612
Sudán (Darfur)	3.136.378
Kenia	2.775.024
Liberia	2.753.927
Sur de Sudán	2.698.437
Zimbabwe	2.674.127
Níger	2.158.752
Somalia	1.816.814
Colombia	1.484.495
Uganda	1.327.749
República Centroafricana	1.307.489
Guatemala	1.009.368
Ecuador	993.996
Bolivia	923.733
Territorios palestinos	864.117
Tanzania	781.720
Zambia	624.115
Marruecos	516.309
Etiopía	311.051
Chad	261.825
Sri Lanka	112.052
Siria	90.662
India	66.558
Malauí	11.414
Otros proyectos	96.316
Total proyectos	36.527.199

Distribución de gastos por tipo de proyecto



50,4%

18.407.253 €

Conflictos armados,
desplazamientos de
población y catástrofes
naturales



49,6%

18.119.946 €

Epidemias, hambrunas,
enfermedades y situacio-
nes de exclusión

Distribución de ingresos por financiador

MSF-E se ha financiado en un 67% con fondos propios, en un 29% con los de otras secciones de MSF y el 4% restante corresponde a fondos de donantes institucionales.

Ingresos financieros privados Euros

Ingresos propios MSF-E

Socios	24.355.600
Donantes	4.946.264
Herencias	1.480.392
Empresas y fundaciones	958.218
Total ingresos propios MSF-E	31.740.474

Otras secciones MSF

MSF Estados Unidos	6.212.176
MSF Alemania	4.400.000
MSF Austria	1.604.995
MSF Canadá	590.321
MSF Japón	550.479
MSF Suecia	530.065
MSF Reino Unido	72.885
MSF Grecia	4.315
MSF Francia	2.195
MSF Dinamarca	33
Total otras secciones MSF	13.967.464

Ingresos financieros institucionales Euros

Gobiernos extranjeros y Unión Europea

ECHO	500.000
Forum Syd Suecia	352.962
Jersey Overseas Aid	139.645
CIDA, Gobierno canadiense	127.065
Total gobiernos extranjeros y UE	1.119.672

Instituciones españolas

Generalitat de Catalunya - ACCD	380.000
Junta de Castilla-La Mancha	179.420
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz	91.500
Junta de Castilla y León	86.777
Govern Illes Balears	6.738
Total instituciones españolas	744.435

Cuentas consolidadas de MSF internacional

MSF presenta las cuentas financieras consolidadas auditadas de todo el Movimiento Internacional. Cada sección ha creado un sistema de reporte internacional de acuerdo con las normas y estándares contables internacionales de MSF. Estas cuentas presentan la suma de todos los balances financieros de las 19 secciones, junto con los balances financieros de las 12 organizaciones –denominadas satélites– creadas por MSF para mejorar la eficacia en actividades específicas (centrales de compras, centros de estudios epidemiológicos, etc.). Las cuentas internacionales dan una visión del marco internacional de trabajo de MSF y son a la vez un mecanismo de transparencia y rendición de cuentas. Las cuentas internacionales consolidadas de MSF han sido auditadas por KPMG y Ernst & Young.

Recursos financieros 2005

Gastos	Euros	% Tot.
Gastos directos de misiones	347.873.000	68%
Apoyo sede a misiones	49.504.000	10%
Testimonio	15.955.000	3%
Otras actividades humanitarias	7.974.000	2%
Total misión social	421.306.000	83%

Captación de fondos	59.829.000	12%
Administración	28.159.000	6%
Total administración y captación de fondos	87.988.000	17%

Total gastos	509.294.000	100%
---------------------	--------------------	-------------

Ingresos	Euros	% Tot.
Privados	542.993.000	84%
Públicos	90.303.000	14%
Otros	15.680.000	2%

Total ingresos	648.976.000	100%
-----------------------	--------------------	-------------

Consulta médica
a una paciente con
tuberculosis en
Huddur, Somalia.
© ESPEN RASMUSSEN





| 902 250 902 | www.msf.es

Invita a tus familiares y amigos a unirse a Médicos Sin Fronteras

Si conoces a alguien interesado en ser socio o realizar un donativo, entrégale este cupón. Muchas gracias.

NO
NECESITA
SELLO
Franqueo
en destino

Sí, quiero ser socio de MSF colaborando con:

10 euros al mes

1.663,86 ptas. al mes

Con 10 euros al mes durante un año vacunaremos a 400 niños contra la meningitis

euros al mes

euros al año

euros al trimestre

El importe que deseas

En este momento prefiero colaborar con un donativo puntual de:

euros

El importe que deseas

Datos personales

Imprescindibles para poder enviarte el recibo de tus aportaciones.

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

SEXO HOMBRE MUJER

FECHA NACIMIENTO _____

NIE* _____

PROFESIÓN _____

TELÉFONO FIJO _____ MÓVIL _____

E-MAIL _____

CALLE _____

Nº RESTO DIRECCIÓN _____

C.P. POBLACIÓN _____

PROVINCIA _____ PAÍS _____

¿EN QUÉ IDIOMA PREFERES QUE NOS COMUNIQUEMOS CONTIGO? **

CASTELLANO CATALÀ EUSKARA GALEGO

* Imprescindible para deducir el 25% de tus aportaciones en la declaración del IRPF

** Atenderemos tus preferencias siempre que sea posible

CF0000 RE072

Forma de pago

Para hacerse socio, sólo domiciliación bancaria.

Para hacer un donativo, al elegir la domiciliación, nos facilitas las tareas administrativas. Muchas gracias.

Domiciliación bancaria

Titular cuenta _____

C.C.C. _____

Lo encontrarás en tu libreta o talonario de cheques del Banco o Caja

No olvides firmar este cupón.

Adjunto un cheque a nombre de Médicos Sin Fronteras

No olvides rellenar tus datos personales.

Cargo a mi tarjeta

VISA Otra _____

Tarjeta nº _____ Caducidad _____

No olvides firmar este cupón.

Transferencia bancaria a

BSCH c.c.c. 0049 / 1806 / 95 / 2811869099

"la Caixa" c.c.c. 2100 / 3063 / 99 / 2200110010

BBVA c.c.c. 0182 / 7305 / 57 / 0000748701

Por favor, envianos el comprobante que te dará el banco

Firma _____

Fecha _____

Del titular de la cuenta, libreta o tarjeta

La información que voluntariamente nos facilitas será recogida en nuestro fichero, registrado en la Agencia de Protección de Datos con el número 1951780004, para uso administrativo, estadístico y envío de información de MSF. Puedes acceder a tus datos, rectificarlos o cancelarlos, dirigiéndote a Médicos Sin Fronteras, C/ Nou de la Rambla 26, 08001 BCN. Tel: 902 250 902. E-mail: sas@msf.es. Si no quieres recibir información de MSF, marca con una X esta casilla:

RELLENA Y RECORTA ESTE CUPÓN, HUMEDAÇE LA PARTE ENGOMADA, CIÉRRALO Y DEPÓSITALO EN CUALQUIER BUZÓN DE CORREOS. NO NECESITA SELLO

