

MSF76

Junio 2008

Médicos Sin Fronteras
Mugarik Gabeko Medikak
Metges Sense Fronteres
Médicos Sem Fronteiras



La revista que te
informa de las acciones
que tú haces posibles



Memoria 2007 Retos, dilemas, logros y fracasos de nuestra acción

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, Anna Pineda,
Gemma Planas, Javier Sancho,
Carmen Vicente,
Aitor Zabalgogezkoa

Coordinación

Carmen Vicente

Colaboraciones

Elena Alonso, Rafa Carrascosa,
Jonathan Caplan, Jaume Codina,
Paula Fariás, Javier Fernández,
Silvia Fernández,
Andreu Gusi, Aloïs Hug,
Nines Lima, Fernando Parreño,
Anna Pineda, Gemma Planas,
José María del Romero,
Clara Tarrero,
Reyes Varella, Alfonso Verdú,
Mari Carmen Viñoles,
Aitor Zabalgogezkoa

Edición

Eulàlia Sanabra y Javier Sancho

Producción

Ana Fernández y Carmen Vicente

Diseño Estudio Diego Feijóo

Fotomecánica Grafitex

Impresión Litografía Rosés

Depósito legal B-25942/89

Delegaciones MSF España

Barcelona, 933 046 100
Bilbao, 944 231 194
Madrid, 915 411 375
Málaga, 952 604 131
Valencia, 963 916 133
Buenos Aires, Argentina
www.msf.org.ar

**Versión digital disponible
en www.msf.es**

MSF75

FE DE ERRATAS

El general disidente tutsi
que opera en la provincia
de Kivu Norte, República
Democrática del Congo, no es
Laurent Kabila como se
publicó en la sección "La
mirada" de la pasada revista,
MSF 75. El nombre correcto
es **Laurent Nkunda**.

3

**Carta de la presidenta
de MSF-E**

4

Resumen del año 2007

18

Retos y dilemas

- 18** Acceso a la salud:
kala azar en India
- 20** Acceso a la salud: sida
pediátrico en Zimbabue

22

2007 en píldoras

24

Retos y dilemas

- 24** MSF y el mundo islámico:
Yemen
- 26** Intervenciones en contextos
violentos: Somalia

28

Apoyo social

- 28** Socios y donantes particulares
- 29** Empresas y entidades
colaboradoras / Herencias
y legados

30

Finanzas

- 30** Informe de auditoría
- 31** Gastos e ingresos
- 32** Equilibrios financieros
y cuenta de resultados
- 33** Cuentas consolidadas
de MSF internacional 2007
- 33** Ingresos por financiador
- 34** Gastos por país,
por tipo de proyecto y por
naturaleza del gasto

8

Proyectos MSF

- 8** **01** Angola **02** Armenia
- 03** Bolivia **04** Chad **05** Colombia
- 10** **06** Ecuador **07** Etiopía
- 08** Guatemala **09** India **10** Kenia
- 12** **11** Liberia **12** Malawi **13** Marruecos
- 14** **14** Níger **15** Perú
- 14** **16** República Centroafricana
- 17** República Democrática del
Congo **18** Somalia **19** Sri Lanka
- 20** Territorios palestinos ocupados
- 16** **21** Sudán **22** Uganda **23** Yemen
- 24** Zambia **25** Zimbabue

Carta de la presidenta



Por **Paula Farias**,
Presidenta de MSF España

Presentamos en esta memoria lo que ha sido nuestra acción en 2007. Un año, marcado como siempre por logros y fracasos, que nos deja ante un panorama de nuevos dilemas y retos que nos pondrán a prueba un año más, en la búsqueda de ese equilibrio entre las necesidades, urgentes e inmensas, y la obligación y ambición de hacer más y mejor con nuestras capacidades, también, como siempre, limitadas.

Si hay algo que ha caracterizado al año 2007 es que las continuas dificultades de acceso a las poblaciones, con las que nos enfrentamos año tras año, en esta ocasión han estado marcadas e intensificadas por la violencia de la que hemos sido objeto y objetivo. Pocas veces la violencia contra los actores humanitarios había estado tan definida. Pocas veces la lista de incidentes con resultado de muerte había sido tan extensa. Lamentablemente, no hemos sido una excepción. Cinco compañeros muertos y un secuestro. Todo ello poniendo nombre al dolor, demasiado dolor. Pero todo ello también obligándonos a enfrentarnos a esa realidad de que nuestra presencia en la mayoría de los contextos en los que trabajamos está definida por la fragilidad. Que nuestra presencia y nuestra capacidad de actuar se encuentran en las manos de otros, que son los que nos han de dar y con los que nos hemos de ganar ese espacio necesario para poder asistir. Por tanto, un año que deja los posos de una confirmación y un reto, como es el aceptar esta vulnerabilidad como algo que nos define y desde ahí seguir trabajando para buscar alternativas y no bajar los brazos. Para que la violencia, aun cuando esté claramente dirigida contra nosotros, no nos lleve a abandonar a las personas que a su vez son las víctimas principales de esa misma violencia.

Otro aspecto que ha definido el año han sido los procesamientos por mal uso de fondos en el mundo de las ONG y el impacto de éstos en la sociedad. Escándalos frente a los que una de las reflexiones sería decir que quizá lo que más sorprende es que, a estas alturas, aún nos sorprendamos de que las buenas intenciones no basten. Que el buen hacer hay que demostrarlo y no sólo suponerlo. Y que es a esa sociedad, que con su apoyo legítima y permite que el trabajo sea hecho, a la que le corresponde ser rigurosa en estas exigencias. Y así nos queda presentado un panorama que nos reafirma en la importancia de seguir apostando por la transparencia y la rendición de cuentas, no sólo respecto a los fondos, sino también respecto a las acciones que llevamos a cabo con ellos y su pertinencia.

Cerramos también el año con logros y apuestas en innovación. Ese gran reto que nos debe permitir ser capaces de hacer más y mejor con nuestros recursos limitados. Un proyecto en India, en el que se pone en marcha la aplicación del mejor tratamiento posible para las personas más pobres que sufren kala azar, es un claro ejemplo de cómo MSF contribuye de un modo indirecto a través de sus acciones a la búsqueda de soluciones globales. Sida pediátrico en Zimbabue, en unos volúmenes y un modo nunca hechos hasta ahora, burlando las connotaciones catastrofistas que suele suponer asociar el VIH/sida y el África de la inestabilidad. Nuevos enfoques de tratamiento de la enfermedad de Chagas, extendiendo la edad de inclusión en los programas, de nuevo no dando las cosas por perdidas contra muchos supuestos que dicen que no vale la pena. Proyectos donde la malaria se está tratando con nuevos fármacos que han sido desarrollados por iniciativas de investigación y desarrollo en las que hemos participado directamente. Y más.

Así pues, la memoria de un año en el que nos ha tocado sortear dificultades no sólo en terreno, las cuales asumimos como parte de ese pacto no escrito con las poblaciones a las que asistimos, sino también en casa, en la percepción que de nosotros tiene esta sociedad que nos apoya y legitima. Dificultades todas a las que nos hemos de enfrentar con ideas nuevas y audacia para seguir cruzando esas fronteras que nos separan de los individuos y las comunidades en crisis. Para poder superar esa barrera que nos separa de la sociedad y, al hacerlo, poder colocar a esos individuos en el centro del discurso, en el centro de la atención. En el centro de nuestro esfuerzo y nuestra acción.

Os deseo buena lectura.



Durante 2007 hemos vivido un deterioro aún mayor en algunas crisis en las que están inmersas las poblaciones a las que asistimos, sobre todo debido a la extrema violencia ejercida contra la población civil. También hemos podido constatar la falta de iniciativas políticas o diplomáticas que pudieran poner fin a estas crisis. Estas poblaciones afectadas por la violencia no consiguen ver el final del túnel para poder volver a ser dueñas de su propio destino.

En Somalia, Afganistán, Sudán o Sri Lanka, generaciones enteras sólo han conocido este estado de violencia extrema. En otros lugares, aquellos en los que apenas podemos intervenir desde la periferia después de meses de guerra, como en Irak o Afganistán, los ataques directos contra trabajadores humanitarios —algo a lo que nos cuesta encontrar sentido— dificultan e impiden nuestra labor. En estos lugares, la población sufre por partida doble: la violencia les acecha y la asistencia humanitaria no llega.

Por ello, el balance de nuestra actividad anual es agri dulce, como no podía ser de otra manera. El principal reto al que nos enfrentamos es la violencia contra la acción humanitaria. Elsa, trabajando con la sección francesa, murió de un disparo en una carretera perdida del norte de la República Centroafricana. Víctor, Damian y Mohmed Bidhaan fueron brutalmente asesinados en la abarrotada ciudad de Kismaayo (Somalia), donde la sección holandesa mantenía el único hospital en millas a la redonda.

La impredecible situación de seguridad, así como nuestras limitaciones como organización, han restringido nuestra respuesta a la gran emergencia permanente en la que se ha convertido Somalia, en especial su capital, Mogadiscio, y ha afectado a la seguridad de los equipos en Bossaso. En esta Somalia convulsa, nuestro centro operacional

tuvo que suspender los programas dedicados a miles de niños desnutridos, después de que Mercedes y Pilar fueran secuestradas para ser puestas en libertad sanas y salvas una semana después.

Personal médico y chóferes han sido atacados mientras iban a atender a pueblos remotos y pacientes han sido asesinados cuando eran transportados en nuestras ambulancias o se recuperaban en nuestros centros de salud en Sudán, Somalia o Chad. Los autores de estos crímenes se sabían impunes, pisotearon todas las leyes internacionales que protegen la misión médica en tiempos de guerra, no respetaron la vida de civiles atrapados en el conflicto y provocaron, en muchos de los casos, que su propia gente se viera privada de una ayuda crítica y vital.

Saber los riesgos que están acechando nuestra acción nos debe hacer considerar las necesidades de otra manera. La adaptación de las operaciones a una realidad en la que la aceptación de nuestra ayuda está en cuestión, donde somos percibidos —aunque no queramos serlo— como parte de la agenda de las grandes potencias, y donde la seguridad de nuestros equipos no queda garantizada por las comunidades y los actores en conflicto, es una tarea urgente y crítica que precisa de sensibilidad, análisis e imaginación.

Hay otro desafío a resolver también en los próximos tiempos. La burocracia, el control administrativo, la corrupción, impiden la presencia de actores humanitarios en muchos lugares. Es una actitud menos violenta para con los actores humanitarios, pero con las mismas consecuencias para la población: la ayuda no llega, las vidas peligran y el sufrimiento persiste. Éstas cortapisas, en manos de ciertos gobiernos y grupos, están dejando morir a la gente en Sri Lanka, Sudán, Etiopía, Zimbabue... El ejemplo de los afectados por el ciclón Nargis en Myanmar no hace sino confirmar esta tendencia.

Las endemias se siguen cobrando su dramática cuota entre los más vulnera-

bles. Los pasos adelante en el diagnóstico y tratamiento del VIH no pueden ocultar nuestra falta de eficacia a la hora de evitar la transmisión del VIH de madre a hijo. Seguimos teniendo un problema a la hora de asegurar que no habrá niños que nazcan con VIH en nuestros proyectos. Que estemos haciendo un trabajo notable en tratar a adolescentes, o expandiendo el tratamiento antirretroviral (ARV) a lugares a los que nunca había llegado (Zimbabue, Kenia, Zambia, RDC), no nos debe impedir reconocer que la coinfección de VIH y tuberculosis (TB) sigue siendo difícil de abordar. La mejor arma que tenemos en estas situaciones, la descentralización del tratamiento, está limitada por la falta de capacitación del personal. Y además en África el problema se convierte en superlativo: las estructuras de salud están desmanteladas y el poco personal disponible huye en desbandada.

Los esfuerzos hechos en adaptar nuestras operaciones al uso de alimentos terapéuticos y a la estrategia ambulatoria para el tratamiento de la desnutrición severa han sido modestos pero positivos. Es de temer que sólo sean una buena preparación de cara a las posibles consecuencias de una crisis que se dibuja en el horizonte cercano. La inseguridad alimentaria va a suponer un reto en los próximos meses. Debemos asegurarnos que los más vulnerables, los niños severamente desnutridos, no quedan fuera de la ecuación y son atendidos con dignidad y con posibilidades de sobrevivir con las mínimas secuelas. Por ello debemos asumir las lecciones aprendidas con rapidez y ser eficaces en grado máximo a la hora de atender a los desnutridos severos.

Los avances en la implementación del tratamiento y las medidas preventivas contra la malaria son muy positivos. Los brotes de fiebre hemorrágica de Marburg están siendo atendidos con la frustración de saber que sólo podremos aliviar el sufrimiento de muchas de las víctimas, pero también con la



© DIETER TELEMANS

La impredecible situación de seguridad ha restringido nuestra respuesta a la gran emergencia permanente en la que se ha convertido Somalia

motivación de estar aprendiendo a trabajar con las comunidades y de ayudar a las poblaciones que se van a enfrentar con más frecuencia a enfermedades emergentes, ante las cuales están especialmente desprotegidas. Aún así debemos reconocer que los avances han sido muy limitados al aplicar medidas preventivas contra enfermedades infecciosas durante las emergencias, tales como vacunaciones o intervenciones de agua y saneamiento, al fin y al cabo, la diarrea es causante de la mayor mortalidad entre los niños.

Mientras podemos ser optimistas en la implementación de las medidas diseñadas y previstas contra los efectos de la violencia en el ámbito de la salud mental o la violencia sexual —aún queda mucho por hacer en Colombia, Territorios palestinos ocupados, Liberia, Sudán...—, seguimos estando limitados en las actividades de cirugía, que pudieran salvar muchas vidas de heridos, madres o niños. No hemos sido capaces de entender y situarnos en los contextos de violencia aguda. Para ello, primero hay que dar pasos en los que hemos sido modestos: por un lado implicarse más en estructuras secundarias de salud y, por otro, iniciar otras actividades que pueden tener un gran

valor en sí mismas, como son las gineco-obstétricas.

Los inmigrantes, tanto más vulnerables cuando cruzan el Sáhara, el Mediterráneo o el Golfo de Adén, los que caen en manos de las mafias en los suburbios de ciudades africanas o americanas, los que quedan aislados en Asia o en Europa (Marruecos, Yemen, Grecia), siguen siendo objeto de nuestra atención. La tendencia no hace más que aumentar, y las condiciones de estas personas no dejan de empeorar. Cómo conseguir atenderles, en primer lugar, y obligar a asumir sus responsabilidades a quienes deben hacerlo, en segundo, son los dos grandes retos de estas intervenciones.

En el modesto laboratorio de logros en el que se han convertido nuestros programas contra las enfermedades olvidadas, las cosas van por buen camino (India, Bolivia). Estamos proponiendo soluciones novedosas en los tratamientos de enfermedades como la de Chagas o el kala azar. Más gente podrá optar a estos tratamientos, más eficaces, cortos y menos tóxicos. Ahora el reto es luchar por hacerlos disponibles a quienes no tienen acceso a ellos, y volver a dar otro salto cualitativo para conseguir más medios de diagnóstico y tratamien-

to para las poblaciones afectadas en los países endémicos.

En 2007, los desastres naturales han requerido menos atención por parte de MSF, pero algunas intervenciones, como las inundaciones en India o Bolivia, nos muestran ya hechos que también nos obligarán a adaptar nuestras operaciones a un fenómeno que afecta a todos, pero que se ensaña con las poblaciones más vulnerables del planeta: las consecuencias del cambio y deterioro de las condiciones medioambientales. Otras intervenciones, como las de salud mental o saneamiento para colectivos durante el terremoto de Perú, nos marcan el camino hacia soluciones innovadoras en situaciones de exposición masiva y extrema.

Hemos realizado 21 misiones exploratorias y evaluaciones, y atendido 28 emergencias medianas desde las 26 misiones que mantienen 34 proyectos regulares en funcionamiento. Hemos acudido a vacunar en brotes de meningitis y sarampión, asistido a desplazados por violencia, erupción volcánica, inundaciones o enfrentamientos comunales, atendido a personas afectadas por cólera, fiebres hemorrágicas y desnutrición. Aún así, necesitamos aumentar nuestra



© JUAN CARLOS TOMASI

Estamos proponiendo soluciones novedosas en los tratamientos de enfermedades olvidadas como el kala azar. Más gente podrá optar a estos tratamientos, más eficaces, cortos y menos tóxicos

capacidad de respuesta a las necesidades detectadas.

No hemos sido suficientemente ambiciosos a la hora de invertir esfuerzos, ingenio y medios en buscar soluciones a la difícil implementación de los programas de TB, para impedir la transmisión vertical del VIH o para aplicar medidas de prevención durante las emergencias, ya sean vacunaciones o actividades de saneamiento. Debemos ser conscientes de que hay actividades como la vacunación o la atención de emergencias obstétricas que tienen un impacto muy alto y además son canales para la implementación de más actividades pertinentes en contextos como epidemias o conflictos. Las intervenciones han de romper definiciones, buscando ser lo más eficaces posible, con las prioridades bien definidas y el valor añadido de la intervención de MSF en la base de la decisión.

2007 ha sido un año de transición desde el punto de vista organizativo. Durante este tiempo se ha definido un plan que marca unas líneas maestras para los próximos años. Los esfuerzos van a ser dedicados a realizar actividades más complejas, aumentar su número y diversificar proyectos para poder llegar a más personas. Y hacerlo con la

mejor calidad posible, manteniendo una masa crítica de actividades que sean el centro de gravedad de nuestra acción.

Nuestra principal debilidad interna es la gestión eficaz de los recursos humanos, nuestro capital humano. Aprovechar la ilusión, el potencial, gestionar y coordinar correctamente, maximizar las complementariedades. Aún así, nuestra capacidad de movilizar a tiempo a la persona adecuada en la misión precisa sigue siendo limitada. Hay que hacer un gran esfuerzo e inversión en este campo para conseguir superar uno de los mayores problemas organizativos de nuestro centro operacional: cómo liderar y coordinar al personal MSF tanto en el terreno como en la sede.

Estamos dedicando más fondos que nunca a la misión social, esto es, llegamos a atender a más gente, a más lugares, más rápido y con mayor capacidad que nunca. Para ello mantenemos una estructura financiera consolidada a través de fuentes diversificadas de financiación. Esto nos otorga, como bien sabéis, libertad de elección y de acción en casi todo tipo de situaciones.

En 2007, el 83% de los fondos se han dedicado a la misión social de MSF, y la proporción de gastos en el terreno

(71%), las sedes y centros de distribución está dentro de los indicadores que nos habíamos marcado. Ambos ratios deben ser mejorados en los próximos años y, por tanto, más fondos deben ser dedicados a la misión social, cuantitativa y proporcionalmente. Para ello debemos ser estrictos en el cumplimiento de los presupuestos, reducir los gastos administrativos y mantener estables los gastos de captación de fondos.

Los ingresos han aumentado un 21%, en buena parte gracias a vuestra solidaridad y vuestras aportaciones, de manera que el balance financiero del año es correcto. En los primeros días de enero de 2008 ya eran más de 203.000 los socios de MSF en España, llegando a un total de 408.203 socios y donantes durante 2007, lo que supone el 47% de los ingresos globales de la organización. Con un 66% de fondos privados propios recaudados, nuestro centro operacional es uno de los más sólidos e independientes y también uno de los que más aporta al movimiento internacional de MSF.

En 2007 hemos tenido una fuerte incidencia social y también mediática. A ello ha contribuido vuestra activa participación en la recogida de firmas con la que, junto a Intermón-Oxfam,



© ÁNGEL CASTILLO

Los inmigrantes, tanto más vulnerables cuando cruzan el Golfo de Adén (Yemen), siguen siendo objeto de nuestra atención. Las condiciones de estas personas no dejan de empeorar

reclamábamos la retirada de la impugnación de la Ley de Patentes india, interpuesta por los laboratorios Novartis tras el rechazo de las autoridades de ese país para otorgar derechos de patente a uno de sus medicamentos. En España, el Congreso de los Diputados y cinco Parlamentos Autonómicos apoyaron al Gobierno indio frente a la demanda de Novartis. Unas 500.000 personas alrededor del mundo firmaron la petición, solicitando que se retirase la demanda por el impacto devastador que podría tener para el acceso a medicamentos esenciales. Más de 67.000 de estas firmas fueron recogidas por MSF en nuestro país. También hemos calado hondo en la sociedad española gracias a las más de 100 proyecciones del documental *Invisibles*, que acompañamos con presentaciones y debates-colquio, y a las exposiciones sobre la situación en Somalia, en Colombia o la muestra itinerante *Humanitarios en acción*, entre otras iniciativas.

En cuanto al apoyo social, hay que hacer un punto y aparte en lo que a la confianza de la sociedad civil en las organizaciones de ayuda se refiere. Los recientes casos de corrupción y desvío del sentido de la misión de algunas organizaciones (Anesvad, Intervida,

Arca de Zoé) marcan un cambio de tendencia, en la que el escrutinio sobre las organizaciones no gubernamentales y de ayuda se va a intensificar. La confianza ciudadana se ha desgastado y lo estará más en el futuro si surgen otros casos similares. Mientras la sociedad muestra una gran confianza en la acción que llevamos a cabo, el mensaje, difícil de explicar, del papel de la acción humanitaria en el complejo mundo de la ayuda internacional, se consigue transmitir a duras penas. Por ello debemos superar nuestra particular paradoja de rendición de cuentas, ser capaces de explicar lo que hacemos, hacerlo con la máxima rigurosidad y transparencia, mostrando logros y fracasos, para situar la acción en su debido contexto.

En cuanto a las técnicas de captación de fondos, los canales más tradicionales están declinando y la opción de probar y cambiar estas técnicas, de acuerdo a los tiempos y el ritmo de nuestra sociedad, es el camino a seguir. Es posible que la situación económica durante los próximos meses no se traduzca en un aumento de apoyos tangibles, e incluso puede que bajen. Por ello queremos mantener una rendición de cuentas impecable,

como es nuestra obligación, a fin de mantener ese apoyo de la sociedad, vuestro apoyo, y poder tener el margen de maniobra preciso para mejorar nuestra acción.

Las actividades desarrolladas este año confirman el camino para una organización sólida, dedicada a atender las necesidades humanitarias de poblaciones víctimas de crisis allá donde más se necesite, y buscando con determinación la pertinencia y el impacto de unas actividades centradas en la misión social de MSF. Unas operaciones que aporten ideas, hechos y que obtengan apoyos sólidos y diversos de la sociedad civil, para la que la acción de Médicos Sin Fronteras sea un referente de acción humanitaria independiente y eficaz. Unas actividades que sirvan mejor a las personas, que ayuden a salvar vidas y a aliviar el sufrimiento de los que están atrapados en las crisis y los conflictos.

En esta memoria os contamos lo que fuimos capaces de hacer, nuestros logros y fracasos, y lo que intentamos una y otra vez, siempre con vuestro respaldo. Gracias.

Proyectos MSF 2007

Armenia



© JUN AOAKI

Población diana: **8.060**
RRHH internacionales: **0,80**
RRHH nacionales: **5**
Gastos de proyectos: **183.607 €**
Consultas externas: **692**

Colombia



© JUAN CARLOS TOMASI

Población diana: **341.256**
RRHH internacionales: **14,46**
RRHH nacionales: **59,08**
Gastos de proyectos: **1.869.421 €**
Consultas externas: **12.475**
Cirugía por violencia directa: **546**
Artículos de primera necesidad: **755**
Salud mental 1: **4.341**
Salud mental 2: **370**

Bolivia



© JUAN CARLOS TOMASI

Población diana: **238.805**
RRHH internacionales: **8,25**
RRHH nacionales: **26,94**
Gastos de proyectos: **660.657 €**
Chagas: **685**

Angola



© MSF

Población diana: **154.029**
RRHH internacionales: **0,91**
RRHH nacionales: **14,16**
Gastos de proyectos: **190.278 €**

Chad



© DIETER TELEMANS

Población diana: **378.095**
RRHH internacionales: **13,66**
RRHH nacionales: **47,76**
Gastos de proyectos: **2.687.501 €**
Consultas externas: **36.394**
Casos de malaria: **1.760**
Hospitalizaciones: **2.113**
CNS: **1.782**
Cirugía por violencia directa: **994**
Vacunación meningitis (brote): **47.775**

Nota: ver glosario de indicadores en página 35

01

Angola Los últimos equipos dejan el país

Tras 17 años trabajando en Angola, y cuando se cumplían cuatro del final del conflicto armado, en 2006, MSF llegó a la conclusión de que lo que requería Angola, a partir de entonces, eran intervenciones dirigidas a cambios estructurales.

A pesar de los retrasos en el calendario electoral, el país vive una cierta estabilidad que viene reforzada por el crecimiento económico. Angola produce 1,5 millones de barriles de petróleo al día, lo que la convierte en una de las economías emergentes del mundo y la sitúa en el escenario internacional con la integración, por ejemplo, en la Organización de Países Productores de Petróleo (OPEP) a finales de 2006. La situación de crisis humanitaria está superada y lo que se prevé es que el gobierno invierta para la reconstrucción y desarrollo del país, ya que la mortalidad infantil y el acceso a la salud, el agua potable y la educación, lo siguen situando en la cola de los países africanos.

Tras el cierre progresivo de todos los proyectos en 2006, el último equipo de MSF dejó el país a mediados de 2007, tras prestar apoyo de emergencia por un brote de cólera en Luanda y hacer el seguimiento de un brote de fiebre hemorrágica en Uige.

02

Armenia Fin del proyecto de tratamiento y prevención de ETS y VIH/sida

Desde marzo de 2005, MSF ha llevado a cabo un proyecto de tratamiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la provincia de Shirak, al noroeste de Armenia.

Con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de la atención de las ETS, el equipo ha aportado guías actualizadas, ha sensibilizado a la población en los centros de salud y fuera de ellos, y ha organizado actividades de asesoramiento y formación para mejorar la prevención. En cuanto al VIH/sida, ha prestado servicios de asesoramiento y análisis voluntarios, y tratamiento de infecciones oportunistas.

En poco menos de dos años, MSF ha conseguido alcanzar las metas fijadas. A través de este proyecto, la organización ha contribuido a acabar con la estigmatización de las personas VIH-positivas y a descentralizar el tratamiento de las ETS. Por todo ello, en febrero de 2007, MSF puso fin al proyecto en Giumri, cerrando así su misión en Armenia. De enero de 2005 a febrero de 2007, MSF trató a 3.699 pacientes.

03

Bolivia Mejor diagnóstico y tratamiento del Chagas

El principal objetivo de MSF en Bolivia es diagnosticar y tratar a enfermos de Chagas. Esta enfermedad supone un problema social y sanitario grave en muchos países de Latinoamérica, donde se le atribuyen unas 43.000 muertes cada año. Bolivia es el país del mundo más afectado por la enfermedad de Chagas. Se estima que la prevalencia total es de más del 30% y es la cuarta causa de mortalidad en el país. Con los proyectos de MSF, se espera aportar una mejora en el acceso al diagnóstico y tratamiento que permita disminuir la morbi-mortalidad asociada a esta enfermedad.

MSF ha trabajado en la zona periurbana de la ciudad de Sucre, tratando a pacientes hasta los 18 años y no sólo a menores de 15, con buenos resultados y pocos efectos secundarios graves. En vista de ello, en 2008 se empezará a tratar a enfermos de todas las edades y de forma integrada en los servicios de atención primaria, en varios distritos de la ciudad de Cochabamba.

04

Chad Atención a desplazados y epidemia de meningitis

En los últimos años, el este de Chad ha sido el escenario de una grave crisis humanitaria que ha ido afectando poco a poco a todas las capas de población: primero fueron los refugiados llegados del vecino Darfur, luego los desplazados internos de Chad y, en última instancia, la población residente en la zona. La presencia de grupos armados de Darfur ha alimentado las tensiones interétnicas preexistentes en Chad, provocando desplazamientos masivos de población. Además, la región se ve afectada por los enfrentamientos entre el Gobierno chadiano y varios grupos rebeldes. A finales de 2007, había más de 240.000 refugiados de Darfur y unos 180.000 desplazados internos en el este de Chad, además de unos 50.000 centroafricanos refugiados en el sur del país.

MSF trabaja en Am Timan (región de Salamat) y Am Dam (región de Ouaddaï) ofreciendo asistencia médica a la población desplazada y residente, que sufre por igual la violencia y la falta de acceso a la salud. A finales de abril de 2007, MSF vacunó a cerca de 48.000 personas contra la meningitis.

05

Colombia Atención a víctimas del conflicto interno

En Colombia el conflicto sigue vivo, con múltiples grupos armados y combates activos en varias zonas del país. La población sigue sufriendo las consecuencias de la violencia y se ve forzada a desplazarse. Se estima que hay de 2 a 3,5 millones de desplazados internos.

MSF trabaja en el sur del país, centrando sus actividades en la atención a desplazados y población rural en las zonas de conflicto. La organización tiene proyectos en Barbacoas, Caquetá, Soacha-Bogotá y, desde febrero de 2007, en Cauca-Putumayo.

En Barbacoas, departamento de Nariño, MSF ejerce presión sobre las instituciones para que garanticen el acceso a la salud, también da apoyo a las estructuras de salud y, debido al difícil acceso geográfico y a la dispersión de la población, organiza clínicas móviles.

Caquetá es uno de los departamentos colombianos donde la presión armada es más fuerte y el flujo de desplazados es constante. MSF ofrece apoyo psicológico a la población desplazada y/o afectada por el conflicto en Florencia, capital del departamento, y en las cabeceras municipales de San Vicente del Caguán y Cartagena. Además, desde julio de 2007, se ha conseguido volver a trabajar en la zona rural de estos municipios mediante brigadas de salud.

En Soacha y Bogotá, las principales zonas de recepción de población desplazada, MSF realiza consultas de atención primaria, incluyendo apoyo de salud mental. En ambos municipios, en parte gracias a la presión de los equipos, se ha conseguido que se aplicaran normativas nacionales sobre los derechos de atención de la población desplazada, mejorando el acceso a la salud.

En Cauca y Putumayo, dos departamentos al sur del país, la población está confinada y aislada debido a la presencia de diferentes grupos armados. MSF garantiza la atención sanitaria a la población en las zonas rurales con brigadas móviles.

Tras la erupción del volcán Nevado del Huila, en febrero de 2007, MSF comprobó que las autoridades podían gestionar las necesidades más urgentes y donó material de ayuda.

Guatemala



© MARLO BARONCINI

Población diana: **540.088**
 RRHH internacionales: **3,14**
 RRHH nacionales: **7,82**
 Gastos de proyectos: **318.271 €**
 VIH: **558**
 TAR 1ª línea: **389**
 Prevención transmisión vertical (madres): **17**
 Salud mental 1: **395**

Etiopía



© JEAN-PIERRE AMIGO

Población diana: **709.383**
 RRHH internacionales: **13,13**
 RRHH nacionales: **118,96**
 Gastos de proyectos: **1.518.530 €**
 Casos de malaria: **1.364**
 Distribución selectiva de alimentos: **2.047**
 VIH: **248**
 TB: **51**
 Kala azar: **364**
 Cólera: **456**

Ecuador



© JUAN CARLOS TOMASI

Población diana: **438.662**
 RRHH internacionales: **5,92**
 RRHH nacionales: **22,01**
 Gastos de proyectos: **690.109 €**
 VIH: **1.474**
 TAR 1ª línea: **966**
 Prevención transmisión vertical (madres): **189**
 TB: **198**
 Salud mental 1: **173**
 Salud mental 2: **46**

Kenia



© NICOLAS POSTAL

Población diana: **469.922**
 RRHH internacionales: **12,00**
 RRHH nacionales: **80,16**
 Gastos de proyectos: **3.051.257 €**
 Consultas externas: **7.141**
 Casos de malaria: **751**
 VIH: **2.447**
 TAR 1ª línea: **2.217**
 Prevención transmisión vertical (madres): **468**
 Prevención transmisión vertical (hijos): **123**
 TB: **1.127**
 Artículos de primera necesidad: **6.189**

India



© JUAN CARLOS TOMASI

Población diana: **2.200.000**
 RRHH internacionales: **9,54**
 RRHH nacionales: **13,46**
 Gastos de proyectos: **1.851.460 €**
 Consultas externas: **2.250**
 CNS: **712**
 Kala azar: **758**
 Artículos de primera necesidad: **5.343**

Nota: ver glosario de indicadores en página 35

Ecuador Cierre del proyecto de VIH/sida en Guayaquil

A finales de 2007, MSF cerró su proyecto de atención integral a personas con VIH/sida en Guayaquil, con el traspaso de las actividades al Ministerio de Salud. En los casi cuatro años de proyecto, MSF ha creado una instancia de atención que antes no existía, ha ampliado las estructuras y coberturas, y ha establecido sistemas de detección en las unidades de referencia, así como sistemas de seguimiento en las unidades de nivel superior. Desde el inicio del proyecto, la organización ha atendido a cerca de 2.000 pacientes en tres áreas de salud de la provincia de Guayas, incluyendo el hospital de Guayaquil, dos maternidades y ocho centros de salud. Al ser la única organización humanitaria internacional que ofrecía tratamiento antirretroviral, MSF ha tenido un papel muy activo, reivindicando la necesidad de medicamentos de calidad accesibles que puedan hacer sostenible la atención a los pacientes cuando no se cuente con ayuda externa, concretamente, con la que aporta el Fondo Global hasta ahora. En paralelo, MSF ha llevado a cabo acciones de sensibilización e información sobre el VIH/sida para disminuir la estigmatización que sufren las personas afectadas por esta enfermedad.

Etiopía Enfermedades olvidadas y emergencias

Los principales problemas de salud en Etiopía son la malaria, el VIH/sida, la tuberculosis (TB) y la malnutrición. Desde 2005, MSF proporciona tratamiento de calidad a pacientes con kala azar (incluyendo casos con VIH/sida y malaria) y atención a pacientes con malnutrición. Durante el año 2007, MSF también intervino en el distrito de Jawi, proporcionando tratamiento gratuito contra el sarampión y la malaria, y dando apoyo nutricional a través de clínicas móviles.

A finales de año, MSF inició una intervención en la zona de Degehabur ante la falta de atención médica, especialmente en entorno rural, de una población hostigada por el conflicto. El pleno funcionamiento de esta intervención, sin embargo, se ha visto afectado por trabas administrativas hasta el punto que el equipo ha sido expulsado en varias ocasiones. Esta intervención, prevista hasta junio de 2008, depende en gran medida de la autorización del Gobierno etíope y de las condiciones de seguridad.

MSF pretende traspasar las actividades de kala azar a las autoridades de salud locales y abrir un programa piloto de TB. La continuación del resto de actividades dependerá de que el programa piloto continúe más allá de 2008.

Guatemala

Traspaso del proyecto de VIH/sida

El proceso electoral y la reforma de la red nacional de salud han marcado la coyuntura de 2007, año en que MSF ha traspasado su proyecto de atención integral de VIH/sida en Izabal.

El traspaso a las instituciones locales se completó en julio de 2007. Durante todo el proceso, la prioridad de MSF fue implicar a las autoridades centrales y locales competentes en la atención de VIH/sida en Izabal, uno de los departamentos con mayor tasa de prevalencia del país y con más casos registrados de seropositivos.

Con este proyecto, MSF ha contribuido a facilitar el diagnóstico y ampliar el acceso a una atención de VIH/sida integral de calidad. Además, ha demostrado que es posible ofrecer atención descentralizada, sin precisar un hospital de tercer nivel, favoreciendo el acceso al tratamiento de las personas sin recursos, que ya no están obligadas a ir hasta la capital. Desde el inicio del programa hasta abril de 2007, se admitieron un total de 959 pacientes, de los cuales 485 recibieron tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas. MSF también ha trabajado para evitar la transmisión del VIH de madres a hijos, ha tratado a enfermos de tuberculosis y ha prestado atención de salud mental.

India Tratamiento del kala azar con AmBisome®

En India se concentra el 80% de todos los casos de kala azar o leishmaniasis visceral del mundo, y en el estado de Bihar, el 90% de los casos del país. El Ministerio de Salud indio recomienda el SSG (estibogluconato de sodio) para tratar la enfermedad, sin embargo este medicamento requiere un tratamiento largo, tiene efectos secundarios y un alto porcentaje de resistencias.

Después de un largo proceso burocrático, MSF consiguió la aprobación para tratar el kala azar con AmBisome®, un medicamento más caro pero más efectivo, que permite reducir el tiempo de tratamiento. En julio de 2007, la organización pudo importar el medicamento y el proyecto arrancó en el hospital Sadar de Hajipur, en el distrito

de Vaishali del estado de Bihar. Hasta finales de año, 758 personas habían recibido tratamiento. Las actividades de información y educación han sido fundamentales para llegar hasta las personas con kala azar pertenecientes a las castas más bajas.

Una semana después de que MSF iniciara el tratamiento de kala azar, las intensas lluvias del monzón afectaron, entre otros, al estado de Bihar. El equipo llevó a cabo una intervención de emergencia durante tres meses, atendiendo a más de 31.000 personas.

Kenia VIH/sida, emergencias y asistencia a desplazados

En enero de 2007 MSF empezó a traspasar a los pacientes de VIH/sida que atendía en el hospital del distrito de Busia y en dos estructuras de salud rurales al Ministerio de Salud, para expandir sus actividades en medio rural al centro de salud de Mukhobola.

Las inundaciones de finales de 2006 en el distrito de Tana River requirieron una intervención de emergencia que continuó hasta febrero de 2007. En septiembre, nuevas inundaciones provocaron el desplazamiento de entre 6.000 y 8.000 personas. Durante octubre y noviembre, el equipo del proyecto de Busia prestó atención médica a los desplazados, distribuyó lonas de plástico para cobijo y realizó actividades de agua y saneamiento.

En diciembre de 2007, MSF inició una intervención de emergencia para asistir a los desplazados y otras personas afectadas por la violencia tras las elecciones. Dos clínicas móviles, con base en la ciudad de Nakuru, ofrecieron atención médica y distribuyeron materiales de primera necesidad, llevaron agua potable a los campos de desplazados e hicieron seguimiento epidemiológico, a la vez que recogían testimonios de los hechos. MSF también dio apoyo al hospital y los centros de salud de la zona con suministros médicos y personal sanitario.

Liberia



© SOTIE STEVENS

Población diana: **222.000**
 RRHH internacionales: **14,15**
 RRHH nacionales: **328,55**
 Gastos de proyectos: **2.758.454 €**
 Casos de malaria: **26.661**
 Consultas prenatales: **21.248**
 Partos: **4.922**
 Atención postnatal: **1.246**
 Violencia sexual: **1.002**
 Salud mental 1: **2.303**

Marruecos



© JUAN CARLOS TOMASI

Población diana: **8.036**
 RRHH internacionales: **3,92**
 RRHH nacionales: **9,16**
 Gastos de proyectos: **432.034 €**
 Consultas externas: **2.691**
 Cirugía por violencia directa: **392**
 VIH: **13**
 TB: **25**

Perú



© JODI HILTON

Población diana: **164.153**
 RRHH internacionales: **1,30**
 RRHH nacionales: **0,00**
 Gastos de proyectos: **663.715 €**
 Distribución general de alimentos: **450**
 Artículos de primera necesidad: **9.204**
 Saneamiento: **52**
 Distribución de agua: **6.000**
 Salud mental 1: **1.316**
 Salud mental 2: **791**

Níger



© KARINE KLEIN

Población diana: **135.443**
 RRHH internacionales: **17,46**
 RRHH nacionales: **150,37**
 Gastos de proyectos: **3.333.179 €**
 Consultas externas: **93.578**
 Casos de malaria: **13.377**
 CNT hospitalario: **3.847**
 CNT ambulatorio: **10.308**
 CNS: **10.308**
 Cirugía por violencia directa: **1.602**

Malawi



© JULIE REMY

Población diana: **395.000**
 RRHH internacionales: **8,10**
 RRHH nacionales: **63,00**
 Gastos de proyectos: **675.780 €**
 Consultas externas: **4.399**
 VIH: **762**
 TAR 1ª línea: **472**
 Prevención transmisión vertical (madres): **38**
 Prevención transmisión vertical (hijos): **119**

Nota: ver glosario de indicadores en página 35

11

Liberia Acceso gratuito a la atención materno-infantil

El acceso gratuito a la atención de salud secundaria, especialmente para urgencias obstétricas, sólo es posible en Liberia gracias a las ONG. Actualmente, MSF es la única organización que ofrece tratamiento gratuito de nivel secundario a la población.

MSF gestiona un servicio integrado de atención de salud materno-infantil en el hospital Benson de Monrovia, la capital del país. El proyecto se ha consolidado en 2007. Los servicios ambulatorios se han traspasado al Ministerio de Salud y las actividades se centran en mejorar la calidad de la atención en la sala de pediatría, asistir a pacientes de tuberculosis, atender el servicio de interrupción voluntaria del embarazo según los protocolos establecidos, crear una red de atención integral a víctimas de la violencia sexual, aplicar mecanismos eficaces para limitar la saturación de la maternidad, y centrar las actividades quirúrgicas en procedimientos obstétricos urgentes y casos ginecológicos vitales.

En los próximos años, MSF continuará reforzando su colaboración con el Ministerio de Salud y las ONG nacionales e internacionales, así como las actividades de *lobby* y testimonio, para ir preparando el traspaso final de sus proyectos.

12

Malawi Finaliza el traspaso del programa de VIH/sida en Dowa

En enero de 2004, y por medio del Fondo Global, Malawi inició un proceso de ampliación de la terapia antirretroviral (ARV) de ámbito nacional. Desde finales de junio de 2007, 109 estructuras de salud del sector público y 37 del sector privado están ofreciendo el tratamiento de forma gratuita. Más de 114.000 pacientes en todo el país ya lo han iniciado.

MSF ha contribuido a este proceso prestando apoyo técnico y material al Ministerio de Salud, agilizando la ampliación del tratamiento y mejorando la calidad de los servicios. Tras varios años de trabajo en el distrito de Dowa, MSF traspasó su programa de VIH/sida al gobierno. En octubre de 2007, poco antes del cierre, más de 1.100 pacientes habían iniciado la terapia ARV en Dowa Oriental y más de 270 en Mponela.

Asimismo, MSF creó una sólida red de grupos de apoyo a personas con sida para promover el uso de preservativos y prácticas de sexo seguro. Durante el proyecto, los equipos distribuyeron más de 100.000 preservativos entre la pobla-

ción. MSF también dio apoyo al Ministerio de Salud con medicamentos para la profilaxis post exposición y los puso a disposición en todos sus proyectos.

13

Marruecos Atención a inmigrantes subsaharianos en medio urbano y rural

La marginalidad y vulnerabilidad de los inmigrantes subsaharianos (ISS) sigue siendo el foco de atención de MSF en Marruecos. En octubre de 2007 se inició un proyecto de atención sanitaria a inmigrantes en zonas urbanas, en Rabat y Casablanca. El proyecto incluye un componente médico, con acciones curativas y preventivas, y un componente de testimonio. Los equipos móviles realizan consultas, atienden urgencias, ofrecen atención médica directa y acompañan a los pacientes referidos al hospital para garantizar que sean atendidos correctamente. Además, se están llevando a cabo programas específicos para mujeres, niños y enfermos de VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, así como actividades de promoción de la higiene y la salud entre los ISS.

Por su parte, el proyecto de Oujda, en la frontera con Argelia, se prolonga hasta diciembre de 2009. En esta zona rural las condiciones de vida siguen siendo duras, debido a la represión y la violencia ejercidas periódicamente por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad marroquíes. Además, la continua movilidad de los inmigrantes entre Rabat-Casablanca y Oujda obliga a MSF a estar presente en ambos territorios para hacer un correcto seguimiento de los pacientes.

14

Níger Apoyo nutricional a niños menores de 5 años

Níger es uno de los países más pobres del mundo. A pesar de la atención internacional que recibió durante la crisis de 2005, la población sigue sufriendo una crisis nutricional crónica. Entre junio y octubre, Níger atraviesa un periodo de escasez durante el cual las familias se ven obligadas a agotar sus últimas reservas de alimentos. Cada año, cerca de 200.000 niños menores de 5 años mueren por malnutrición y complicaciones asociadas a la misma.

MSF presta apoyo nutricional a niños menores de 5 años con desnutrición severa y moderada en 12 estructuras de la región de Tahoua, en los distritos de Madaoua y Bouza. El programa incluye servicios básicos y gratuitos de atención primaria de salud para todos los niños menores de 5 años. Los niños reciben apoyo nutricional y médico intensivo

hasta que se estabilizan y pueden continuar el tratamiento en régimen ambulatorio. Mientras los niños siguen el programa nutricional, sus familias también reciben un paquete de apoyo alimentario. En 2007, más de 24.450 niños fueron admitidos en los programas nutricionales de MSF, de los cuales más de 3.800 sufrían desnutrición severa.

15

Perú Atención médica y psicológica a víctimas del terremoto

El seísmo que asoló la costa peruana el 15 de agosto de 2007 se saldó con más de 600 víctimas mortales, más de 2.000 heridos y unas 80.000 casas destruidas o inhabitables. Miles de personas quedaron sin hogar en Pisco, una ciudad a 185 kilómetros al sur de Lima, y en los alrededores. El hospital de Pisco quedó seriamente dañado y el personal médico tuvo que atender a los heridos en el parque central de la ciudad.

La experiencia de MSF en el país facilitó una rápida evaluación sobre el terreno. La intervención se centró primero en las localidades de Humay e Independencia, en el área rural de la provincia de Pisco, donde las estructuras sanitarias habían quedado destruidas y no estaba llegando ninguna ayuda. Tras dos semanas, MSF accedió a la localidad de Guadalupe, donde 10.000 personas, muchas de ellas con heridas y fracturas, todavía no habían recibido asistencia. En las semanas siguientes, el equipo concentró sus actividades en la asistencia psicológica a las víctimas.

Territorios palestinos ocupados



© VALERIE BABIZE

Población diana: **120.000**
 RRHH internacionales: **7,56**
 RRHH nacionales: **17,70**
 Gastos de proyectos: **1.014.296 €**
 Consultas externas: **3.396**
 Consultas prenatales: **42**
 Salud mental: **1.284**

República Centroafricana



© SPENCER PLATT

Población diana: **142.000**
 RRHH internacionales: **9,54**
 RRHH nacionales: **169,90**
 Gastos de proyectos: **1.503.383 €**
 Consultas externas: **59.346**
 Casos de malaria: **15.963**
 Consultas prenatales: **3.901**
 Vacunación sarampión (brote): **4.799**
 Artículos de primera necesidad: **5.750**

República Democrática del Congo



© JUAN CARLOS TOMASI

Población diana: **696.528**
 RRHH internacionales: **20,98**
 RRHH nacionales: **120,90**
 Gastos de proyectos: **3.337.020 €**
 Consultas externas: **65.111**
 Casos de malaria: **9.903**
 Consultas prenatales: **7.252**
 Vacunación sarampión (brote): **5.065**
 Cólera: **1.092**

Somalia



© HUGUES ROBERT

Población diana: **425.000**
 RRHH internacionales: **17,47**
 RRHH nacionales: **167,27**
 Gastos de proyectos: **4.175.497 €**
 Consultas externas: **202.706**
 Casos de malaria: **1.229**
 CNT hospitalario: **1.631**
 CNT ambulatorio: **1.545**
 Consultas prenatales: **29.290**
 Atención postnatal: **4.581**
 Cólera: **1.645**
 Vacunación de sarampión: **10.061**

Sri Lanka



© ANTHONY THOUVENIN

Población diana: **134.431**
 RRHH internacionales: **9,34**
 RRHH nacionales: **26,28**
 Gastos de proyectos: **745.262 €**
 Partos: **880**
 Cirugía: **1.959**
 Cirugía por violencia directa: **23**

Nota: ver glosario de indicadores en página 35

16

República Centroafricana**Asistencia médica en zonas de conflicto**

La población del norte de la República Centroafricana vive una situación de inseguridad crónica. En 2007, mientras disminuían los enfrentamientos entre el ejército y distintos grupos rebeldes, aumentaban los ataques de bandidos que se aprovechan de la falta de autoridad en la zona. A finales de año, según cifras de la ONU, había 80.000 centroafricanos refugiados en Chad y Camerún, y alrededor de 150.000 desplazados internos ocultos en el monte, con miedo permanente a nuevos ataques, faltos de alimentos y agua potable, y sin acceso a atención médica.

MSF ofrece atención primaria y secundaria de salud en hospitales, centros de salud y clínicas móviles en las zonas de Kabo, Batangafo y Kaga Bandoro, en un contexto extremadamente volátil. En junio, una expatriada de MSF fue abatida durante una misión exploratoria, lo que llevó a una suspensión prolongada de todas las actividades móviles en la zona. En 2007, MSF organizó una campaña de vacunación masiva contra el sarampión y empezó a tratar la tuberculosis en sus proyectos.

17

República Democrática del Congo**Retornados en Katanga y desplazados en los Kivus**

A pesar de los acuerdos de paz de 2002 y las elecciones generales de 2006, la violencia entre milicias ha continuado en la República Democrática del Congo, provocando desplazamientos masivos de población.

MSF trabaja en la provincia de Katanga, en las ciudades de Pweto, Nyunzu y Kabalo, ofreciendo atención primaria y secundaria en hospitales de referencia y centros de salud. La tendencia a la estabilidad en esta zona propició el regreso de desplazados y refugiados en 2007, por lo que MSF centró parte de sus actividades en la atención a retornados y la respuesta a epidemias, y pudo traspasar los proyectos de Nyunzu y Kabalo como estaba previsto.

En septiembre, MSF abrió un proyecto en Minova, provincia de Kivu Sur, en la frontera con Kivu Norte, donde el conflicto sigue activo y la población es muy vulnerable. MSF da apoyo a dos centros de salud y trabaja con clínicas móviles, atendiendo a los desplazados del Norte y a la población local, cifrada en unas 30.000 personas.

18

Somalia Emergencias y servicios de salud en un contexto muy inseguro

En 2007 los programas de Jowhar se han consolidado, con la apertura de una maternidad, donde se atiende una media de 100 partos y de 5 a 10 cesáreas mensuales, y la expansión del programa nutricional.

A mediados de enero, un brote de cólera se expandió rápidamente por Jowhar. El equipo atendió la emergencia: puso en marcha un servicio de distribución de agua en cinco puntos de la ciudad, estableció un sistema de vigilancia epidemiológica y abrió varios centros de rehidratación.

El proyecto de Mogadiscio sigue proporcionando atención primaria y ha ampliado estos servicios a otros barrios, donde se ha abierto un centro pediátrico. Como casi todos los años, en 2007 hubo una epidemia de cólera. MSF tiene una reserva de emergencia con material médico y logístico; en poco tiempo, abrió un centro de tratamiento de cólera donde trató a más de 1.600 pacientes entre finales de marzo y junio.

Tras los ataques de las tropas etíopes a principios de año, decenas de miles de personas huyeron de Mogadiscio. En Jowhar, unas 38.000 personas se pudieron refugiar en casas de familiares, pero unas 300 familias quedaron sin techo. Un equipo de emergencia se desplazó a la zona para reforzar la intervención del equipo de Jowhar, donde se distribuyó agua entre los desplazados, mientras la estructura de salud atendía a los enfermos.

En Bossaso, Puntlandia, se concentran decenas de miles de somalíes y etíopes que intentan cruzar hacia Yemen. Muchos viven hacinados en campos de tránsito. En la primavera de 2007, la situación sanitaria se vio agravada por la llegada masiva de nuevos desplazados que huían de los combates en la capital somalí, y en la región etíope de Ogadén. Iniciado en agosto de 2007, el proyecto de Bossaso tuvo que evacuar al personal internacional a finales de diciembre a causa del secuestro de las expatriadas de MSF, Mercedes García y Pilar Bauza. Pese a la pertinencia de este proyecto, se tuvo que cerrar en 2008 por falta de condiciones de seguridad.

19

Sri Lanka Atención quirúrgica a las víctimas del conflicto

La guerra civil está teniendo un gran impacto en las poblaciones del norte y el este de Sri Lanka, y las que se encuentran en la línea de frente. MSF centra sus esfuerzos en el distrito de Mannar, donde apenas hay otras organizaciones trabajando dado que el gobierno no autoriza el acceso. Tras algunos bloqueos y trabas burocráticas, en enero de 2007, MSF obtuvo permiso para trabajar en el hospital de Mannar.

Este hospital es centro de referencia para todo el distrito, sin embargo, no puede ofrecer ciertos servicios por falta de personal médico, especialmente quirúrgico y anestesista. MSF cubre este vacío con personal internacional. Durante 2007, el equipo llevó a cabo casi 2.000 intervenciones quirúrgicas.

A pesar de que uno de los objetivos para 2007 era iniciar el apoyo al hospital de Adampan, situado en una zona bajo control rebelde en el distrito de Mannar, el recrudecimiento de los combates imposibilitó el acceso del equipo y provocó un desplazamiento de la población hacia el Norte.

20

Territorios palestinos ocupados**Mayor énfasis en la atención psicosocial**

Como respuesta de emergencia ante la huelga de funcionarios del sistema de salud por el impago de sus salarios, y debido a una ruptura de stocks de medicamentos, MSF hizo donaciones de medicamentos a nivel hospitalario y abrió dos nuevas clínicas de atención primaria en el distrito de Hebrón, que cerraron cuando se normalizó la situación.

De enero a diciembre de 2007, el equipo de atención psicosocial realizó 1.284 consultas e hizo el seguimiento de 681 pacientes. Las principales causas de problemas mentales entre la población palestina de Hebrón son el acoso de las Fuerzas de Defensa Israelíes, la campaña de irrupción en sus casas, el aislamiento y el estrés permanente.

En agosto de 2007, un equipo de MSF llevó a cabo una misión exploratoria en el distrito de Jenín para evaluar el estado de salud mental de la población, y el nivel de los servicios médicos y psicológicos en las estructuras públicas y privadas. En 2008 se abrirá un proyecto en el campo de refugiados de la ciudad, carente de servicios psicológicos adecuados.

Sudán



© SVEN TORFFEN

Sudán (Darfur)

Población diana: **172.975**
 RRHH internacionales: **15,18**
 RRHH nacionales: **220,00**
 Gastos de proyectos: **2.788.968 €**
 Consultas externas: **59.511**
 Casos de malaria: **670**
 CNS: **2.078**
 Consultas prenatales: **5.218**
 Cirugía por violencia directa: **1.505**
 Salud mental 1: **6.248**
 Vacunación de sarampión: **2.247**

Sur de Sudán

Población diana: **287.116**
 RRHH internacionales: **13,90**
 RRHH nacionales: **58,44**
 Gastos de proyectos: **1.786.321 €**
 Vacunación de meningitis (brote): **9.068**
 Cólera: **1.720**

Uganda



© CLAUDE MAHOUEAU

Población diana: **80.238**
 RRHH internacionales: **18,30**
 RRHH nacionales: **150,87**
 Gastos de proyectos: **2.221.292 €**
 Consultas externas: **83.376**
 Casos de malaria: **17.524**
 CNT ambulatorio: **2.887**
 CNS: **2.687**
 Cólera: **1.057**
 Saneamiento: **541**

Zambia



© JULIA KOURAFA

Población diana: **250.000**
 RRHH internacionales: **10,38**
 RRHH nacionales: **80,86**
 Gastos de proyectos: **1.879.866 €**
 Consultas externas: **35.318**
 TAR 1ª línea: **1.446**
 Prevención transmisión vertical (madres): **415**
 Prevención transmisión vertical (hijos): **247**
 TB: **486**
 Cólera: **1.049**
 Distribución de agua: **720.000**

Yemen



© ÁNGEL CASTILLO

Población diana: **32.500**
 RRHH internacionales: **4,54**
 RRHH nacionales: **7,09**
 Gastos de proyectos: **818.780 €**
 Consultas externas: **773**
 Cirugía por violencia directa: **71**
 Artículos de primera necesidad: **569**
 Salud mental 1: **71**
 Salud mental 2: **42**

Zimbabwe



© MICHAEL G. NIELSEN

Población diana: **805.000**
 RRHH internacionales: **18,25**
 RRHH nacionales: **121,09**
 Gastos de proyectos: **3.176.978 €**
 Distribución selectiva de alimentos: **2.342**
 Violencia sexual: **745**
 VIH: **9.650**
 TAR 1ª línea: **9.088**
 TAR 2ª línea: **118**
 Prevención transmisión vertical (madres): **3.564**
 Prevención transmisión vertical (hijos): **3.384**
 TB: **589**

Nota: ver glosario de indicadores en página 35

Sudán Inseguridad, respuesta a epidemias y enfermedad del sueño

En 2007, Darfur ha entrado en su cuarto año de guerra sin que se vislumbre una salida a la vista. A pesar de las negociaciones entre gobierno y algunos grupos rebeldes y de la aprobación por la ONU del envío de una fuerza internacional de 26.000 hombres, en el terreno los avances han sido muy limitados por no decir nulos. Continúan los enfrentamientos entre el ejército, los paramilitares y una multitud de grupos rebeldes, con dramáticas consecuencias para la población. Más de dos millones de personas siguen malviviendo en campos, atrapadas en un mar de violencia y dependiendo de la ayuda externa para su supervivencia. Las restricciones de acceso y la creciente inseguridad en algunas zonas obligaron a muchas organizaciones a suspender actividades. El equipo de MSF en Shangil Tobaya estuvo evacuado cerca de cinco meses. En junio se pudo iniciar el programa de salud mental para ayudar a la población a afrontar el estrés generado por la violencia y en julio MSF inició una intervención en Tawila, una zona muy insegura y volátil, para atender a unas 30.000 personas que no habían recibido asistencia en meses. En Jebel Marra, en cambio, se decidió cerrar el proyecto tras más de un año sin acceso y por problemas para conseguir recursos humanos.

En el sur de Sudán, la mejora de la situación de seguridad tras la firma de la paz con el Norte en 2005 llevó a decenas de miles de desplazados a emprender el retorno a sus lugares de origen. Los movimientos de población, junto con las pobres condiciones médico-sanitarias tras 20 años de guerra, han favorecido la aparición de epidemias. A principios de 2007, un brote de meningitis afectó a todo el sur de Sudán. MSF respondió con una campaña de vacunación masiva y la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica. Al mismo tiempo, empezaron a registrarse numerosos casos de cólera, especialmente en Juba, la nueva capital del Sur, donde MSF abrió un centro de tratamiento. En el estado de Ecuatoria Occidental, el programa de tratamiento de la enfermedad del sueño sigue su curso.

Uganda Atención a desplazados y emergencias de cólera, Marburg y malnutrición

Los datos de 2007 continuaban siendo alarmantes en el norte de Uganda. La región de Karamoja, una zona remota y árida, presenta los peores indicadores de salud del país. El olvido voluntario del gobierno y la inseguridad afectan directamente a la población civil seminómada, que sufre además una inseguridad alimentaria crónica. El 54% de todas las muertes infantiles están relacionadas con la desnutrición. Es por ello que, en junio de 2007, MSF realizó una exploratoria que resultó en una intervención de emergencia nutricional en la región, cuya continuidad está prevista hasta finales de 2008.

MSF también ha hecho frente a un brote de la enfermedad de Marburg y a una epidemia de cólera, enfermedad recurrente en Kampala, la capital ugandesa, por la alta densidad de población, la falta de canalización de aguas residuales y las continuas inundaciones en algunos barrios tras las lluvias.

Por su parte, el proyecto de Gulu continuó prestando atención médica y servicios de agua y saneamiento en los campos de desplazados de Awoo, Lalogi y Awere.

Yemen Atención a refugiados e inmigrantes llegados de Somalia y Etiopía

Cada año, miles de somalíes huyendo de la guerra y otros tantos etíopes que emigran en busca de trabajo, por razones políticas o por el conflicto en la región de Ogadén, arriesgan la vida cruzando el Golfo de Adén, entre Somalia y Yemen. Las condiciones de la travesía son terribles y en casi todas ellas se producen muertes y desapariciones. En 2007, más de 28.000 personas llegaron a las costas yemeníes, con 651 muertes confirmadas y 659 desapariciones.

Ante la situación de éxodo masivo a través del Golfo de Adén, MSF inició en verano de 2007 un proyecto de asistencia médica y humanitaria a los refugiados que llegan a Yemen. En una primera fase, a la espera de abrir un centro de salud, un equipo móvil se desplaza a lo largo de la costa para asistir a los refugiados en el momento de su llegada, ofreciendo atención médica de urgencia y distribuyendo alimentos, agua y bienes de primera necesidad, además de atención psicológica. Hasta finales de año, más de 3.000 personas fueron atendidas por MSF.

Zambia Epidemia de cólera y atención integrada de VIH/sida

En enero de 2007 se reportaron nuevos casos de cólera en Lusaka, la capital del país. MSF asumió un papel principal en la gestión de casos en Lusaka y en Kapiri M'Poshi. Se abrió un centro de tratamiento de cólera en Lusaka que admitía a pacientes de las zonas colindantes. Hasta marzo de 2007, momento en que se traspasó el proyecto a las autoridades de salud locales, MSF había tratado a más de 1.000 pacientes. Además de atender los casos de cólera, también se pusieron en marcha actividades preventivas, tanto en Lusaka como en Kapiri M'Poshi. MSF presta atención sanitaria a pacientes con VIH/sida en el hospital del distrito de Kapiri y trabaja en un total de 12 centros de salud rurales. Desde el inicio del proyecto y hasta finales de diciembre de 2007, un total de 35.318 pacientes fueron atendidos en consultas externas. Los equipos realizaron 3.000 consultas al mes y 1.446 pacientes recibieron tratamiento antirretroviral en la clínica que MSF gestiona en el hospital de distrito y en los centros de salud rurales.

Zimbabue Ampliación del programa de VIH/sida

Zimbabue ha vivido en los últimos años un derrumbe económico sin precedentes, con graves consecuencias para la población. Tasas de desempleo del 80%, una inflación de más del 150.000 % en 2007 y una crisis alimentaria en ciernes han empujado a unos tres millones de personas a huir del país. El sistema de salud, otrora ejemplar, no se ha librado del hundimiento generalizado. Con una de las prevalencias de VIH/sida más altas del mundo, se estima que en Zimbabue 1,8 millones de personas son VIH-positivas y que entre 300.000 y 600.000 necesitan tratamiento urgente con antirretrovirales (ARV), si bien sólo 88.000 lo están recibiendo.

A finales de 2007, MSF ofrecía ARV a más de 15.000 pacientes (una sexta parte del total del país). A lo largo del año, se ha promovido una estrategia de descentralización de los pacientes y su seguimiento a clínicas periféricas o rurales. Esto mejora su acceso al tratamiento y a la atención médica, que de otra forma, se ve afectado muy negativamente por las tarifas de las consultas y los costes del transporte.

La otra India

Incredible India, reza el famoso slogan con el que el Gobierno indio quiere promover el turismo en el segundo país más poblado de la tierra. Muchos de vosotros os preguntaréis qué hace MSF trabajando en una de las naciones emergentes en el nuevo orden global, una potencia militar cuya economía crece un 9% anual. Pues bien, la respuesta es simple. En este subcontinente, con una población de 1.200 millones de personas, coexisten varias Indias: la *shining India*, que el gobierno se encarga de promocionar, con maravillosos destinos y complejos turísticos de ensueño, nuevos ricos, y a la vanguardia de las nuevas tecnologías; y la *backward India*, la de más de 390 millones de personas viviendo con un dólar o menos al día, la de las castas y los intocables, la del mayor número de niños malnutridos, la del infanticidio femenino, etc. Y en el corazón de esa India se encuentra Bihar, el estado más deprimido del país, con una población de 82 millones de personas en 2001, una corrupción alarmante y unos indicadores socioeconómicos equiparables a algunos países subsaharianos.

Pues bien, ahí es donde MSF inició un proyecto de kala azar en julio de 2007. El kala azar o fiebre negra es una enfermedad olvidada y mortal si no se trata. Al contrario de lo que se cree en Europa y en la propia India, el kala azar no es una enfermedad erradicada. En este país se concentra el 80% de los pacientes que la sufren en todo el mundo. Sólo en el estado de Bihar vive y muere el 90% de ellos, afectando a unas 200.000 personas al año, la mayoría pertenecientes a las castas más bajas, los excluidos e invisibles, los que siguen siendo catalogados como intocables.

La realidad de estos pacientes hasta hace poco era que el tratamiento ofrecido por la sanidad pública presentaba muchas resistencias o era muy tóxico, cuando lo había. La gran mayoría de las veces, los pacientes se tenían que endeudar para poder ir al médico privado (sólo el 20% acude al sistema

público en Bihar) y recibían tratamiento en función de lo que podían pagar.

Como todos los inicios, el arranque del proyecto fue complicado, pero sobre todo topamos con grandes dificultades como la losa de la burocracia india. Además de estas dificultades, destacar el hecho de que MSF en India, y más específicamente en Bihar, no era una organización reconocida. Por otra parte, en India no hay un histórico de acción humanitaria internacional y, en general, no se percibe ninguna empatía hacia los cooperantes por parte de las autoridades, ya que, según dicen, “no os necesitamos”. Fue con todo eso con lo que me topé cuando llegué a este país el 1 de febrero de 2007. Sin embargo, los sinsabores pronto empezaron a ser menos y, casi un año después de comenzar el proyecto, tenemos muchas razones para mirar el presente y el futuro con optimismo.

Tras conseguir la aprobación de las autoridades en Delhi a principios de abril de 2007 y firmar el acuerdo de colaboración con el gobierno local de Bihar a finales de mayo, empezamos a tratar el kala azar en el hospital de referencia del distrito de Vaishali (Bihar) el 16 de julio de 2007. Desde entonces, y a manera de resumen, éstos son algunos de los logros alcanzados:

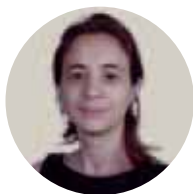
- Establecida la planta de kala azar en el hospital de Hajipur, con 50 camas (antes había 15) y un 100% de ocupación de forma continuada.
- Aceptación por parte del National Vector Borne Disease Control Programme en Delhi de nuestro protocolo de tratamiento. Por primera vez se trata a pacientes de kala azar en el terreno con AmBisome® (el medicamento más caro, pero el que más beneficia a los pacientes, ya que es el más seguro y eficaz del mercado).

- Más de 1.200 pacientes tratados de forma gratuita, la mayoría de castas bajas, comparados con los 250 que se trataron en todo el distrito en el año 2006.
- Más del 99% de los pacientes han completado el tratamiento.

Pero esto sólo es el principio. La idea es continuar avanzando en la simplificación de la estrategia (descentralización del tratamiento a nivel ambulatorio en los centros de salud de atención primaria) y del protocolo, para poder llegar y beneficiar a más gente. Los planes son estar presentes en cinco centros de salud durante 2008, además de en el hospital de referencia. De hecho, esta estrategia ya está empezando a cosechar éxitos, con 55 pacientes tratados a nivel ambulatorio en el primer centro de salud durante los meses de febrero y marzo de 2008.

En cuanto a la simplificación del protocolo de tratamiento, se está realizando una investigación operacional en la que se sigue una muestra de 250 pacientes a los tres y seis meses de tratamiento. Esperamos poder demostrar que es posible una reducción de la dosis para el tratamiento completo, lo que a su vez supondrá una reducción de su coste (actualmente unos 250 dólares por tratamiento completo, al precio subvencionado conseguido por MSF), pero además redundará en beneficio de los pacientes, que necesitarán menos días de hospitalización.

El tercer gran reto es ser, como dice la misión de MSF, “catalizadores del cambio”, lo cual esperamos conseguir a través de una campaña de incidencia a escala nacional e internacional en la que, además de hacer visibles a los pacientes de kala azar y su condición, se pretende hacer más asequible el tratamiento (rebaja de precio), incentivar la investigación y desarrollo de terapias combinadas, promover cambios en el protocolo de tratamiento nacional para



Por **Mari Carmen Viñoles**,
coordinadora general en India

que se usen medicamentos más seguros y eficaces, y presionar al Gobierno indio y a organismos internacionales para que formalicen un compromiso de erradicación del kala azar para el año 2015.

Como veis, es un camino largo, complejo, y nos queda mucho por delante, pero estamos convencidos de que es posible.



Acceso a la salud

Leishmaniasis visceral (kala azar)

La leishmaniasis visceral o kala azar todavía es una enfermedad olvidada a la que apenas se destinan recursos. Se ha avanzado mucho en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad, pero todavía quedan muchos retos por delante. Entre ellos, mejorar el acceso de las personas excluidas de los servicios sanitarios al diagnóstico y tratamiento, en zonas epidémicas y altamente endémicas. También hay que mejorar la atención y tratamiento de los pacientes de kala azar mediante la introducción de medicamentos más efectivos y seguros.

Uno de los retos más importantes es la coinfección de kala azar y VIH. Ambas enfermedades influyen la una sobre la otra en un círculo vicioso: los pacientes con VIH son mucho más susceptibles a la infección por kala azar y, una vez lo contraen, éste acelera el desarrollo del sida en todo su apogeo. Cuando la persona VIH-positiva se infecta de kala azar, la enfermedad se convierte en incurable y los pacientes suelen sufrir recaídas. Como la actual medicación contra la leishmaniasis es menos efectiva en pacientes coinfectados con VIH y las recaídas son inevitables, el riesgo de desarrollar resistencias a los medicamentos es alto. Los pacientes coinfectados, por lo tanto, pueden convertirse en importantes vías de transmisión de las cepas del parásito resistente.

La coinfección de kala azar y VIH requiere una mayor investigación operacional. Con la expansión del VIH a zonas rurales, donde el kala azar es endémico, la incidencia de la coinfección aumentará rápidamente en los próximos años. El reconocimiento del kala azar como una de las principales infecciones oportunistas asociadas al VIH en zonas endémicas es un paso importante que contribuirá a atraer la atención hacia la enfermedad, lo que puede suponer una mayor aportación de recursos por parte de los donantes. MSF, a través de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales y en el terreno, sigue abogando en las diferentes plataformas de salud internacionales en favor de una firme resolución en este sentido.

Un tratamiento ineludible

Antes de coger el avión a Bulawayo (Zimbabue), yo me encontraba dentro del grupo de los que todavía tenía dudas de cuál era exactamente el papel de una organización de emergencias en un problema crónico, por mucho que el problema fuera médico. Pero, tras año y medio de intentar salvar vidas afectadas por esta dramática enfermedad, no tengo ninguna duda de que MSF tiene la capacidad, el conocimiento y, probablemente, la obligación de asegurar la disponibilidad de antirretrovirales en estos contextos, en los que el acceso a tratamiento es la acción con un coste-efectividad mayor, muy por encima de cualquier otra.

Sin embargo, si para mí es incuestionable nuestra necesidad de intervenir cuando el VIH/sida constituye el problema de salud número uno, y en un proyecto en el que intuimos la posibilidad de una desconexión o retirada cuando llegue el momento oportuno, el debate ha de centrarse en contextos en los que la sostenibilidad es más que dudosa o en los que la prevalencia de la enfermedad es muy baja. No obstante, no debemos olvidar que la sostenibilidad no tiene por qué ser limitante para nuestra intervención si la vida de una gran parte de la población está en peligro. En una emergencia por violencia, meningitis o cólera, no nos planteamos la sostenibilidad como condición indispensable de la intervención cuando las condiciones estructurales son malas. En estos casos, debemos adaptar nuestra estrategia de testimonio posterior a la acción médica, centrándonos en denunciar ante los responsables políticos la situación en la que vive la población. ¿Cuántos miles de personas han sobrevivido al sida desde que se pusieron en marcha programas de MSF y de otras organizaciones? ¿Alguien imaginaba hace apenas ocho años que el tratamiento se podría generalizar a todos los afectados cuando costaba más de 10.000 dólares al año?

La experiencia en Bulawayo y Tsholotsho en los últimos años también me ha convencido de que el tratamiento del VIH/sida, al tratarse de una enfermedad crónica y por tanto de características *novedosas* para nuestra organización, debe hacerse de manera integrada, con un doble sentido: la integración total en las estructuras locales como paso decisivo para la continuidad o sostenibilidad, y la integración de todos los servicios relacionados con el VIH/sida para tratar enfermos y no enfermedades. No debemos nunca olvidar la importancia de la adherencia, el apoyo psicológico, la nutrición, la tuberculosis, la violencia sexual y los servicios de laboratorio, unidos al tratamiento con antirretrovirales (ARV) o de las infecciones oportunistas en el contexto del tratamiento del VIH/sida. Y todos deberían estar al alcance del paciente en la misma visita, de manera integrada u horizontal, pero evitando al mismo tiempo la verticalización de los distintos componentes.

Una constante que se viene observando en África es el fracaso de los programas de prevención de la transmisión madre-hijo (PMTCT por sus siglas en inglés). El fracaso, en la mayor parte de los contextos, se explica por los bajos porcentajes de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de consulta prenatal y por el bajo número de partos asistidos en estructuras de salud (imposibilitando la administración de ARV). Sin embargo, en Bulawayo ambos porcentajes superan el 70%. Aun así, el porcentaje natural de transmisión, normalmente alrededor del 30% cuando no hay intervención, sólo se ha reducido al 13% en Bulawayo y al 24% en Tsholotsho. Ello es debido a la complejidad de los distintos regímenes de ARV, a la dificultad de convencer a la madre de la importancia de la profilaxis y/o tratamiento durante el embarazo, y a la falta de alternativas disponibles a la lactancia materna, lo que hace que los esfuerzos por prevenir el VIH/sida pediátrico se conviertan en una batalla con un enorme desgaste.

El fracaso de los programas de PMTCT en la mayoría de países de África subsahariana se hace patente viendo las cifras de VIH/sida en menores de 15 años, publicadas por Naciones Unidas (UNAIDS) en 2006: 2,3 millones de niños infectados en el mundo y 530.000 nuevas infecciones al año. En Zimbabue, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba en 2006 que el 12% de los niños estaban infectados con el virus y que, de los 1,7 millones de personas infectadas, 160.000 eran niños menores de 14 años.

No cabe duda de que muchos de esos 160.000 niños infectados necesitan tratamiento ARV (dos tercios según nuestra experiencia en Bulawayo) y que parte de ellos morirán muy rápidamente (calculamos que más del 50% de los bebés infectados morirán en el primer año de vida), si no se instauro tratamiento urgente.

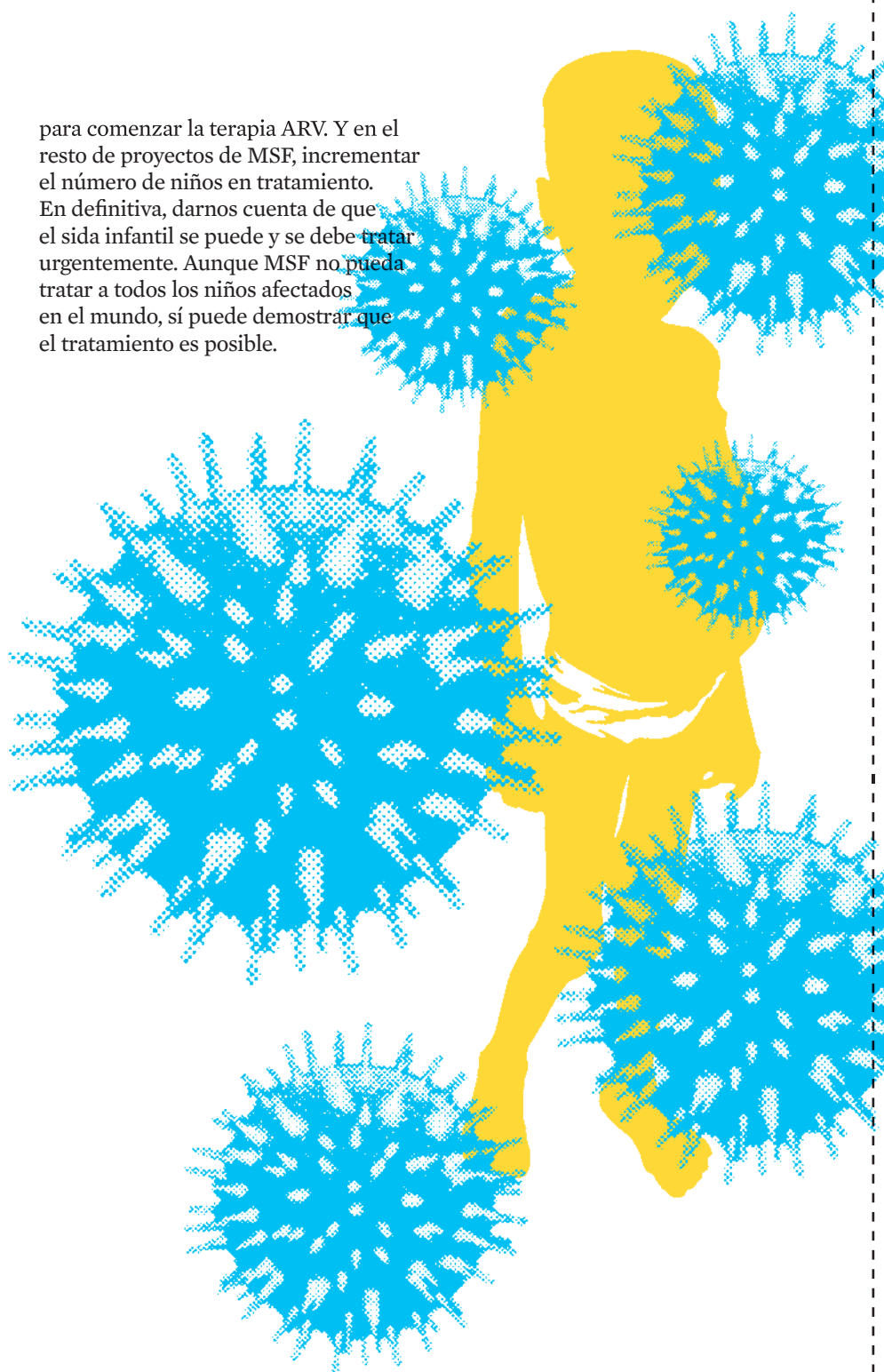
A finales de 2007, el número de menores de 18 años en tratamiento ARV en Bulawayo fue de 1.600, con un 9% de mortalidad y un 9,5% de pérdidas de seguimiento, cifras comparables a las obtenidas en el tratamiento de pacientes adultos e inferiores a las propuestas como estándar. Hemos aprendido que la organización puede tratar el VIH/sida infantil de manera exitosa con un personal poco especializado y recursos limitados. Simplemente, nos hemos dado cuenta de que para tratar el sida en niños, lo primero es reconocer que es un problema y hay que ponerse a tratarlos.

Sin embargo, nos enfrentamos a muchos retos para 2008. En Bulawayo, comenzar el proceso de descentralización del tratamiento; iniciar tratamiento precoz gracias al diagnóstico con DNA-PCR; mejorar nuestra respuesta a los crecientes problemas de malnutrición y violencia sexual en la infancia; hallar una alternativa a la lactancia materna después de los 6 meses de vida; y diseñar hipótesis de investigación operacional que permitan encontrar respuestas prácticas a problemas urgentes, como el momento idóneo



Por el **Dr. Fernando Parreño**,
pediatra en Zimbabue

para comenzar la terapia ARV. Y en el resto de proyectos de MSF, incrementar el número de niños en tratamiento. En definitiva, darnos cuenta de que el sida infantil se puede y se debe tratar urgentemente. Aunque MSF no pueda tratar a todos los niños afectados en el mundo, sí puede demostrar que el tratamiento es posible.



Acceso a la salud

Sida pediátrico

La realidad: 2,5 millones de niños menores de 15 años están infectados con el virus del VIH. Sin tratamiento, más del 60% de ellos morirá en los primeros 18 meses de vida. En nuestra sociedad occidental ya no nacen niños seropositivos. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, estamos muy lejos de conseguirlo. No podemos ofrecer la adecuada atención prenatal a las mujeres embarazadas VIH-positivas. En la mayor parte de los casos, estas mujeres no revelan su enfermedad a sus parejas, a sus familias, y de esta manera no vuelven a los centros de salud para recibir tratamiento profiláctico y prevenir la transmisión del virus a sus hijos.

Trabajamos en protocolos médicos, en regímenes de antirretrovirales, pero nos cuesta acercarnos a la realidad de las mujeres en muchos de los contextos donde trabajamos. Sin comprender a las mujeres, el sida pediátrico seguirá siendo un drama y miles de niños seguirán naciendo VIH-positivos. Y, cuando nacen, no podemos diagnosticarles antes de cumplir los 18 meses (las pruebas rápidas no son eficaces hasta esta edad, por la transferencia de anticuerpos de la madre al niño). Hoy en día, hay muy pocos laboratorios en África Subsahariana que puedan garantizar resultados de diagnóstico fiables basados en pruebas específicas. La falta de diagnóstico equivale a la falta de tratamiento.

En estos países nos enfrentamos también a la falta de arsenal terapéutico adaptado a los bebés seropositivos. Sólo existe en el mercado una formulación pediátrica con dosis fijas combinadas (en una sola píldora) y no quedan muchas alternativas si hay efectos secundarios (muy frecuentes) o fracasos terapéuticos: sólo utilizar tres jarabes distintos con diferente dosificación y ajustes en cada consulta.

En África Subsahariana, el VIH/sida se muestra como una de las pruebas más sangrantes de la desigualdad. Hemos empezado a cortar esta espiral de muerte, pero sin la implicación de los gobiernos, los organismos internacionales y la comunidad científica, el camino va a ser largo y difícil.

2007 en píldoras

Operaciones

2007 ha sido un año muy dinámico para MSF España. Nuestras operaciones continuaron, se expandieron o reorientaron de acuerdo a nuestra forma de enfocar las crisis humanitarias. Llevamos a cabo 62 proyectos o intervenciones de emergencia en 26 países, y 21 misiones exploratorias. Cerramos cuatro misiones, Angola, Armenia, Guatemala y Malaui, y abrimos Chad, Yemen, Sri Lanka e India.

Emergencias

Realizamos 28 intervenciones de emergencia para asistir a personas afectadas por brotes epidémicos (cólera, meningitis, sarampión, Marburg, fiebre del Valle del Rift), a comunidades afectadas por conflictos, a desplazados, refugiados o retornados, y a comunidades afectadas por crisis nutricionales o catástrofes naturales (inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas). Nuestra Unidad de Emergencias también dio apoyo a una intervención de la sección suiza de MSF en respuesta a un brote de Ébola en Uganda.

Proyectos

El número de proyectos, según las poblaciones a las que asistimos, se reparte como sigue: víctimas de conflictos armados, 23; víctimas de enfermedades endémicas/epidémicas, 23; víctimas de violencia social y exclusión de la asistencia sanitaria, 11; víctimas de desastres naturales, 5. En cuanto a la duración media de un proyecto, fue de 39 meses en el primer supuesto, de 22 meses en el segundo, de 26 meses en el tercero y de 2 meses en intervenciones por desastres naturales.

Datos

A lo largo de 2007, realizamos 721.801 consultas externas y 23.260 hospitalizaciones. Atendimos 9.945 partos y 2.097 casos de violencia sexual. Administramos unas 24.000 vacunas contra el sarampión, 56.843 contra la meningitis y tratamos 7.020 casos de cólera.

Tuberculosis (TB)

El número de pacientes que han seguido tratamiento durante el año se eleva a 2.938, lo que supone un incremento de algo más del 30% en relación al año anterior. Sólo uno de entre estos casi 3.000 pacientes fue un caso de tuberculosis multirresistente.

VIH/sida

A 31 de diciembre de 2007, 15.277 pacientes de VIH/sida estaban siendo atendidos en nuestros proyectos. De ellos, 14.596 recibían tratamiento antirretroviral (ARV) de 1ª línea, mientras que 152 seguían el de 2ª línea. Los 529 pacientes restantes no estaban en tratamiento ARV.

Malaria

El número de pacientes que recibieron tratamiento antipalúdico fue de 100.543, de los que 96.523 (un 96%) fueron tratados con terapia combinada con artemisinina (TCA). Del total de diagnósticos de malaria, 89.268 (un 88,8%) fueron confirmados en laboratorio.

Chagas

El pasado año, 685 pacientes iniciaron tratamiento de la enfermedad de Chagas y 811 lo completaron en ese mismo periodo. Un único proyecto estuvo funcionando todo el año en Sucre, Bolivia. A finales de 2007, iniciamos un nuevo proyecto en Cochabamba, también en Bolivia, aunque las actividades no se iniciaron hasta ya entrado el 2008.

Kala azar

Tras un largo proceso burocrático con las autoridades indias, en julio de 2007 MSF pudo iniciar el proyecto de kala azar en el hospital Sadar de Hajipur, en el estado de Bihar, introduciendo el uso de AmBisome®. Se trata de un medicamento más caro pero muy efectivo y que permite reducir el tiempo de tratamiento. A finales de año, 758 personas habían recibido tratamiento, de las cuales el 99% lo completaron. Las actividades de información y educación han sido fundamentales para llegar hasta las personas con kala azar pertenecientes a las castas más bajas.

'Invisibles'

La película documental *Invisibles* fue presentada en febrero en el Festival de Cine de Berlín. El estreno en España tuvo lugar el día 5 de marzo en el CCCB de Barcelona. Pocos días después, el documental fue emitido por TVE y por la cadena autonómica catalana TV3. Desde entonces, *Invisibles* se ha proyectado en más de un centenar de ocasiones en nuestro país y ha sido presentada en numerosos festivales en los cinco continentes. La película ha sido traducida a una decena de idiomas y la mayor parte de secciones de MSF han organizado proyecciones. En febrero de 2008, *Invisibles* fue galardonada con el Premio Goya al Mejor Documental.

Exposiciones

La exposición itinerante *Humanitarios en acción* visitó 12 ciudades españolas entre septiembre y diciembre, con su invitación a ponerse en la piel de un expatriado. Durante su periplo, la muestra fue visitada por 6.694 personas. En febrero se presentó en el CCCB de Barcelona la exposición *Somalia: sobrevivir al olvido*. La Plaza de España de Madrid fue el escenario de la presentación de *Colombia: sueño en riesgo*, mientras que la tercera y última edición de *Vidas Minadas* fue presentada en noviembre, también en Madrid.

msf.es

La página web de MSF España recibió 2.167.599 visitas en 2007, con un total de 12.511.113 páginas vistas. El promedio de sesiones diarias fue de 5.932, lo que supone un incremento del 78% en relación al año anterior. En cambio, la duración de las visitas se redujo: de un promedio de 6 minutos y 24 segundos en 2006 se pasó a 5 minutos y 38 segundos en 2007.

Apoyo social

La cifra de socios de MSF España a 31 de diciembre de 2007 era de 199.379, lo que supone un incremento de unos 19.000 socios en relación a un año atrás. Además, tuvimos más de 200.000 donantes, con lo que la cifra combinada de unos y otros se elevó a 408.203. Un 57,71% de nuestros socios son mujeres y un 42,29% hombres. Los fondos privados son básicos para garantizar la independencia de MSF.

Finanzas

Un 83,67% de los recursos financieros se destinó a la misión social (asistencia directa y testimonio), por un montante que supera los 52 millones de euros. El 16,33% restante, algo más de 10 millones de euros, corresponde a costes de administración y de captación de fondos.

Seguridad

La inseguridad sigue siendo la barrera más importante con la que nos topamos a la hora de acceder a las víctimas de la violencia y del desplazamiento. A partir de abril de 2007, serios problemas de seguridad nos impidieron responder a una emergencia y aportar asistencia a la población local y desplazada de Mogadiscio, afectada por nuevos y violentos enfrentamientos. La crisis del secuestro en Bossaso a finales de 2007 nos obligó a cerrar el proyecto a principios de 2008, a pesar de su relevancia para las comunidades desplazadas, que viven en muy precarias condiciones y con unos niveles muy altos de malnutrición.

Recursos humanos

Nuestros proyectos han sido posibles gracias a un total de 618 salidas al terreno de trabajadores internacionales, pertenecientes a 50 nacionalidades distintas, y 2.855 contrataciones de personal nacional en los distintos países donde llevamos a cabo nuestras actividades. El 53% del personal internacional ha sido sanitario, mientras que el porcentaje de trabajadores sanitarios nacionales ha sido del 28%. Ha habido un total de 145 primeras misiones, lo que supone un 23% del conjunto.

Retos y dilemas

Yemen, 60-20

Las tres religiones del Libro contemplan Yemen como el lugar al que acudieron los hijos de Noé tras el diluvio universal; los romanos lo denominaron la *Arabia Felix*; en la ciudad vieja puede encontrarse una mezquita diseñada por la mano del propio Mahoma; y aún existen ciudades con presencia humana regular más antigua que la propia Jericó.

Hoy Yemen construye a diario un tipo de historia muy distinta. El gobierno mantiene difíciles equilibrios en un país con 20 millones de personas y 60 de armas. La cultura de la violencia, intrínseca a la estructuración tribal del país, ha sustituido las *jambiyas*¹ por el Kaláshnikov. El país es una bomba de relojería en términos socio-económicos: con una tasa de desempleo del 35% (60% en regiones como Saada), una población de 10 millones de adolescentes se incorporará a un futuro mercado laboral inexistente. La pobreza ya ha arraigado en el país; casi el 40% de la población vive con menos de dos dólares al día.

Este entorno es el caldo de cultivo perfecto para la penetración de agendas *yihadistas*. Al-Qaeda confirmó su presencia en 2008 mediante su ataque a diversos intereses turísticos, petrolíferos y comerciales. Los sentimientos antioccidentales no son difíciles de excitar en un país que sale a la calle cada vez que hay una ofensiva israelí en Gaza. Ciertamente, la reimpresión de las viñetas danesas o el vídeo islamófobo holandés no han ayudado.

En un país que pierde su equilibrio en los planos político, religioso y tribal, lo más fácil es echarle la culpa al otro: mientras que los refugiados somalíes siempre fueron recibidos como hermanos, en los últimos meses se ha pasado a un discurso que criminaliza el proceso, atribuyéndole la llegada de armas, sida o delincuencia. Como punto final, un conflicto armado interno estalló en el noroeste del país en 2004, con componentes religiosos (una rebelión de origen chiíta), pero también socioeconómicos y

políticos (discriminación en la inversión y ausencia de participación política).

Armas, cultura de la violencia, terrorismo, tensión Norte-Sur, sentimientos antioccidentales, tribalismo, conflicto armado, polarización religiosa chiíta-sunita y llegada masiva de refugiados son variables más que suficientes para desafiar la esencia misma de la acción humanitaria que pretendemos llevar a cabo.

En tanto que misión joven, Yemen afronta diversos desafíos internos.

El primero de ellos es la gestión de la seguridad. Desconocemos un contexto complejo en el plano socio-religioso y no tenemos experiencia suficiente para afrontar amenazas que plantean actores globales como Al Qaeda. La percepción-aceptación de MSF deviene un reto en sí mismo. En diversas ocasiones hemos sido acusados de espías o de tratar de difundir el cristianismo. Campañas de comunicación de bajo perfil pero mantenidas regularmente, la utilización de material de comunicación en árabe o el establecimiento de una red de contactos en el ámbito social, político, tribal y religioso son sólo algunos de los ejemplos de medidas que hemos ido tomando. Sin embargo, el elemento clave para todo ello son las personas. Debido a los ocho meses de existencia de la misión, no contamos con personal nacional senior. Su "creación" requiere una inversión a medio-largo plazo en yemeníes que en un futuro puedan alimentar un grupo de expatriados MSF áraboparlantes y conocedores del mundo islámico.

En el plano operacional, Yemen puede consolidarse como misión de futuro.

El proyecto de atención a refugiados somalíes y etíopes que cruzan el Golfo de Adén ha adquirido todo su sentido desde la apertura de un campo de tránsito² por parte del ACNUR (Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados). A las actividades de atención directa en la playa desde el *desembarco* mediante equipos móviles,

se suma ahora el aumento del impacto médico con nuestra clínica en dicho campo, incluyendo los componentes de consultas externas, hospitalización, atención psicosocial y asuntos humanitarios. Una característica particular del proyecto ha sido su innovación operacional. Hemos debido flexibilizar la estrategia en numerosas ocasiones, adecuándola a la realidad del proceso, pasando desde actividades de *patrullaje* a lo largo de los 300 kilómetros de costa, hasta el establecimiento de una red de personas en aldeas estratégicas que nos avisan desde el momento mismo de la llegada de refugiados. El cambio de estrategia ha mejorado en más de un 20% nuestra reactividad en apenas cuatro meses y el modelo ya está siendo estudiado por Naciones Unidas para replicarlo en el futuro.

En abril, una misión exploratoria evaluó las necesidades en Saada, región donde actualmente se desarrolla un conflicto armado interno, recomendando una intervención inmediata. Trataremos así de cubrir los distritos del norte de la región, ya que MSF Francia tiene un importante despliegue en el sur, maximizando operacionalmente la presencia internacional de MSF en el país.

Estratégica y transversalmente, el país plantea retos de alto nivel.

En primer lugar, la misión prepara una estrategia de testimonio. Con el objetivo de mejorar las condiciones de atención médico-humanitaria de los refugiados, se incidirá mediante una campaña de comunicación y *lobby* sobre la naturaleza del proceso (principalmente huida de la violencia en Somalia y Etiopía) y sobre la respuesta humanitaria actual, a todas luces insuficiente (con el ACNUR³ y el Gobierno de Yemen como objetivos prioritarios). En segundo lugar, la apertura del proyecto en Saada puede suponer, al margen de consolidar la estrategia operacional en el país, la consecución de un equilibrio en la intervención que garantice la neutralidad de nuestra presencia. En tercer lugar, MSF consolidaría sus operaciones en



Por **Alfonso Verdú**,
coordinador general en Yemen

un país del cual podemos aprender enormemente. Yemen fue el primer país en adoptar el Islam como religión oficial; además, una importante minoría de la población es chiíta; por otro lado, el complejo entramado tribal del país nos obliga a comprender otras lógicas de organización social y a actuar en consecuencia.

Finalmente, nuestro proyecto en Ahwar supone uno de los pocos vínculos de nuestra sección con población somalí y etíope. De hecho, la llegada masiva de refugiados en 2008 deja entrever una posible necesidad de aumento de nuestras operaciones en ámbitos que van desde los más tradicionales (campo de refugiados de Kharaz, con 9.000 personas) hasta entornos menos convencionales, como los refugiados urbanos de Basateen (un suburbio con 25.000 somalíes y etíopes en Adén) o la propia capital del país, Saná. Todos ellos serán evaluados por nuestros equipos durante este año.

La capacidad y la flexibilidad de MSF para abordar estas problemáticas representan un lujo del que pocas veces somos conscientes. Tener la oportunidad de poder establecer una misión de perfil medio-alto, centrada en dos de las problemáticas que más nos interesan (refugiados y violencia) y que están olvidadas en un país desconocido, está al alcance de muy pocos y responde en gran parte a la independencia que garantizan nuestros socios.



1
Daga curva tradicional de Yemen portada por todos los hombres con un cinturón alrededor de la chilaba.

2
Los campos de tránsito o centros de recepción consisten en pequeños campos de refugiados donde éstos permanecen durante 3 ó 4 días en espera de ser registrados como tales. No obstante, y debido a que el sistema de registro no está asegurado, la estancia puede prolongarse durante semanas. Mientras tanto, MSF trata de asegurar la provisión de asistencia médico-humanitaria.

3
De hecho, la campaña de lobby al ACNUR ya ha dado sus frutos. Después de comprometerse a la apertura del campo de tránsito para noviembre de 2007 y enero de 2008 e incumplir los plazos, MSF decidió comunicar la intención de acudir a Ginebra para informar de la situación en el terreno. El campo se abrió en marzo de 2008, si bien aún quedan elementos funcionales a mejorar en la implementación del ACNUR.

MSF y el mundo islámico

Dentro de los contextos musulmanes, el trabajo humanitario de MSF se ajusta a lo que en la tradición islámica serían los actos de caridad. No obstante, los principios fundamentales que se han utilizado para explicar nuestra labor e identidad (neutralidad, independencia e imparcialidad) a veces pueden resultar problemáticos, porque o bien estos principios no se entienden o, lo que es peor, incluso se ven como tapadera de intereses políticos o religiosos extranjeros. En ocasiones, MSF ha sido percibida como una ONG cristiana guiada por una agenda occidental. En otras situaciones, su carácter seglar puede ser visto como un desafío a la cultura islámica tradicional. Esto ha generado resentimiento hacia MSF, por ser otra forma de imperialismo cultural occidental y una amenaza directa a la existencia de ONG islámicas (cuyo impacto y cantidad han aumentado considerablemente en la última década).

Estas percepciones tienen implicaciones obvias para la capacidad de MSF de trabajar con las poblaciones a las que quiere asistir. El conocimiento de la religión y la cultura islámicas, claramente, no va a bastar para dilucidar percepciones erróneas de la identidad de MSF, ya que éstas son principalmente de índole política. Mediante una mejor comprensión de cómo resuenan los principios fundamentales y las actividades de MSF en un contexto islámico, pueden encontrarse formas de atenuar tensiones.

No obstante, es crucial recordar que, ante el terrorismo en algunos contextos musulmanes en los que trabaja MSF, no es el Islam quien interfiere en nuestra acción sino más bien pequeños grupos extremistas que utilizan la violencia amparándose en la región para favorecer una agenda política concreta. En estos contextos, MSF puede revisar si una acción médica, imparcial, independiente y neutral explicada o comunicada a estos grupos extremistas bastaría para proteger a organizaciones o individuos de futuras agresiones. Si no, ¿qué más podemos hacer?

La obligación de reinventarnos

Somalia continúa siendo uno de los grandes dilemas con los que se enfrenta MSF y, por extensión, toda la comunidad humanitaria. Difícilmente podremos encontrar otro contexto donde las necesidades médico-humanitarias sean más importantes. Si solamente nos ciéramos a los indicadores sanitarios, es decir, al dramático porcentaje de niños que no completarán su primer año de vida, a las miles de mujeres que mueren durante el parto, a los enfermos de tuberculosis que suman una de las prevalencias más altas del mundo, a las tasas de malnutrición severa que pueden llegar al 12%... si sólo nos fijáramos en eso, Somalia no sería más que uno de tantos renglones torcidos en el planeta, al igual que otros muchos países africanos.

Si a este desolador panorama le unimos más de un lustro de guerras internas y lo aderezamos con la invasión etíope hace ahora algo más de un año y los grupos radicales de la insurgencia, entonces Somalia pasaría a ser un renglón torcido, pero además con mala letra y faltas de ortografía. Ya no quedarían tantos países en los que pudiéramos encontrar ambas características.

Pero lo que hace diferente a este país es el estado de caos y la total falta de gobierno desde principios de los noventa. No hay en todo el país una sola estructura hospitalaria, ni un solo médico, ni un enfermero, ni una miserable caja de analgésicos que proceda de las arcas públicas. Por otro lado, se cuentan con los dedos de una mano las agencias que trabajan en programas de salud con un impacto aceptable. No existe ni un solo lugar en el mundo donde sea más pertinente nuestra presencia. La crisis médica o la humanitaria, cualquiera de las dos es motivo más que suficiente como para que esta misión sea prioritaria en cualquiera de los escenarios que recoge nuestra política operacional.

La realidad nos abofetea en oposición a esta necesidad. El 27 de diciembre

de 2007, Mercedes y Pilar fueron secuestradas por un grupo de hombres armados cuando se dirigían al centro de estabilización de Bossaso. Un mes antes, una médica había sido agredida brutalmente cuando pasaba consulta en Marere. Dos semanas después del secuestro, un grupo de expatriados se encontró de repente en medio de una lluvia de morteros en el aeropuerto de Mogadiscio. Finalmente, el 28 de enero de 2008, tres compañeros de la sección holandesa fueron asesinados en un ataque dirigido a MSF en Kismaayo.

La seguridad y las operaciones se debaten en una balanza volátil e inestable. No podemos aumentar el peso en ninguno de los platillos sin que el otro se vea perjudicado. En cualquier país, en cualquier contexto, tenemos que ser sumamente rigurosos, poniendo el máximo peso posible en el impacto de nuestros programas sin que por ello la seguridad quede al descubierto. Porque cualquier error en la gestión de la seguridad puede resultar fatal, e incluso sin haber errores, corremos riesgos inherentes a nuestras actividades, tal y como la más atroz experiencia se ha encargado de demostrarnos.

La propia naturaleza de MSF nos lleva a trabajar en contextos cada vez más complicados y por extensión peligrosos. Quizás no seamos nosotros los que nos dirigimos a estos contextos, sino que es el mundo que nos rodea el que cada vez es más complejo, porque la globalización ha llegado hasta ahí, hasta los semáforos de la acción humanitaria.

No sé cuál es la fórmula mágica, y lo más doloroso de todo es que quizá nunca la llegaremos a tener. Pero mientras existan poblaciones que sufren como lo hace la somalí, tenemos la obligación de reinventarnos para llegar a ellas, sin que por ello nuestras vidas estén en riesgo constante. Decía Truman Capote que "terminar de escribir un libro es como llevar a un niño al patio de atrás y dispararle en la cabeza". Os puedo asegurar que sacar a 100 médicos, cirujanos, pediatras,

enfermeros y demás personal de un país sin saber cuándo van a poder volver es bastante similar a terminar de escribir un libro. Medio millón de consultas externas al año, más de 25.000 ingresos, 1.500 operaciones: eso es lo que se hizo en Somalia en 2007; lo que vaya a pasar en 2008 es una incógnita.

El trabajo que nos queda a partir de ahora en la misión, en la sede, en todo MSF, va a ser especialmente duro. Hemos contemplado en directo cómo se derrumbaba una misión con un impacto y con una pertinencia indiscutibles, y quedaba reducida a cenizas, polvo y cristales rotos. No sólo hemos contemplado cómo se caía nuestra casa, sino que ahora debemos recoger los escombros y, con lo que nos quede, construir un exiguo refugio donde empezar de nuevo, donde empezar a sentar las bases de un nuevo y sólido proyecto.

Pero mientras llega ese nuevo futuro, en nuestro humilde refugio no tendrán cabida los 1.000 niños malnutridos admitidos en nuestro programa de Bossaso, ni siquiera los más graves, a los cuales se disponían a atender nuestras colegas el día que fueron secuestradas. Y tampoco podremos acoger a los habitantes de Kismaayo, cuyas vidas dependían de que nuestros equipos les pudieran prestar servicios de cirugía. Los últimos beneficiarios habrán sido las tres madres a las que se les practicó una cesárea la mañana en que nuestros compañeros fueron asesinados. Sintiendo mucho, no cabrán.

Y si me permiten, me voy a referir a los dos gravísimos incidentes que nos azotaron en Somalia en menos de un mes. Respecto a Bossaso, antes que nada, mandarles un beso muy grande a Mercedes y a Pilar, dos superclases que adornaron la misión el año pasado. También dar las gracias, en mi nombre y en el de toda la misión, por todas las muestras de afecto y de solidaridad inquebrantables que recibimos durante esos duros días. Por último, reconocer el apoyo incondicional y el saber estar de los miembros de la misión, tanto nacionales como



Por **Javier Fernández**,
coordinador general en Somalia

expatriados, sin ningún tipo de diferencia, así como los compañeros que llegaron desde Barcelona. Y por encima de todo, mi más sincero y sentido recuerdo para Víctor, Damian y Mohmed Bidhaan.



Intervenciones en contextos violentos

En los últimos años se ha producido una rápida evolución de los riesgos en algunos contextos en los que interviene MSF. Los conflictos cada vez están más fragmentados; hay más confusión entre las agendas político-militares y el trabajo humanitario; crece la agenda global del movimiento yihadista; y los trabajadores humanitarios se han convertido en posibles objetivos en los conflictos. MSF se enfrenta a enormes desafíos al trabajar en estos contextos violentos y debe encontrar nuevas formas de cumplir con su misión de preservar la vida y aliviar el sufrimiento de las poblaciones vulnerables.

El primer paso es asegurarnos la presencia en los lugares donde nuestra asistencia es más necesaria, donde nuestras actividades son más pertinentes y tienen un impacto real para las poblaciones. Tenemos que estar dispuestos a innovar en estos contextos y adaptar el modelo operacional tradicional de MSF para encontrar nuevas formas de llegar a estas poblaciones.

También debemos reforzar la gestión de la seguridad en contextos violentos y desarrollar medidas adaptadas a cada entorno específico. Dentro de este análisis de seguridad, debemos contemplar no sólo los riesgos para el personal (internacional y nacional) sino también la seguridad de las poblaciones a las que asistimos, así como las repercusiones en nuestras actividades. Debemos tener un amplio conocimiento local y realizar un análisis exhaustivo de cada contexto, incluyendo a todos los actores implicados y sus intereses.

Un tercer factor clave es reforzar los equipos en el terreno dando más responsabilidades a los miembros del personal nacional. Debemos aportarles los recursos necesarios y, sobre todo, darles la autoridad para poder convertirse en miembros decisivos de los equipos. Con ello, no sólo aumentará nuestra capacidad operativa en el terreno, sino que tendremos una comprensión más profunda de los contextos, ganaremos en proximidad y mejorará la percepción y aceptación de MSF por parte de las comunidades con las que trabajamos.

Apoyo Social

Socios y donantes particulares

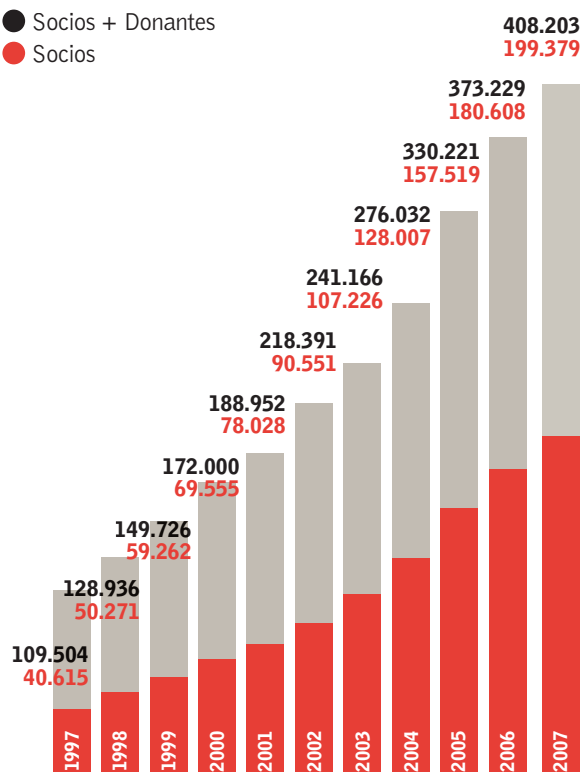
Gracias al compromiso de casi 200.000 socios y a sus aportaciones económicas regulares es posible planificar nuestras acciones, actuar de forma inmediata ante cualquier emergencia y, sobre todo, ser independientes para poder asistir a quien realmente más lo necesita. Más allá del dinero, queremos agradecer a cada uno de ellos la confianza depositada en el trabajo de MSF. Sin ellos, nada de esto sería posible.

Número de socios 2007

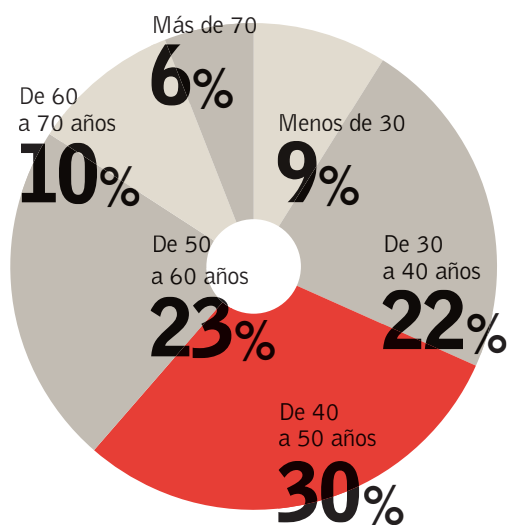
199.379

Evolución de socios y donantes

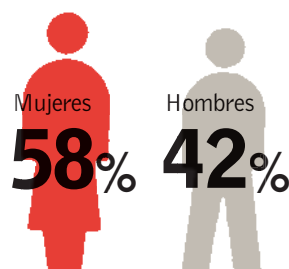
- Socios + Donantes
- Socios



Distribución de socios por edades



Distribución de socios por sexo



Empresas y entidades colaboradoras

No podemos listar aquí todas las empresas y entidades que nos dieron su apoyo y su confianza en 2007. No obstante, todas y cada una de ellas cuentan con nuestro más sincero agradecimiento.

Accenture	Inmobiliaria Iberoaven S.A.
American Express de España S. A.	Institución Educativa Sek Intercomet S.L.
Armeza S.L.	Ircoex S.L.
Arrospe S C. R. Ltda.	Irizar S.Coop.
Aulaclic S.L.	J. Belloc Escuté S.L.
Banc Sabadell	Jandiapart S.L.
Banco Madrid	Jevaso S.L.
Barin S.A.	Jorge Javier S.L.
Caixa Catalunya Gestió SGIIC S.A.	Juan Antonio Ibáñez S.A.
Caixa Girona	Kimaldi Electronics S.L.
Caixa Tarragona	La Caixa
Caja Cantabria Casyc	Larios 3 Consultores S.L.
Caja de Ahorros del Mediterráneo	Leona
Carat España	Liga de Fútbol Profesional
Catalana De Consulting S.A.	Lipasam S.A.
Celo XXI	Livingstone Partners S.L.
CELSA Compañía Española de Laminación S.L.	Logilu S.L.
Círculo de Lectores	M & B Capital Advisers S.V.S.A.
Coesma Estructuras 2002 S.L.L.	M68 Arquitectura S.L.
Consorti Hospitalari Parc Taulí	Macer S.L.
Cortefiel S.A.	Management Focus S.A.
Curso Express S.A.	Mango
Dis2	Marp Marketing y Producto S.A.
Discine	Moncal 1941 S.L.
Doctaforum S.L.	Neila Ingenieros S.L.
Editorial Bromera S.L.	Nissan
El Brillante Bripial S.A.	Oliver Design S.L.
El Fuerte de Madrid S.L.	Oticon España S.A.
Embammat EU S.A.	Papelaweb
Eroski S.C.	Pleta Auditores S.A.
Estudio Diego Feijóo	Professional Design S.L.
Eulen Seguridad S.A.	Promociones y Construcciones
Euro Glashaus S.L.	Hervás López S.L.
Euro Suministradora Catalana S.A.	RBA
Externa Imatge i Comunicació	Red Eléctrica de España
Financiera Maderera S.A.	Roberlo S.A.
Foro de Formación y Ediciones S.L.	Sara Lee Iberia
Fundació Caixa de Sabadell	Screenvision
Fundación Barclays	Securitec S.A.
Fundación Divina	Sigma Ingenieros
Pastora-Gesmutual	Consultores S.L.
Fundación IVI	Sogecable S.A.
Fundación Jesús Serra	Stratesys Consulting ADP S.L.
Fundación Non Profit Music	Sun Microsystems Ibérica S.A.
Fundación Profesor Rodrigo Uría	TVE S.A.
Gau Habitat S.L.U.	Tecsidel S.A.
Global Estrategias S.L.	Tele2 Comunitel
Groupama Plus Ultra Seguros y Reaseguros S.A.	Tricycle Companyia Teatral S.L.
Hermanos Fernández López S.A.	Unilever España S.A.
Hotusa	Urbagasa Nueve S.L.
Igalia S.L.	Vascat S.A.
Infojobs	Venca
	Zeferino S.A.

Herencias y legados

El deseo de cooperación con los más vulnerables y la confianza de cada vez más personas en MSF España están haciendo posible el cumplimiento de su compromiso a través de su testamento y posterior herencia.

En recuerdo y agradecimiento a:

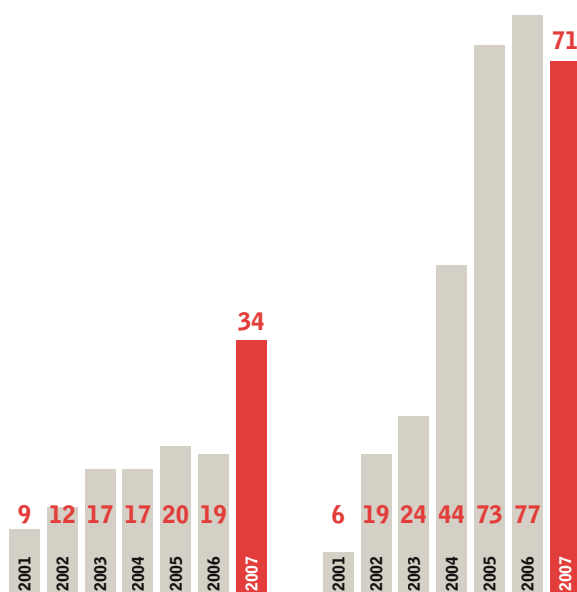
Pedro Antonio Cabanilles Batalla	Ángeles Rodríguez Álvarez
Julia Chaparro de Juana	Begoña Sirera Martínez
Jesús Fabeiro Gómez	José María Enderika de la Sierra
Francisco Suárez Fernández	Dolores Méndez Rodríguez
Olga María Bereciartu Pereda	Josep Montserrat Domènech
Inés Guadalupe Ortega García	Jesús M ^a Benzua Pérez
Carmen Zaragoza Alcañíz	Dionisia Hernández Ramírez
Lucía Montalvo Tejada	Concepción Gil Calvo
Edgar Emilio Rodríguez Zurbarán	Carolina Fernández Millán
Facunda Santesteban García	María Cruz Guzmán
Adelaida Cuevas Caraves	Marina Miranda Campillo
Gregorio Rojo Pérez	Rosario Aguilar Zambrano
Adela Simarro Moreno	Juan Salvador Benavent Díaz
Isidra M ^a Pilar	Francisco Jódar Fernández
Lucía López Eraso	Julia Sánchez Bedoya
Esteban Romay López	Celedonio Alcón Iglesias
Ester Lopategui Zabala	Carmen Bou Huguet

Total ingresos por herencias en 2007

2.200.681 €

Herencias

Testamentos



El primer año del nuevo Plan Director 2007-2010 de MSF España (MSF-E) se cierra con un total de gastos de 62,66 millones de euros (M€) y con unos ingresos de 59,17M€. El 2007 ha sido otro año de crecimiento importante en nuestras operaciones (22%), pero esta vez, después de tres años, hemos conseguido equilibrar el crecimiento de ingresos y gastos a cerca del 21%.

La organización cierra el año garantizando que el 83,67% (52,42M€) de sus recursos se destinan a su misión social (asistencia directa a las poblaciones y testimonio). Durante 2007, hemos realizado 28 intervenciones de emergencia, las de mayor magnitud correspondientes a crisis nutricionales en Somalia, desplazados internos por el conflicto en Chad, inundaciones en India y terremoto en Perú. El gasto operacional refleja una tendencia continua en la asistencia a víctimas de conflictos armados

(18,81M€) y de enfermedades endémicas y epidémicas (15,68M€), un incremento en las intervenciones dirigidas a víctimas de violencia social y exclusión de la atención sanitaria (8,40M€) y un menor aumento en la ayuda a víctimas de desastres naturales (1,66M€).

El crecimiento de los ingresos viene acompañado de una consolidación de su 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). El 92,27% de la financiación de la sección española de MSF procede de fuentes privadas, lo que nos permite realizar intervenciones con independencia de las agendas políticas y de intereses económicos.

MSF-E ha mantenido su responsabilidad de recaudar fondos según las necesidades de las poblaciones y de destinarlos allí donde el donante nos ha indicado, cuando así lo ha hecho. Este año la organización ha consumido parte de sus reservas para cubrir las necesidades operacionales del momento, provocando un déficit de -4,03M€. Pero cerramos el año con 4,4 meses de reservas, lo que nos permite dar respuesta rápida a emergencias olvidadas o poco mediáticas y garantizar nuestra independencia operacional en 2008.

Sabemos que gestionamos unos recursos que nos han sido confiados por los socios y donantes para hacer el mejor uso posible de los mismos. Por eso no sólo somos rigurosos en lo que hacemos sino en cómo lo hacemos. Este año se han llevado a cabo siete auditorías externas en distintos ámbitos de la organización y auditorías internas en 18 de nuestras misiones.



Las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2007 han sido auditadas por KPMG 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

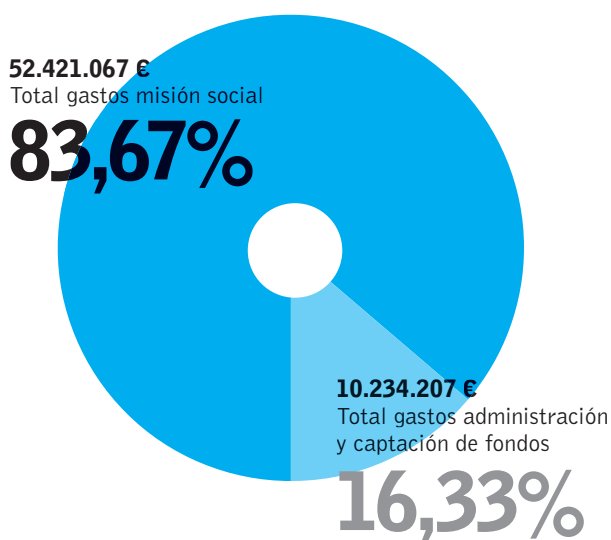
Gastos e ingresos 2007

Gastos

Del total de recursos, MSF-E ha destinado un 79,60% a la atención directa a las poblaciones, un 3,51% a campañas de testimonio y sensibilización, y un 0,56% a otras actividades humanitarias, como fomentar la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos o el acceso a medicamentos de pacientes afectados por las enfermedades más olvidadas.

Total gastos

62.655.274 €



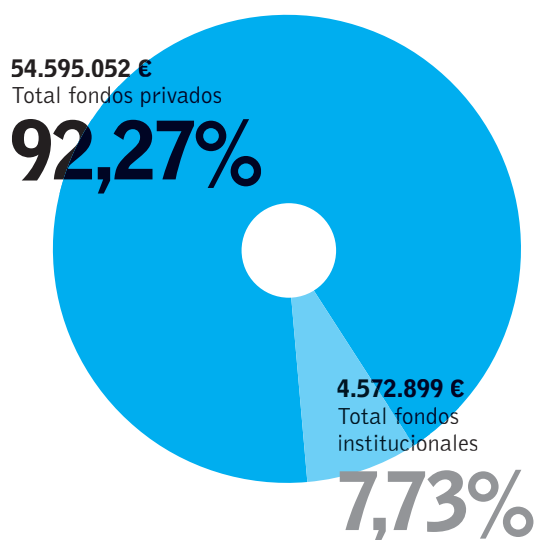
Misión social	Euros	% total
Misiones	49.876.502	79,60%
Testimonio	2.196.601	3,51%
Otras actividades humanitarias	347.964	0,56%
Total misión social	52.421.067	83,67%
Administración y captación de fondos	Euros	% total
Gastos captación de fondos	6.501.019	10,38%
Gastos administración	3.733.188	5,96%
Total administración y captación de fondos	10.234.207	16,33%
Total gastos	62.655.274	100,00%

Recursos

El grado de independencia de nuestras acciones ha sido posible gracias a las aportaciones regulares de nuestros socios, que han alcanzado el 47,82% del total de los ingresos, y a un elevado nivel de fidelización de algunas secciones de MSF. El compromiso de los donadores institucionales con las poblaciones vulnerables queda reflejado en un 7,73% de los ingresos.

Total ingresos

59.167.951 €



Fondos privados	Euros	% total
Fondos privados MSF-E	39.254.376	66,34%
Fondos otras secciones MSF	13.949.130	23,58%
Otros fondos privados	1.391.546	2,35%
Total fondos privados	54.595.052	92,27%
Total fondos institucionales	4.572.899	7,73%
Total ingresos	59.167.951	100,00%
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas (realizadas y no realizadas)	543.266	
Total reservas	-4.030.589	

Equilibrios financieros y cuenta de resultados detallada MSF-E 2007

	Gastos 2007		Presupuesto 2007		Gastos 2006	
Misión social	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Proyectos	39.800.581	63,52%	37.347.507	60%	31.114.698	60,63%
Emergencias	4.763.374	7,60%	6.777.049	10,9%	5.412.501	10,55%
Gastos directos misiones	44.563.955	71,13%	44.124.556	70,9%	36.527.199	71,17%
Apoyo sede a misiones	5.312.547	8,48%	5.048.342	8%	4.539.124	8,84%
Gastos indirectos misiones	5.312.547	8,48%	5.048.342	8%	4.539.124	8,84%
Subtotal misiones	49.876.502	79,60%	49.172.898	79%	41.066.322	80,02%
Testimonio	2.196.601	3,51%	2.223.313	3,6%	1.628.894	3,17%
Otras actividades humanitarias	347.964	0,56%	301.286	0,5%	343.500	0,67%
Total misión social	52.421.067	83,67%	51.697.497	83,09%	43.038.716	83,86%
Administración y captación de fondos	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Gastos captación de fondos	6.501.019	10,38%	6.341.800	10,2%	5.213.037	10,16%
Gastos administración	3.733.188	5,96%	4.179.093	6,7%	3.068.564	5,98%
Total gastos administración y captación de fondos	10.234.207	16,33%	10.520.893	16,91%	8.281.601	16,14%
Total gastos	62.655.274	100,00%	62.218.390	100%	51.320.317	100,00%

	Ingresos 2007		Presupuesto 2007		Ingresos 2006	
Fondos privados	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Socios	28.292.024	47,82%	27.180.823	49%	24.355.600	49,85%
Donantes	7.460.424	12,61%	6.200.000	11%	4.946.264	10,12%
Empresas y fundaciones	1.301.247	2,20%	1.450.000	3%	958.218	1,96%
Herencias y legados	2.200.681	3,72%	2.500.000	5%	1.480.392	3,03%
Fondos privados MSF-E	39.254.376	66,34%	37.330.823	68%	31.740.473	64,97%
Fondos otras secciones MSF	13.949.130	23,58%	14.006.775	25%	13.967.463	28,59%
Otros fondos privados	1.391.546	2,35%	1.283.372	2%	1.283.372	2,63%
Total fondos privados	54.595.052	92,27%	52.620.970	95%	46.991.307	96,18%
Total fondos institucionales	4.572.899	7,73%	2.500.000	5%	1.864.106	3,82%
Total ingresos	59.167.951	100,00%	55.120.970	100%	48.855.414	100,00%

Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas (realizadas y no realizadas)	543.266				- 92.997	
Total reservas	- 4.030.589		- 7.097.420		- 2.557.900	

Cuentas consolidadas de MSF internacional 2007

Presentamos las cuentas financieras consolidadas auditadas de todo el movimiento internacional de MSF. 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 todas 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 de trabajo internacional 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.

Ingresos	M€	% total
Fondos privados	518,7	87,5%
Financiación institucional	54,2	9,2%
Otros ingresos	19,8	3,3%

Total ingresos	592,7	100,0%
-----------------------	--------------	---------------

Gastos	M€	% total
Operaciones	439,1	76,0%
Testimonio	19,4	3,4%
Otras actividades humanitarias	9,1	1,6%
Total misión social	467,6	81,0%
Captación de fondos	76,9	13,3%
Gestión, general y administración	32,7	5,7%

Total gastos	577,2	100,0%
---------------------	--------------	---------------

Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas (realizadas y no realizadas)

-3,2

Superávit/(déficit)

12,3

Distribución de ingresos por financiador

Ingresos financiadores privados

Ingresos propios MSF-E	Euros
Socios	28.292.024
Donantes	7.460.424
Herencias y legados	2.200.681
Empresas y fundaciones	1.301.247

Total ingresos propios MSF-E	39.254.376
-------------------------------------	-------------------

Otras secciones MSF	Euros
MSF Estados Unidos	7.814.537
MSF Grecia	2.416.344
MSF Austria	1.001.357
MSF Alemania	1.001.000
MSF Italia	1.000.000
MSF Japón	491.521
MSF Dinamarca	215.941
MSF Reino Unido	6.439
MSF Francia	1.991

Total otras secciones MSF	13.949.130
----------------------------------	-------------------

Otros fondos privados	1.391.546
------------------------------	------------------

Total ingresos financiadores privados	54.595.052
--	-------------------

Ingresos financiadores públicos

Instituciones públicas extranjeras	Euros
Gobierno de Noruega - Ministerio AAEE	499.524
ECHO*	200.000
Gobierno de Grecia - Ministerio AAEE	140.002
Jersey Overseas Aid	90.941

Total instituciones públicas extranjeras	930.467
---	----------------

Instituciones públicas españolas	Euros
AECID**	2.282.000
Junta de Andalucía	600.000
Gobierno vasco	350.000
Generalitat de Catalunya - ACCD***	200.000
Junta de Castilla-La Mancha	113.223
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz	97.209

Total instituciones públicas españolas	3.642.432
---	------------------

Total ingresos financiadores públicos	4.572.899
--	------------------

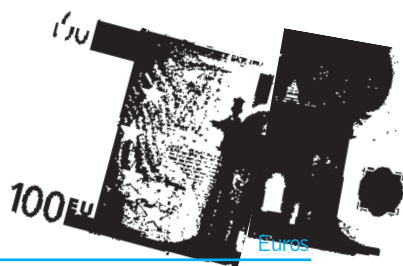
Total ingresos	59.167.951
-----------------------	-------------------

*Oficina Humanitaria de la Unión Europea **Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

***Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament

Distribución de gastos por país

De cada 100€ invertidos en operaciones, un 38% se ha destinado a proyectos en Somalia, República Democrática del Congo (RDC), Níger, Zimbabue y Kenia.



Proyectos

Somalia	4.175.497
República Democrática del Congo	3.337.020
Níger	3.333.179
Zimbabue	3.176.978
Kenia	3.051.257
Sudán (Darfur)	2.788.968
Liberia	2.758.454
Chad	2.687.501
Uganda	2.221.292
Zambia	1.879.866
Colombia	1.869.421
India	1.851.460
Sur de Sudán	1.786.321
Etiopía	1.518.530
República Centroafricana	1.503.385
Territorios ocupados palestinos	1.014.296
Yemen	818.780
Sri Lanka	745.262
Ecuador	690.109
Malawi	675.780
Perú	663.715
Bolivia	660.657
Marruecos	432.034
Guatemala	318.271
Angola	190.278
Armenia	183.607
Siria	57.541
Subtotal proyectos	44.389.456

Otras intervenciones	Euros
Tanzania	89.303
Filipinas	29.587
Nigeria	21.636
Guinea-Conakry	15.350
Argelia	11.829
Azerbaiyán	6.127
Grecia	386
Guinea-Bissau	234
Timor Oriental	48
Subtotal otras intervenciones	174.499

Total proyectos 44.563.955

Distribución de gastos por tipo de proyecto

El mayor gasto sigue correspondiendo a la asistencia a víctimas de conflictos armados y de enfermedades endémicas y epidémicas, seguida de la atención a víctimas de violencia social y exclusión de la asistencia sanitaria, y por último la ayuda a víctimas de desastres naturales.

18.813.452 €

Víctimas de conflictos armados¹

42%



15.684.809 €

Víctimas de enfermedades endémicas / epidémicas²

35%



8.406.621 €

Víctimas de violencia social / exclusión de la atención sanitaria³

19%



1.659.073 €

Víctimas de catástrofes naturales⁴

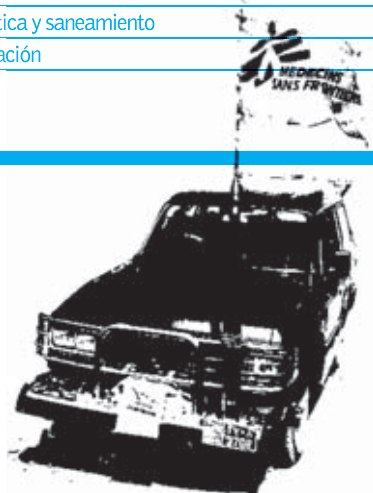
4%



Distribución del coste de los proyectos por naturaleza del gasto

En MSF realizamos las actividades de nuestros proyectos sin delegar a terceros esta misión. Nos responsabilizamos directamente de nuestra acción. El coste de personal de nuestros proyectos representa el 49% de los gastos. Nuestros recursos humanos garantizan que la acción de MSF en el terreno sea imparcial y neutral.

Costes de proyectos por naturaleza del gasto	%
Personal internacional	27%
Médico y nutrición	23%
Personal nacional	22%
Transporte y almacenes	15%
Soporte administrativo	6%
Logística y saneamiento	5%
Formación	1%
Otros	1%
Total	100%



1
Víctimas de conflictos armados
a) Violencia directa contra la población civil: atención médica / quirúrgica / psicológica.
b) Refugiados / desplazados: ayuda médico-humanitaria directa.
c) Interrupción del sistema de salud debido al conflicto: apoyo médico a estructuras de salud / hospitales.
d) Crisis nutricional debida al conflicto: CNT y CNS, distribución de alimentos, etc.

2
Víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas
Atención médica a las personas afectadas.
3
Víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria
Intervención directa a través de actividades médicas, psicológicas y sociales. Quedan incluidos en esta categoría todos los proyectos cuyo objetivo sea el acceso a la salud, suplir vacíos sanitarios, sistemas de recuperación de costes, etc.

4
Víctimas de desastres naturales
Cualquier tipo de respuesta de emergencia, incluida la donación de materiales de ayuda.

Glosario de indicadores

Población diana: sector de población al que se dirige un proyecto de MSF. Incluye tanto a beneficiarios directos como indirectos.
Beneficiario directo: persona que, por su situación o estado de salud, es objetivo directo de las actividades de los programas de MSF.
Beneficiario indirecto: persona que, dada la presencia de MSF en un emplazamiento, puede ser susceptible de beneficiarse de sus actividades.

Recursos humanos (RRHH): los datos se facilitan según el criterio internacional de *full time equivalent* (FTE), el equivalente al número de personas contratadas a tiempo completo.
RRHH internacionales: La información está calculada sobre el número total de puestos cubiertos por personal internacional durante el año, en FTE. No incluye puestos vacantes.
RRHH nacionales: La información está calculada a partir del número total de puestos cubiertos por personal nacional durante el año, en FTE. No incluye puestos vacantes ni personal sanitario del Ministerio de Salud que trabaja en nuestros proyectos a través de acuerdos de colaboración.

Gastos de proyectos: gastos reales en euros de los proyectos de cada país por año completo.

Artículos de primera necesidad: número de familias receptoras de artículos de primera necesidad distribuidos durante el periodo. Cada familia es considerada como un receptor individual.

Atención postnatal: número de mujeres a las que se ha realizado al menos un control postnatal en las seis semanas siguientes al parto.

Casos de malaria: número de casos confirmados (con pruebas rápidas o en laboratorio) y tratados durante el periodo.

Chagas: número de nuevas admisiones para tratamiento durante el periodo.

Cirugía: número de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas durante el periodo (incluye cirugía obstétrica con anestesia general o espinal).

Cirugía por violencia directa: número de intervenciones quirúrgicas por este motivo durante el periodo. No incluye accidentes ni violencia sexual.

CNS (Centro de nutrición suplementaria): número de niños con desnutrición moderada atendidos en estos centros en régimen ambulatorio durante el periodo.

CNT (Centro de nutrición terapéutica) hospitalario: número de niños con desnutrición severa complicada atendidos en estos centros en régimen hospitalario durante el periodo.

CNT (Centro de nutrición terapéutica) ambulatorio: número de niños con desnutrición severa no complicada atendidos en estos centros en régimen ambulatorio durante el periodo.

Cólera: número de casos tratados (centros de tratamiento de cólera y sales de rehidratación oral).

Consultas externas: número de consultas realizadas durante el año. Incluye consultas de planificación familiar, control prenatal, VIH, TB y otras consultas generales. Excluye vacunaciones, prescripción de medicamentos en enfermedades crónicas y sesiones de asesoramiento psicológico.

Consultas prenatales: número de consultas realizadas durante el periodo.

Distribución de agua: número de litros de agua clorada distribuidos durante el periodo. No incluye estructuras de salud ni viviendas del personal.

Distribución selectiva de alimentos: número de raciones mensuales individuales por población seleccionada (niños/otras poblaciones vulnerables) durante el periodo.

Hospitalizaciones: número de pacientes ingresados durante el periodo. Incluye pacientes en CNT en régimen hospitalario. Excluye pacientes admitidos en CTC, CNT ambulatorio y CNS.

Kala azar: número de nuevas admisiones para tratamiento durante el periodo.

Partos: número de alumbramientos atendidos (no número de nacidos) durante el periodo, incluyendo cesáreas.

Prevención transmisión vertical (madres): número de mujeres VIH-positivas que dieron a luz durante el periodo en estructuras apoyadas por MSF y que recibieron tratamiento o profilaxis antirretroviral (ARV).

Prevención transmisión vertical (hijos): número de niños nacidos durante el periodo en estructuras apoyadas por MSF, que recibieron profilaxis ARV.

Salud mental 1: número de consultas psicológicas individuales durante el periodo (excepto asesoramiento para análisis voluntarios y adherencia al tratamiento de VIH).

Salud mental 2: número de sesiones de grupo de asesoramiento/apoyo psicológico durante el periodo (excepto asesoramiento para análisis voluntarios y adherencia al tratamiento de VIH).

Saneamiento: número de letrinas construidas (no mantenimiento) durante el periodo. No incluye letrinas construidas en estructuras sanitarias.

TAR (terapia antirretroviral) 1ª línea: número de pacientes en tratamiento ARV de 1ª línea en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo (no incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos).

TAR (terapia antirretroviral) 2ª línea: número de pacientes en tratamiento ARV de 2ª línea al final del periodo (no incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos).

TB: número de casos de tuberculosis (TB) atendidos durante el periodo.

Vacunación de meningitis (brote): número de vacunaciones en respuesta a un brote epidémico durante el periodo.

Vacunación de sarampión: número de vacunaciones rutinarias realizadas durante el periodo.

Vacunación de sarampión (brote): número de vacunaciones en respuesta a un brote epidémico durante el periodo.

VIH: número de pacientes con VIH atendidos en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo (no incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos).

Violencia sexual: número de víctimas que han recibido tratamiento médico durante el periodo.

MSF son las siglas por las que se conoce a Médicos Sin Fronteras, una organización médico-humanitaria de carácter internacional que aporta su ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación por raza, religión o ideología política.

Nuestra presencia independiente e imparcial en las situaciones de crisis nos permite realizar una acción inmediata y temporal de asistencia, asumiendo riesgos, confrontando al poder y utilizando el testimonio como medio para provocar cambios en favor de las poblaciones.

