

MSF88

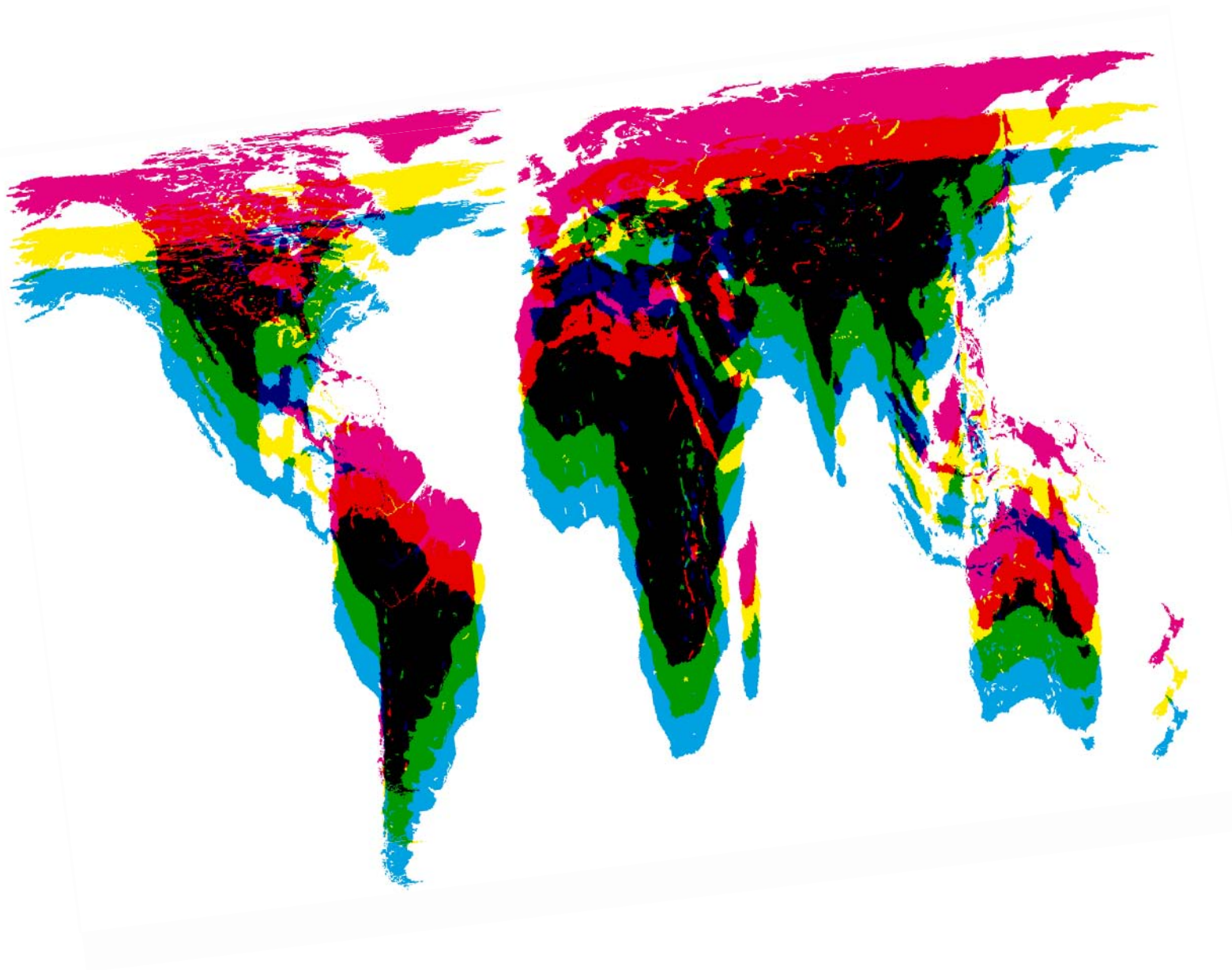
Julio 2011

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

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



40 años de acción
humanitaria independiente



Memoria 2010 Retos, dilemas, logros y fracasos de nuestra acción

Sumario

Por **Aitor Zabalgogezkoa**
Director General de MSF España

Resumen del año 2010

2 Resumen del año 2010

6 Proyectos MSF 2010

8 Resumen de operaciones 2010

- 10 Bolivia-Paraguay, Chile
- 11 Colombia, Etiopía, Grecia
- 12 Guatemala, Haití, Honduras
- 13 India, Kenia, Kirguistán
- 14 Liberia, Malawi, Marruecos
- 15 México, Níger, Nigeria
- 16 República Centroafricana, República Democrática del Congo, Siria-Irak
- 17 Somalia, Sudán (Darfur), Sur de Sudán
- 18 Territorios Palestinos Ocupados, Uganda, Yemen
- 19 Zambia, Zimbabue
- 19 Glosario de indicadores

20 2010 en píldoras

22 Apoyo social

- Socios y donantes particulares
- Empresas y entidades colaboradoras

24 Volver a Afganistán

26 Haití, una crisis detrás de otra

28 'Pastillas contra el dolor ajeno', una movilización sin precedentes

30 Finanzas 2010

- Informe de auditoría
- Gastos e ingresos
- Equilibrios financieros y cuenta de resultados
- Ingresos por financiador
- Gastos por naturaleza del gasto
- Gastos por tipo de proyecto y por país
- Cuentas combinadas de MSF Internacional 2010

En enero de 2010 estábamos preparados para un año intenso y lleno de retos. La devastación del terremoto en Haití tuvo el efecto de trastocar casi todas nuestras previsiones. La reacción extraordinaria, el trabajo incansable de los equipos y la convicción de todos los que componemos Médicos Sin Fronteras (MSF) de que estábamos ante una tragedia que nos exigía ir un paso más allá, hizo de la respuesta al terremoto y la posterior epidemia de cólera en Haití un ejemplo de intervención. Supuso aumentar masivamente la dinámica de emergencias en entornos urbanos volátiles, la atención hospitalaria y quirúrgica, y las actividades contra el cólera. A pesar de que fue el terremoto lo que originó la intervención masiva en Haití, muy pronto los equipos empezaron a atender a víctimas de violencia urbana, así como las constantes emergencias obstétricas que el debilitado sistema de salud, tanto público como privado, había dejado de atender. Esta intervención se tradujo en la mayor intervención de la historia de MSF.

Conflictos, violencia directa y desplazamientos

Además de la intervención en Haití, en 2010, gran parte de nuestro esfuerzo y nuestro compromiso ha estado del lado de las poblaciones afectadas por crisis en África. El 60% de nuestros proyectos continúan estando en este continente. Durante el año, la actividad se ha incrementado en 11 proyectos, así que hemos pasado de 37 proyectos en 2009, a 48 a finales de 2010. El aumento se ha producido en la respuesta a necesidades de poblaciones víctimas de conflictos, violencia directa e indirecta, y en situación de desplazamiento. Haití no fue la única ocasión en que nuestros equipos se esforzaron en llegar a víctimas de epidemias, crisis nutricionales, episodios de violencia aguda o desastres naturales. Los equipos respondieron a 39 emergencias en 2010.

Más de la mitad de nuestra actividad está centrada en responder a las necesidades más inmediatas de víctimas de la violencia. Se han reforzado componentes clave de la asistencia en entornos de conflicto, incorporando la atención a víctimas de violencia sexual, el apoyo de salud mental, la distribución ...



Una médico cura a un paciente en el hospital de Carrefour pocos días después del terremoto en Haití. © JULIE RÉMY



Consulta médica en el hospital de MSF en Abyei, sur de Sudán. © KATE GERAGHTY

... de artículos de primera necesidad y las actividades de agua y saneamiento. El esfuerzo ha sido notable en la expansión de la atención hospitalaria. La cirugía y las urgencias generales y obstétricas fueron reforzadas en Yemen, República Centroafricana (RCA), República Democrática del Congo (RDC), Somalia y el sur de Sudán.

Inseguridad y migraciones

Redoblamos esfuerzos para hacer llegar la atención a comunidades donde las condiciones de seguridad o las dinámicas de la violencia hacían muy difícil identificar un espacio viable de intervención. Hay que resaltar los esfuerzos en Colombia por continuar afinando el equilibrio más eficaz entre la movilidad y la resolución médica. Darfur, Yemen, República Centroafricana (RCA), República Democrática del Congo (RDC) y Somalia son ejemplos de la determinación de nuestros equipos en superar obstáculos. Incrementamos nuestra respuesta, buscando alternativas que permitieran un buen equilibrio entre el impacto de nuestra acción y la exposición de nuestros equipos.

En Marruecos continuamos trabajando no sólo en cubrir las necesidades de las poblaciones migrantes, sino en particular de las víctimas del tráfico de personas y para las que la atención médica tiene un impacto mayor. Ante el aumento de migrantes en la frontera entre Turquía y Grecia, las muy duras condiciones del invierno y la insuficiente reacción de las autoridades griegas y de la Unión Europea, la reacción de nuestros equipos fue responder de forma inmediata a las necesidades médicas agudas y de abrigo de estas personas en tránsito.

Enfermedades endémicas y epidémicas

Nuestra acción no se redujo a la respuesta a la violencia y las consecuencias de los conflictos. La integración del tratamiento de VIH y tuberculosis (TB) continuó siendo un reto, y en RCA y en Zimbabue se obtuvieron los mejores resultados. En Somalia y en RDC hemos comenzado a tratar la TB, después de intentarlo durante años y a pesar de las difíciles condiciones sobre el terreno. La atención destinada a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo continuó siendo una prioridad y, a pesar de las

muchas dificultades que entraña este componente, se hicieron avances definitivos en Zambia, RCA y Zimbabue.

Los proyectos dedicados al tratamiento de personas con enfermedades olvidadas han avanzado en estrategias adaptadas para llevar diagnósticos y tratamientos al mayor número de pacientes. En India, los equipos continuaron tratando de manera muy efectiva a pacientes de kala azar, con unas tasas éxito terapéutico de más del 95%. Varios proyectos iniciaron el tratamiento de la tripanosomiasis humana africana (THA) con la nueva terapia combinada nifurtimox-eflornitina. Y a los proyectos de Chagas en Bolivia se sumó el proyecto de Boquerón, en el Chaco de Paraguay, donde los equipos trabajan en lugares de alta prevalencia de la enfermedad y se enfrentan a nuevos desafíos para llevar un tratamiento de calidad y viable a los que más lo necesitan. La incidencia política y ciudadana ha sido una herramienta fundamental a la hora de perseguir los objetivos de los proyectos de enfermedades olvidadas y desafiar políticas e intereses que perpetúan la falta de acceso a diagnósticos y tratamientos.



Consulta médica en el hospital Mpilo de Bulawayo, Zimbabwe. © JUAN CARLOS TOMASI

Retos médicos y operacionales

Aumentar el impacto directo de nuestra acción implica reforzar nuestra presencia y acción en el segundo nivel de atención: el hospitalario. Lejos de estar satisfechos, debemos admitir que el resultado del trabajo, la perseverancia, la visión y, en muchos casos, la imaginación de nuestros equipos ha dado resultados remarcables a lo largo del año. Por su volumen y su impacto en las estrategias de prevención de la desnutrición, es importante destacar la distribución de un suplemento nutricional adaptado que se hizo en Níger en 2010.

Los avances en nuestra acción fueron más modestos en otras áreas prioritarias como obstetricia y ginecología, vacunación y enfermedades crónicas. Sin duda, se nos quedaron cosas importantes por el camino. Debemos continuar exigiéndonos un trabajo más organizado y constante de seguimiento de la calidad de nuestra atención, así como de la pertinencia y el impacto de nuestros proyectos. Continuamos encontrando dificultades para responder adecuadamente a las necesidades complejas de las víctimas de violencia sexual y de género. A pesar

de los éxitos y los esfuerzos, continuamos estando parcialmente satisfechos de nuestra capacidad de articular estrategias de incidencia que complementen nuestra acción en el terreno y supongan una influencia positiva para las poblaciones con las que trabajamos.

Tenemos que seguir trabajando duro en entornos muy complejos, donde factores como la inseguridad generalizada, las hostilidades y barreras burocráticas, las dificultades de coordinación, las deficiencias del sistema de ayuda, el oportunismo, la ineficiencia o las ambigüedades merman la ayuda. Para ello debemos reforzar nuestra capacidad de incidencia, con la legitimidad que nos confieren nuestros socios y colaboradores, y buscar nuevos elementos de apoyo. Por ejemplo, Latinoamérica está llena de oportunidades para reforzar nuestra respuesta a emergencias, las relaciones con la comunidad científica o temas de comunicación.

Nada de lo que estamos hablando sería posible sin vosotros. La más que generosa aportación de la sociedad tras el terremoto en Haití contrarrestó en cierta

medida los efectos esperados de la crisis económica. La campaña de incidencia ciudadana y de captación de fondos, *Pastillas contra el dolor ajeno*, tuvo una enorme repercusión, tanta que seguiremos con ella en 2011. El aumento de los socios, más de 266.000 en España a finales de 2010, volvió a exceder nuestras expectativas. El sólido respaldo que nos brindáis permitió invertir más esfuerzos y recursos que nunca en la misión social de MSF. En ello estamos. Gracias.

Proyectos MSF 2010

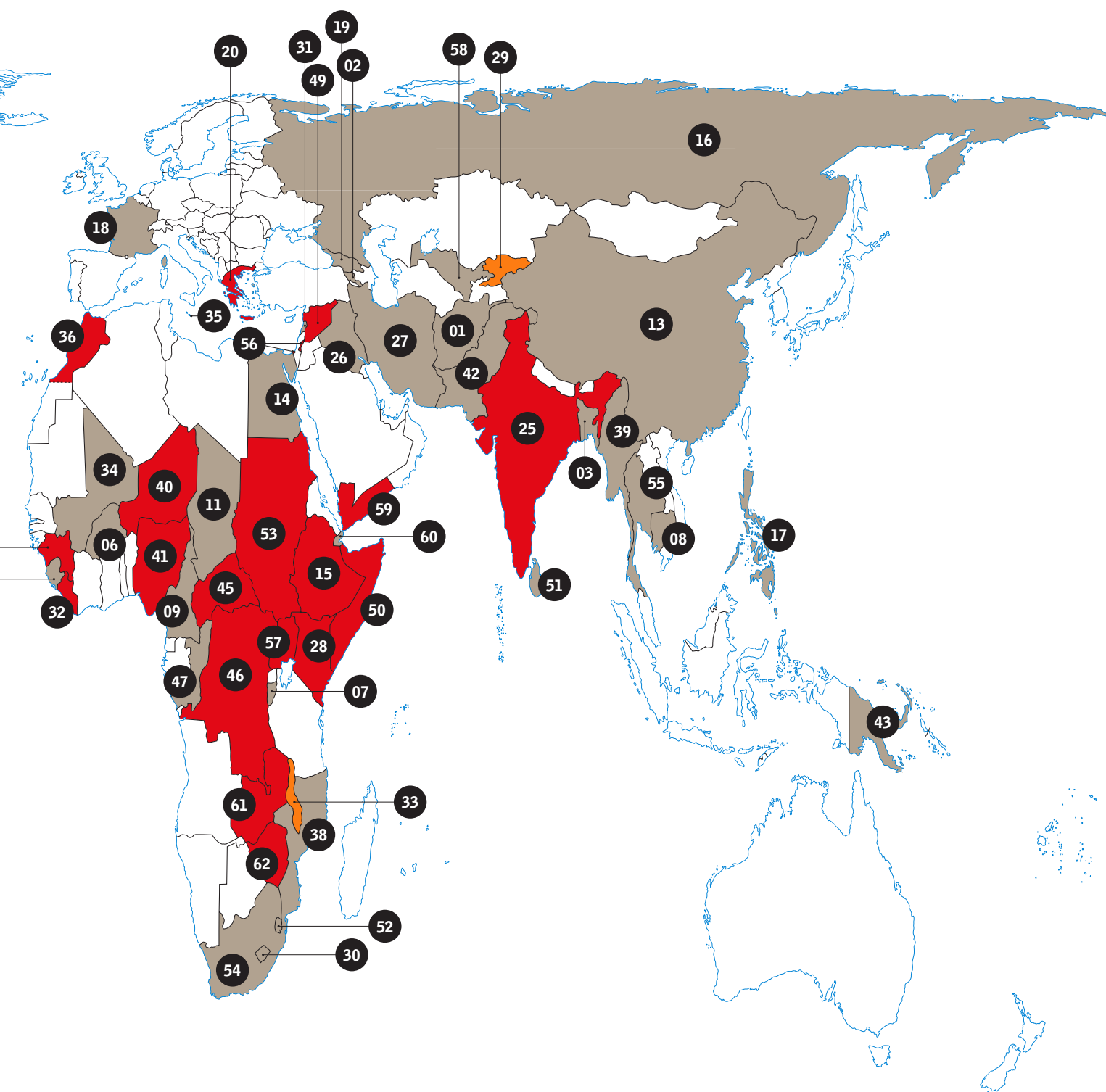
Países con proyectos de MSF España

Países con intervenciones de emergencia de MSF España

Países con proyectos de otras secciones de MSF

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 01 Afganistán | 34 Malí |
| 02 Armenia | 35 Malta |
| 03 Bangladesh | 36 Marruecos |
| 04 Bolivia | 37 México |
| 05 Brasil | 38 Mozambique |
| 06 Burkina Faso | 39 Myanmar |
| 07 Burundi | 40 Níger |
| 08 Camboya | 41 Nigeria |
| 09 Camerún | 42 Pakistán |
| 10 Colombia | 43 Papúa Nueva Guinea |
| 11 Chad | 44 Paraguay |
| 12 Chile | 45 República |
| 13 China | Centrafricana (RCA) |
| 14 Egipto | 46 República Democrática |
| 15 Etiopía | del Congo (RDC) |
| 16 Federación | 47 República del Congo |
| Rusa | 48 Sierra Leona |
| 17 Filipinas | 49 Siria |
| 18 Francia | 50 Somalia |
| 19 Georgia | 51 Sri Lanka |
| 20 Grecia | 52 Suazilandia |
| 21 Guatemala | 53 Sudán |
| 22 Guinea-Conakry | 54 Suráfrica |
| 23 Haití | 55 Tailandia |
| 24 Honduras | 56 Territorios Palestinos |
| 25 India | Ocupados |
| 26 Irak | 57 Uganda |
| 27 Irán | 58 Uzbekistán |
| 28 Kenia | 59 Yemen |
| 29 Kirguizistán | 60 Yibuti |
| 30 Lesoto | 61 Zambia |
| 31 Líbano | 62 Zimbabue |
| 32 Liberia | |
| 33 Malawi | |





Resumen de operaciones 2010



Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional presente en 60 países con más de 425 proyectos*. Detrás de cada uno, hay un enorme trabajo de gestión, logística, finanzas, recursos humanos, captación de fondos y comunicación, que se lleva a cabo a través de las 19 secciones de MSF en Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Hong-Kong, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza.

A continuación presentamos un resumen de las operaciones de MSF en su conjunto y los datos correspondientes a la sección española:

Mayores intervenciones por gastos de proyectos

MSF Internacional

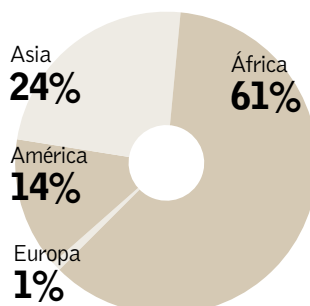
- 1 Haití
- 2 República Democrática del Congo
- 3 Sudán
- 4 Níger
- 5 Pakistán
- 6 Somalia
- 7 Chad
- 8 Zimbabue
- 9 Nigeria
- 10 República Centroafricana

MSF España

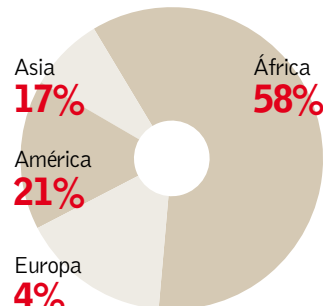
- 1 Haití
- 2 República Centroafricana
- 3 Níger
- 4 República Democrática del Congo
- 5 Zimbabue
- 6 Etiopía
- 7 Yemen
- 8 Sudán (Darfur)
- 9 Colombia
- 10 Sur de Sudán

Localización de proyectos

MSF Internacional

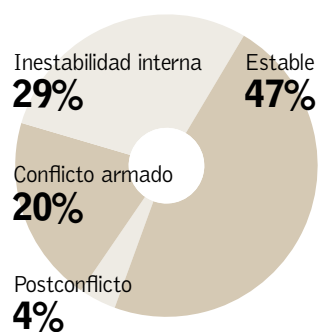


MSF España



Contextos de intervención

MSF Internacional

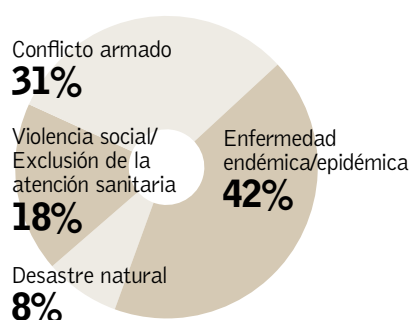


MSF España



Motivos de intervención

MSF Internacional



MSF España



* Fuente: Memoria MSF Internacional 2010.

Principales actividades

Relación no exhaustiva.
Sólo actividades en las que MSF presta atención directa a pacientes. La actividad puede incluir diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos.

Actividad	Definición	Total MSF Internacional	Total MSF España
Consultas externas	Nº total de consultas externas. Incluye consultas de planificación familiar y control prenatal	7.334.066	1.122.716
Hospitalizaciones	Nº total de pacientes ingresados. Incluye pacientes en CNT hospitalarios	362.266	43.732
Malaria	Nº total de casos confirmados tratados	983.425	231.008
Centro nutrición terapéutica (CNT)	Nº total de niños con desnutrición severa tratados en CNT hospitalarios y ambulatorios	301.297	49.091
Centro nutrición suplementaria (CNS)	Nº de niños con desnutrición moderada tratados en CNS	69.258	6.772
Partos	Nº total de mujeres que dieron a luz, incluidas cesáreas	151.197	17.198
Violencia sexual	Nº total de casos de violencia sexual atendidos médicamente	10.430	1.977
Cirugía	Nº total de intervenciones de cirugía mayor incluida cirugía obstétrica con anestesia general o espinal	58.326	5.174
Violencia directa	Nº total de intervenciones médicas y quirúrgicas por violencia directa	39.993	3.943
VIH	Nº total de pacientes con VIH registrados y atendidos a final de año	210.450	12.744
Tratamiento ARV	Nº total de pacientes en tratamiento antirretroviral de primera línea a final de año	180.868	13.843
Tratamiento ARV 2ª línea	Nº total de pacientes en tratamiento antirretroviral de segunda línea a final de año. Fracaso del tratamiento de primera línea	2.936	410
PTMH (madres)	Nº de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron tratamiento para prevenir la transmisión de madres a hijos	10.854	1.508
PTMH (hijos)	Nº de bebés elegibles nacidos en 2010 que recibieron tratamiento post-exposición	9.745	1.256
Tuberculosis	Nº total de admisiones para tratamiento de tuberculosis (TB) de 1ª y 2ª línea	31.249	233
Kala azar	Nº de nuevas admisiones para tratamiento	8.128	1.983
Chagas	Nº de nuevas admisiones para tratamiento	1.254	1.220
Tripanosomiasis humana africana	Nº total de nuevas admisiones para tratamiento de la tripanosomiasis humana africana (THA)	1.293	382
Salud mental (individual)	Nº total de consultas individuales	163.799	20.938
Salud mental (grupo)	Nº total de sesiones grupales de asesoramiento o apoyo	24.794	16.428
Cólera	Nº de casos tratados	174.220	30.148
Vacunación sarampión (brote)	Nº total de personas vacunadas en respuesta a un brote epidémico	4.542.353	522.604
Sarampión	Nº total de casos de sarampión tratados	188.704	32.802
Vacunación meningitis (brote)	Nº total de personas vacunadas en respuesta a un brote epidémico	1.339.873	137.082
Meningitis	Nº total de casos tratados	5.911	317
Artículos de primera necesidad	Nº de familias receptoras de artículos de primera necesidad	341.507	95.280
Distribución de agua	Nº de litros de agua clorada distribuidos	577.000.000	3.060



© ANNA SURINVACH



© MSF



© MSF

Bolivia-Paraguay

Nuevo proyecto en la región del Chaco

El Chagas es una de las enfermedades parasitarias que más personas mata en América. La región del Gran Chaco, que abarca Paraguay, Argentina y Bolivia es endémica de esta enfermedad, siendo Bolivia el país más afectado.

Bolivia

En el departamento de Cochabamba, Bolivia, MSF ha integrado el tratamiento y diagnóstico del Chagas en los centros de salud rurales. El personal de MSF diagnostica y trata tanto a adultos como a niños. Llegar a los centros de salud puede ser complicado, por ello, el personal de MSF ofrece diagnóstico y tratamiento en 26 comunidades rurales, además de los hospitales de Aiquile, Pasorapa y Omereque. Más de 1.450 personas fueron diagnosticadas y 781 empezaron tratamiento en 2010.

En la ciudad de Cochabamba, MSF trabajó en 18 centros de salud, integrando la atención de Chagas en los servicios médicos generales. Durante 2010 se confirmaron 1.085 casos y 436 personas afectadas empezaron tratamiento. El proyecto ha sido traspasado al Ministerio de Salud en 2011.

MSF también trabaja en la prevención de la enfermedad. El Chagas se transmite a los humanos por la picadura de un insecto llamado vinchuca y es de vital importancia evitar que los pacientes que ya han finalizado el tratamiento se reinfecten. MSF forma a los pacientes para que evalúen la presencia de la vinchuca en sus casas.

En mayo de 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre el Chagas que incluía la integración del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad en la atención primaria de salud para todos los pacientes, el refuerzo del tratamiento en países endémicos y la promoción de investigación operacional para desarrollar un test de cura accesible y válido. Este gran paso adelante debería mejorar la atención y tratamiento de millones de personas.

Paraguay

En noviembre de 2010, MSF empezó a diagnosticar y tratar el Chagas en Paraguay, en el departamento de Boquerón, en el Chaco paraguayo, una zona semidesértica y con poca densidad demográfica donde el acceso a la salud es muy pobre. Los equipos visitan pueblos remotos y han formado al personal sanitario para tratar y diagnosticar la enfermedad. Además, el laboratorio principal del hospital regional ha sido equipado para confirmar la enfermedad. El primer grupo de pacientes terminó su tratamiento en mayo de 2011.

Desde el proyecto de Bolivia, se envió el "Bus Chagas" a Boquerón para recorrer colegios y pueblos, dando información y educación sobre la enfermedad y sobre cómo prevenir su transmisión.

Chile

Asistencia a los más vulnerables tras el terremoto

La madrugada del 27 de febrero de 2010, Chile sufrió un terremoto de 8,8 grados en la escala de Richter. En el segundo sismo más fuerte de la historia del país murieron 497 personas, quedaron destruidas cerca de 500.000 viviendas y hubo casi dos millones de damnificados. Además, muchas personas se vieron afectadas por el daño causado a las estructuras médicas y la falta de atención médica y apoyo de salud mental.

Gracias a que la sociedad y las autoridades chilenas tenían capacidad para responder a muchas de las necesidades de la población, tres equipos de MSF concentraron sus esfuerzos en las zonas más necesitadas de las regiones del Maule y de Bío Bío.

Además de distribuir material médico a hospitales y puestos de salud en las zonas más afectadas, los equipos realizaron consultas médicas a través de clínicas móviles. Mientras, un equipo de psicólogos ayudó a capacitar a personal sanitario y voluntario del país para responder a las necesidades psicosociales de la población, al tiempo que atendía a personas que sufrían de stress postraumático.

La intervención de MSF se dio por finalizada cuando las necesidades de atención médica se habían normalizado, aunque en algunas zonas muchas personas permanecían en albergues y campamentos.

Bolivia

Población diana **348.356**

RRHH nacionales **43,32**

RRHH internacionales **6,05**

Gastos por país **983.806**

Chagas **1.217**

Paraguay

Población diana **51.398**

RRHH internacionales **6,28**

Gastos por país **659.887**

Población diana **25.000**

RRHH internacionales **0,59**

Gastos por país **496.819**

Salud mental (individual) **80**

Salud mental (grupo) **71**



© MADS NISSEN



© JULIE RÉMY



© JULIA KOURAFA

Colombia

Víctimas del desplazamiento y la violencia

El año 2010 estuvo marcado por la desmovilización formal de grupos paramilitares que habían vuelto a aparecer en varias zonas de Colombia y la investidura de Juan Manuel Santos como presidente. La violencia en el país, agravada por problemas estructurales, sigue impidiendo que muchas personas tengan un buen acceso a la salud.

Durante 2010, MSF trabajó en varias zonas de los departamentos de Caquetá, Cauca, Putumayo y Nariño, en el sur del país, con el objetivo de atender a las poblaciones más afectadas por el conflicto armado. Los equipos trabajaron principalmente con clínicas móviles en las zonas rurales para ofrecer atención primaria a los desplazados y confinados por el conflicto. Conseguir y mantener el acceso a las zonas rurales más vulnerables es el principal reto de MSF en Colombia. En total, se realizaron más de 35.000 consultas externas.

La atención de salud mental es un componente básico en todos los proyectos de MSF en Colombia. Además de ofrecer atención directa a los pacientes, la organización presentó en 2010 el informe *Tres veces víctimas*, en el que, en base a los datos del proyecto en Caquetá, documenta el impacto del conflicto armado en la salud mental de la población y pide más recursos para atender a las personas que lo necesitan.

Etiopía

Asistencia a víctimas de la violencia y refugiados

En 2010, MSF amplió sus proyectos de Deghabur y Liben, en la región de Ogadén, de etnia somalí, que lleva sufriendo años de violencia relacionada con el conflicto en Somalia.

En el hospital estatal de Deghabur, MSF siguió reforzando los niveles de atención primaria y secundaria, con apoyo completo a los servicios de cirugía, salud materno-infantil, VIH/sida y tuberculosis, entre otros. Se incrementaron las clínicas móviles para cubrir áreas rurales aisladas por el conflicto, sobre todo las controladas por grupos rebeldes con difícil acceso al hospital. En Liben, se da apoyo tanto a los refugiados somalíes como a la población local, con un enfoque prioritario en los primeros por su vulnerabilidad. El proyecto cubre el campo de tránsito de Dolo y los de refugiados de Bogolmayo y Malkalida, donde se hacían cerca de 65.000 personas. El refuerzo al hospital de Dolo Ado beneficia también a la población local, cuya atención sanitaria era antes limitada.

MSF intervino en la región de los Pueblos del Sur (SNNPR por sus siglas en inglés), en respuesta a epidemias de cólera y de sarampión. Este último produjo a su vez un serio problema de desnutrición infantil; MSF distribuyó alimentos terapéuticos y medicinas, y reforzó el programa nutricional de la zona.

Grecia

Atención a migrantes y solicitantes de asilo

Grecia se ha convertido en país de destino para muchos migrantes y es puerta de entrada a Europa para otros. Cada año, cientos de miles son detenidos al entrar en el país y sólo se conceden un 3% de las solicitudes de asilo presentadas.

En julio de 2009, MSF inició un proyecto de apoyo psicosocial en los centros de detención de Evros y Rodopi, al norte de Grecia, y en la isla de Mitilini al noreste del Egeo, donde prestó asistencia a un total de 10.000 personas. Tras el cierre del centro de detención de Mitilini y con las necesidades de los migrantes siendo cubiertas por las autoridades, MSF se retiró en junio de 2010.

A finales de año la situación en los centros de detención de migrantes en Evros volvió a empeorar. La gente dormía en el suelo de los lavabos, y hombres, mujeres y niños compartían las mismas celdas. En diciembre, MSF lanzó una intervención de emergencia para dar atención médica y mejorar las condiciones de vida e higiene en dichos centros. En las comisarías fronterizas de Tycherio y Soufli, los equipos atendieron a personas principalmente con infecciones respiratorias y cutáneas, distribuyeron artículos de primera necesidad y mejoraron las condiciones de saneamiento.

En septiembre de 2010, MSF realizó una exploratoria en Turquía para evaluar la situación de los migrantes y solicitantes de asilo en el país.

Población diana **116.483**

RRHH nacionales **88,73**

RRHH internacionales **23,24**

Gastos por país **3.262.008**

Consultas externas **35.777**

Consultas prenatales **938**

Violencia sexual **80**

Salud mental (individual) **3.807**

Salud mental (grupo) **968**

Población diana **478.768**

RRHH nacionales **320,54**

RRHH internacionales **20,06**

Gastos por país **4.250.715**

Consultas externas **45.276**

Malaria **1.598**

Hospitalizaciones **2.470**

CNT hospitalario **1.233**

CNT ambulatorio **5.823**

Consultas prenatales **6.466**

Vacunación sarampión (brote) **15.436**

Sarampión **17.734**

Población diana **14.000**

RRHH nacionales **7,53**

RRHH internacionales **0,67**

Gastos por país **405.456**

Consultas externas **189**

Salud mental (individual) **171**

Salud mental (grupo) **17**



© MARCELL NIMFUEHR

Guatemala

Asistencia a víctimas de desastres

A finales de mayo, Ágata, la primera tormenta tropical del año, azotó Guatemala por la costa del Pacífico, afectando a 200 municipios del país. Los derrumbes y las inundaciones resultantes causaron la muerte de al menos 174 personas, mientras que hubo unos 105.000 damnificados. Tres días antes de la tormenta, hubo una fuerte explosión del volcán Pacaya, situado a 30 kilómetros de la capital guatemalteca.

Debido a los dos desastres simultáneos, un equipo de MSF, ubicado en la oficina regional para emergencias de la organización en Panamá, se desplazó rápidamente a Guatemala, donde llevó a cabo tres misiones exploratorias para evaluar las necesidades médicas y la situación epidemiológica en las zonas afectadas por las inundaciones.

MSF decidió intervenir en áreas de la ribera del Motagua, las más afectadas por la inundación, especialmente en los departamentos de Izabal y Zacapa, donde los habitantes de varios municipios tuvieron que ser alojados en albergues o en domicilios de familias de acogida.

El equipo de emergencias ofreció atención médica y apoyo psicológico a los damnificados, distribuyó kits de higiene y plásticos para cobijo entre la población, donó medicamentos y material médico a numerosos centros de salud de ambos departamentos, y realizó actividades de agua y saneamiento.

Población diana	70.000
RRHH internacionales	0,84
Gastos por país	221.080
Consultas externas	1.194
Consultas prenatales	20
Salud mental (individual)	125
Salud mental (grupo)	161
Artículos primera necesidad	16.282



© SPENCER PLATT

Haití

Dos grandes emergencias en un año

Haití sufrió dos catástrofes de enorme magnitud en un solo año: el terremoto de enero y la epidemia de cólera que comenzó en octubre. Varias secciones de MSF llevaban ya 20 años trabajando en este país aquejado de una falta de acceso a la salud por gran parte de la población y de altos niveles de violencia.

La sección española de MSF entró en acción para responder al terremoto, dando apoyo al hospital de Saint-Michel en Jacmel, al suroeste del país, con actividades de emergencia, cirugía, pediatría y maternidad. En 2010 se practicaron 1.346 intervenciones quirúrgicas y se asistieron 1.778 partos. En la capital, Puerto Príncipe, se habilitó un hospital de 80 camas en una antigua clínica dental en la zona de Bicentenaire, rodeada por cinco campos de desplazados por el terremoto. El hospital ofrece servicios de urgencias y en 2010 ingresaron 1.000 niños y casi otros tantos adultos.

Cuando estalló la epidemia de cólera en octubre, los equipos de MSF montaron centros de tratamiento de cólera para dar respuesta a los miles de afectados. Tras un año, la fase de emergencia dio paso a la fase de reconstrucción en la cual se encuentra actualmente Haití. Por ello, el hospital de Saint-Michel se traspasó en febrero al Ministerio de Salud y el de Bicentenaire se cerrará en julio de este año.

Población diana	3.785.874
RRHH nacionales	246,29
RRHH internacionales	46,13
Gastos por país	14.931.390
Consultas externas	54.383
Hospitalizaciones	5.569
Partos	1.778
Cirugía	1.346
Salud mental (individual)	10.184
Salud mental (grupo)	3.299
Cólera	21.918
Artículos primera necesidad	78.400
Distribución de agua	3.060



© JUAN CARLOS TOMASI

Honduras

Intervención por dengue hemorrágico

En 2010, Honduras sufrió un aumento significativo de casos de dengue, enfermedad viral endémica en América Central, con una preocupante alta prevalencia de dengue hemorrágico. MSF se centró en asistir a los enfermos y en evitar nuevas infecciones en la capital, Tegucigalpa, donde se constató el índice más alto de afectados.

Aunque las autoridades sanitarias locales pudieron responder a la mayoría de casos, el hospital de referencia para el dengue no daba abasto ante la gran afluencia de pacientes. Además, aunque la mayoría de muertes se daban entre la población infantil, las unidades descentralizadas del país sólo estaban habilitadas para tratar a adultos.

Ante esta situación, MSF reacondicionó una sala de emergencia en el hospital San Felipe, en los suburbios de Tegucigalpa, que ofreció atención a niños con síntomas de la enfermedad. Ya en su segundo día de actividades, la sala trabajaba a plena capacidad.

El equipo también se ocupó de ofrecer información y soporte emocional a las familias de los niños hospitalizados. Además, MSF identificó y eliminó focos infecciosos en más de 1.500 viviendas de la región periférica de Tegucigalpa, evitando así la propagación del mosquito transmisor de la enfermedad.

Población diana	57.022
RRHH internacionales	1,33
Gastos por país	170.654
Fiebre hemorrágica (dengue)	155



© P. K. LEE

India

Kala azar y desnutrición en el estado de Bihar

El estado de Bihar, en el noreste de India, es la zona del mundo con mayor prevalencia de leishmaniasis visceral (kala azar), una enfermedad parasitaria mortal si no se trata. Desde 2007, MSF trabaja en el distrito de Vaishali, proporcionando diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad que afecta sobre todo a las castas más desfavorecidas de la sociedad. Para acercar el tratamiento a todos los enfermos, MSF trabaja en varios centros de atención primaria y en el hospital de referencia del distrito, y también organiza “campos de tratamiento” en lugares donde no hay atención básica de salud. Los enfermos son tratados con anfoterina B liposomal, uno de los fármacos más eficaces y con menos efectos secundarios que existen en la actualidad. Durante 2010, MSF trató a más de 1.900 personas.

En el distrito de Darbhanga, MSF ofrece atención médica a niños entre 6 meses y 5 años que sufren desnutrición aguda severa. Mediante un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, MSF pretende disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la desnutrición. Durante el pasado año, más de 4.000 niños recibieron tratamiento, la mayoría en régimen ambulatorio. Sólo en los casos más graves, los niños se quedan ingresados en el centro de nutrición hospitalaria de 20 camas que la organización tiene en la localidad de Biraoul.



© SERENE ASSIR

Kenia

Asistencia a refugiados somalíes

El año 2010 se caracterizó por el traspaso del proyecto de VIH/sida de Busia al Ministerio de Salud y la apertura de dos proyectos en la frontera somalí centrados en salud materno-infantil, tuberculosis, nutrición y víctimas de la violencia.

Tras evaluar el programa de VIH/sida en Busia, abierto hace 10 años, MSF consideró cubiertos sus objetivos y adecuado su traspaso al sistema público. El proceso culminó con la identificación de una organización especializada en sida que dará continuidad al proyecto.

La provincia Noreste de Kenia registra los peores indicadores de pobreza y subdesarrollo. Por su cercanía con Somalia, es receptora de refugiados y está afectada por el conflicto. MSF inició un proyecto en Ijara para mejorar la asistencia general a estas personas mediante el refuerzo de las estructuras del Ministerio de Salud.

El campo de refugiados de Dadaab, a 70 kilómetros de Somalia, es el mayor del mundo. Con cabida para 90.000 personas, en 2010 ya se contaban más de 300.000, con 65.000 nuevas llegadas desde 2009. Ese año se planificó su ampliación, pero la falta de acuerdo entre el Gobierno keniano y el ACNUR paralizó el inicio de actividades de MSF, previsto con la extensión. El equipo evaluó las necesidades de los miles de nuevos refugiados, forzados a asentarse fuera del campo, y siguió trabajando para poderles asistir.



© ALEXANDER GLADYEV

Kirguizistán

Atención a desplazados y víctimas de violencia

En junio de 2010, tras una escalada de tensiones políticas entre fuerzas del gobierno y de la oposición, y la huida del presidente del país, Kirguizistán se vio inmerso en una crisis que, además de manifestaciones y fuertes represiones, también generó enfrentamientos violentos entre uzbekos y kirguises en el sur del país. Durante la crisis murieron más de 200 personas, otras 2.000 resultaron heridas y unas 400.000 huyeron a Uzbekistán.

Tras llevar a cabo una exploratoria para evaluar las necesidades médicas, MSF comenzó a ofrecer asistencia básica a personas que tenían dificultades para acceder a los servicios de salud. Las actividades se fueron adaptando a distintas situaciones y necesidades: movimientos de desplazados, retorno de refugiados, restricciones de movimientos, etc.

MSF también donó medicinas y material médico y quirúrgico a diversas estructuras de salud, realizó actividades de agua y saneamiento, y distribuyó artículos de primera necesidad entre los desplazados y otras personas en situación precaria. Entre julio y septiembre, las clínicas móviles de MSF realizaron actividades de salud mental y formaron a personal del Ministerio de Salud para dar apoyo a civiles afectados por los disturbios, a víctimas de violencia sexual y a personas excluidas de la atención sanitaria.

Población diana **4.825.620**

RRHH nacionales **136,11**

RRHH internacionales **14,59**

Gastos por país **2.156.976**

Malaria **156**

CNT ambulatorio **4.270**

Kala azar **1.972**

Vacunación sarampión (brote) **3.499**

Población diana **871.364**

RRHH nacionales **86,73**

RRHH internacionales **7,83**

Gastos por país **1.910.755**

Consultas externas **4.498**

VIH **717**

Tratamiento ARV **462**

PTMH (madres) **28**

PTMH (hijos) **10**

Cólera **784**

RRHH internacionales **0,49**

Gastos por país **556.610**



© DORIS BURTSCHER

Liberia

Traspaso y cierre de operaciones

MSF empezó a trabajar en el hospital Benson, en la capital del país, Monrovia, a finales de 2005. La intervención se centró en la atención secundaria gratuita –pediatría, obstetricia y ginecología– en dicho hospital y en la atención a víctimas de violencia sexual y de género en el barrio de Paynesville, que fue traspasado a otra organización en 2009.

Tras la larga guerra que destruyó por completo las infraestructuras del país entre 1989 y 2003, Liberia se ha ido estabilizando, MSF ha reducido su papel en el país y el gobierno ha aumentado el suyo. Durante la fase de reconstrucción, los programas a medio y largo plazo han ido sustituyendo a los de emergencia.

Aunque la recuperación es lenta, el Ministerio de Salud y Bienestar Social ha sido capaz de asumir sus responsabilidades. A principios de 2010, MSF seguía gestionando el hospital Benson, donde atendía a más de 20.000 mujeres y niños al año, al tiempo que iba traspasando sus actividades a las autoridades. Para evitar vacíos asistenciales, MSF rehabilitó otro hospital y transfirió allí los servicios. Después donó al Ministerio de Salud estas nuevas instalaciones, así como medicinas y material médico suficientes para cubrir las necesidades hasta el final de 2010. El traspaso concluyó en junio de ese año, tras lo cual MSF cerró sus operaciones en Liberia.

Población diana **331.691**

RRHH internacionales **5,7**

Gastos por país **1.694.104**

Hospitalizaciones **3.431**

Partos **623**

Cirugía **1.120**

PTMH (madres) **1**

PTMH (hijos) **6**

Sarampión **390**

Meningitis **56**

Vacunación sarampión (rutina) **352**



© NABILA KRAM

Malawi

Vacunación masiva de sarampión

Desde 2009, varios países del sur de África, entre ellos Malawi, han sufrido epidemias de sarampión. A mediados de julio, según cifras oficiales, más de 9.000 personas habían contraído la enfermedad y 44 habían muerto, mientras que el umbral epidémico se había superado en 23 de los 28 distritos del país. El sarampión es una de las principales causas de muerte en niños y adolescentes en todo el mundo.

Tras realizar una misión exploratoria en los distritos de Balaka y Machinga, al sur del país, MSF llevó a cabo una campaña de vacunación en la que inmunizó a casi medio millón de niños de entre 6 meses y 15 años de edad. Los equipos de la organización también dieron apoyo a las autoridades para mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento de casos, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad por sarampión en los distritos de Balaka, Machinga y Ntcheu. Asimismo, MSF formó al personal nacional en numerosos centros de salud y en los hospitales de distrito sobre los protocolos de tratamiento del sarampión, y distribuyó material médico esencial para combatirlo.

Gracias a su presencia y trabajo en el terreno, MSF también pudo dar apoyo al Ministerio de Salud de Malawi para el lanzamiento de una campaña de vacunación nacional, que acabó inmunizando a un total de cinco millones de niños contra el sarampión.

Población diana **1.365.993**

RRHH internacionales **2,40**

Gastos por país **809.367**

Vacunación sarampión (brote) **465.845**

Sarampión **8.084**



© ANNA SURINVACH

Marruecos

Asistencia a migrantes subsaharianos

Desde 2005 cada vez es más difícil para los migrantes subsaharianos alcanzar Europa a través de España, y su estancia media en Marruecos se ha prolongado. Agotados por un viaje en el que han invertido todo su dinero, muchos no quieren ni pueden regresar a sus países. En las ciudades marroquíes se han detectado nuevos sistemas de violencia, explotación sexual y trabajos forzados, probablemente vinculados a redes de traficantes de personas. A esto se suman las precarias condiciones de higiene y hacinamiento en las que viven los migrantes. Además, el número de mujeres ha aumentado entre ellos y, por ende, los problemas de salud reproductiva, embarazos no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual.

En 2010 la situación en la zona fronteriza de Oujda siguió deteriorándose con la afluencia de más subsaharianos, aumentando las deportaciones a Argelia durante todo el año. MSF continuó con su proyecto en Oujda, donde prestó asistencia médica preventiva y curativa, y facilitó el acceso de los migrantes al sistema sanitario marroquí. El equipo también atendió a mujeres y niños víctimas de violencia y de explotación sexual. Por otro lado, MSF presionó a las autoridades, recordándoles su obligación de respetar la salud y dignidad de los migrantes, y publicó informes que documentan la violencia y los abusos ejercidos contra ellos.

Población diana **14.000**

RRHH nacionales **21,38**

RRHH internacionales **5,81**

Gastos por país **557.772**

Consultas externas **2.588**

Violencia directa **212**

Violencia sexual **19**

Salud mental (individual) **182**

Salud mental (grupo) **48**



© JOHN STANMEYER



© YANN LIBESART



© SILVIA FERNÁNDEZ

México

Violencia contra migrantes

México tiene un doble discurso en migración: como principal país con emigrados a EEUU, exige políticas para los suyos; como país de tránsito de migrantes, la mayoría centroamericanos, no les ofrece asistencia. Según el *Informe Internacional de Migraciones de 2010*, el 30% de los migrantes huye de la violencia en sus países. Se estima que por México pasan hasta 450.000 al año.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y Amnistía Internacional calculan en 20.000 los migrantes secuestrados al año, cuyos familiares en EEUU o en Centroamérica deben pagar un rescate. El secuestro de migrantes es el segundo negocio más lucrativo para los grupos de narcotraficantes del país.

Durante su viaje, los migrantes también son víctimas de extorsiones por parte de muchos colectivos, desde conductores de tren a comerciantes, pasando por estamentos policiales y de las Fuerzas Armadas. Otro factor añadido es la violencia sexual, de la que 6 de cada 10 mujeres son víctimas en algún momento del trayecto.

A principios de 2010, MSF realizó una misión exploratoria en la frontera sur de México con Guatemala, que concluyó con la decisión de abrir un proyecto en la zona de Chiapas y Oaxaca para asistir a migrantes en tránsito, con especial atención en violencia general y sexual, accidentes, salud mental y enfermedades crónicas.

Níger

Tratamiento de la desnutrición y emergencias

Todos los años, Níger sufre una crisis nutricional que alcanza su nivel más alto durante el periodo de escasez entre cosechas, entre mayo y septiembre. En 2010 ésta fue especialmente grave para los niños de corta edad.

En junio se declaró una crisis nutricional en el departamento de Tahoua. MSF puso en marcha una intervención de emergencia en los distritos de Madaoua y Bouza, donde también tenía proyectos regulares. En total, los equipos trataron a unos 22.000 niños menores de 5 años en centros nutricionales ambulatorios y más de 3.000 fueron ingresados en centros de rehabilitación nutricional intensiva. De agosto a octubre, MSF distribuyó alimentos preparados suplementarios a más de 128.000 familias con niños de entre 6 y 23 meses, como tratamiento preventivo de la desnutrición aguda severa.

En abril se registró una epidemia de meningitis en Madaoua. En colaboración con las autoridades sanitarias, MSF vacunó a más de 60.000 personas. Durante un brote de malaria en agosto, los equipos atendieron a más de 14.000 pacientes y repartieron más de 90.000 mosquiteras en Bouza y Madaoua.

En Agadez, MSF siguió prestando asistencia médico-humanitaria a desplazados y migrantes, con énfasis en la salud materna. Tras una epidemia de meningitis en mayo, se puso en marcha una campaña de vacunación que benefició a casi 77.000 personas.

Población diana **754.449**

RRHH nacionales **241,91**

RRHH internacionales **19,30**

Gastos por país **6.122.827**

Consultas externas **156.434**

Malaria **52.461**

CNT hospitalario **3.015**

CNT ambulatorio **22.147**

Apoyo nutricional selectivo **128.685**

Consultas prenatales **10.608**

Vacunación sarampión (brote) **16.786**

Vacunación meningitis (brote) **137.082**

Población diana **350.000**

RRHH internacionales **0,75**

Gastos por país **33.644**

Nigeria

Salud primaria y reproductiva en una megaurbe

Lagos, con una población estimada de 18 millones de personas, es la ciudad más poblada de Nigeria. Miles de personas viven en zonas marginales, en pésimas condiciones de higiene y saneamiento, y sin infraestructuras o servicios básicos. En julio de 2010, MSF empezó a trabajar en el centro de salud Aiyetoro, en el suburbio de Makoko, donde proporciona servicios de salud primaria y reproductiva, consultas pre y postnatales, hospitalización y urgencias. Hasta finales de año se realizaron más de 20.000 consultas. La malaria y las infecciones respiratorias fueron las enfermedades más comunes entre los pacientes. Además del centro de salud, MSF también empezó a trabajar con clínicas móviles en los suburbios de Otto y Badia.

Por otra parte, MSF traspasó su proyecto en el distrito de Ogbia, estado de Bayelsa, a las autoridades locales y nacionales en abril. En los primeros meses del año, la organización realizó 4.700 consultas externas y vacunó a 5.400 niños contra el sarampión.

Nigeria es un país propenso a las emergencias. Durante 2010, MSF apoyó una campaña de vacunación de sarampión en el estado de Kaduna, donde se inmunizaron más de 15.500 niños. Además, la organización hizo varias exploratorias por brotes de cólera y finalmente intervino en el estado de Yobe.

Población diana **2.899.457**

RRHH nacionales **59,92**

RRHH internacionales **12,16**

Gastos por país **2.064.005**

Consultas externas **26.571**

Malaria **5.622**

Consultas prenatales **4.797**

Vacunación sarampión (brote) **21.038**

Sarampión **2.626**



© SARAH ELLIOTT

República Centroafricana

Lucha por la atención sanitaria

En la República Centroafricana, la mayoría de la población vive en áreas aisladas y azotadas por años de conflicto entre grupos rebeldes y fuerzas gubernamentales. La población se enfrenta a numerosas dificultades de acceso a la salud, a causa de una gravísima carencia en instalaciones médicas operativas, medicamentos y personal cualificado.

En el noroeste del país, el hospital de Batangafo sigue ofreciendo servicios de consultas externas, maternidad, pediatría y cirugía. Asimismo, se ofrece diagnóstico y tratamiento para la enfermedad del sueño y otras enfermedades como la malaria, que sigue siendo la causa más frecuente de consultas, con casi 60.000 casos en 2010. En Kabo, MSF atiende a desplazados afectados por la violencia. El miedo constante y los problemas de acceso a los cultivos, así como a los centros de salud, han debilitado mucho su situación. En Ndele, el equipo empezó a trabajar en julio de 2010 en el hospital y se desplegaron clínicas móviles a las poblaciones cercanas.

En el sureste del país, el proyecto de Boda finalizó en octubre de 2010, una vez la situación nutricional mejoró considerablemente. Sin embargo, el proyecto de Gadzi sigue, ya que la población hace frente a una grave falta de atención médica, especialmente en pediatría.

Población diana	7.968.897
RRHH nacionales	491,99
RRHH internacionales	36,82
Gastos por país	7.968.897
Consultas externas	307.515
Malaria	139.090
Hospitalizaciones	12.368
Consultas prenatales	15.656
Partos	2.513
Atención postnatal	6.712
THA	340



© J. P. AMIGO

República Democrática del Congo

Atención a víctimas del conflicto

En 2010 continuaron los violentos combates entre el ejército congoleño, los rebeldes de las Fuerzas Democráticas para la Liberación de Ruanda y otros grupos armados en la región de los Kivus, donde MSF lleva a cabo varios proyectos.

La organización prestó atención médica a decenas de miles de desplazados en Kalonge, Shabunda y Hauts Plateaux (Kivu Sur), además de responder a numerosas emergencias. Los equipos llegaron a zonas aisladas donde las necesidades médicas y de todo tipo son enormes, y no hay otras organizaciones presentes.

En Kalonge, MSF prestó atención primaria a desplazados y familias de acogida mediante clínicas móviles en cinco centros de salud, y atención secundaria en el hospital general de Cinfuzi.

En Shabunda, MSF puso en marcha una intervención de emergencia en julio, tras violentos enfrentamientos en la zona. El equipo cubrió los servicios de atención primaria en el hospital general, en nueve centros de salud y a través de clínicas móviles en toda la zona, y también respondió a un brote de cólera.

En Hauts Plateaux, una zona muy conflictiva, MSF ofreció atención primaria de salud en cuatro centros de salud, dos puestos de salud y el hospital de referencia de Katanga.

El proyecto de Kiroche (Kivu Norte) cerró a principios de año, tras haberse normalizado la situación médica y humanitaria en la zona.

Población diana	715.587
RRHH nacionales	168,91
RRHH internacionales	17,10
Gastos por país	4.858.651
Consultas externas	146.287
Malaria	5.493
Hospitalizaciones	4.488
Consultas prenatales	11.422
Partos	4.613
Cirugía	781
Violencia sexual	663
Violencia directa	583



© KHALIL SAYYAD

Siria-Irak

Refugiados y salud materno-infantil

Desde mayo de 2009, MSF mantiene un proyecto en Damasco de atención primaria para el colectivo de refugiados iraquíes en situación irregular en Siria. A principios de 2010 se realizó una exploratoria en la gobernación de Al-Najaf (Irak), tras la cual se abrió un proyecto de atención materno-infantil en el hospital Al Zahra de la ciudad de Najaf. La apertura supuso el regreso de MSF España a Irak.

Desde la invasión estadounidense de Irak en 2003 y la consiguiente crisis humanitaria, miles de personas han buscado refugio en la vecina Siria. Se calcula que 200.000 refugiados iraquíes viven como inmigrantes "ilegales" en el país. Este sector de la población tiene difícil acceso a la salud y vive en condiciones precarias.

MSF atiende a migrantes y refugiados no registrados en una clínica de salud primaria de Damasco, en colaboración con la Oficina de Inmigración, vinculada a la diócesis católica de Damasco, que atendía a estas poblaciones vulnerables.

En septiembre de 2010 se aprobó el proyecto de atención de salud perinatal, urgencias obstétricas y pediatría en el hospital Al Zahra de Najaf, en Irak. El primer objetivo del proyecto es disminuir la morbi-mortalidad en niños menores de 5 años en la gobernación de Najaf, y se centra, en una primera fase, en el apoyo al hospital de referencia de Al Zahra.

Población diana	700.000
RRHH internacionales	5,13
Gastos por país	871.422
Consultas externas	6.203
Consultas prenatales	1.012
Partos	55
Salud mental (individual)	1.025
Salud mental (grupo)	12



© FREDERIC COURRET / PANOS



© KATE GERAGHTY / FAIRFAX MEDIA



© MARCO BARONCINI / CORBIS

Somalia

Crisis humanitaria crónica

Somalia sigue siendo una de las mayores crisis humanitarias del mundo, causada por la ausencia de Estado y una guerra de dos décadas. Con cuatro médicos por millón de habitantes y contadas agencias humanitarias sobre el terreno, en 2010 se estimaron más de millón y medio de desplazados internos, que se suman al millón de refugiados en diferentes países del mundo, especialmente en Kenia, Etiopía y Yemen.

MSF tiene dos proyectos en el distrito de Jowhar, y en la capital, Mogadiscio, en los que ofrece atención primaria y secundaria a la población y un programa de asistencia nutricional.

En 2010 continuaron los servicios de salud primaria en cuatro centros de salud de la región de Middle Shabelle y los de salud materno-infantil en la maternidad de Jowhar. Se inició un programa de tuberculosis en las poblaciones rurales de Mahaday y Gololey, el primero que MSF gestiona de forma remota con personal nacional, de Nairobi y Londres.

En Mogadiscio, desde 2009 los combates han interrumpido las actividades en los dos centros de salud y el hospital del norte de la capital. En 2010 se hicieron los preparativos para abrir dos centros en un barrio de la zona sur, conocido como la Medina, con más de 150.000 desplazados internos. Se controla la situación en el norte para, a ser posible, reanudar las actividades.

Población diana	440.000
RRHH nacionales	159,82
RRHH internacionales	5,17
Gastos por país	2.433.579
Consultas externas	136.951
Malaria	628
Consultas prenatales	32.390
Partos	1.651
Atención postnatal	1.725
Violencia directa	989
Vacunación sarampión (rutina)	7.487

Sudán (Darfur)

Inseguridad y acceso limitado

La violencia sigue siendo una constante en el país y siguen habiendo nuevos desplazados. La inseguridad reinante hace muy difícil el acceso y el trabajo de las organizaciones, que cada día tienen el acceso más restringido. Como consecuencia de esta situación, en algunos proyectos sólo trabaja personal sudanés y la gestión se lleva a cabo desde Nairobi.

La capacidad para responder a emergencias se ve muy limitada. En mayo se hizo una evaluación médica en la región del Jebel Marra, pero no se obtuvo autorización para volver a la zona a prestar atención médica.

En Shangil Tobaya, MSF se instaló en un centro del Ministerio de Salud donde pudo atender las 24 horas con servicios de consultas externas, urgencias y salud materno-infantil. A finales de año los enfrentamientos afectaron al hospital y hubo que parar las actividades pero se retomó la respuesta médica en los campos.

En Tawila, más de 5.000 personas llegaron a los campos de desplazados durante 2010 y MSF dispuso un plan de emergencia. El hospital ofrece atención las 24 horas del día con servicios de urgencias, hospitalización y salud materno-infantil.

En Dar Zagawa, una zona muy remota del noroeste de Darfur, el equipo da apoyo a dos centros del Ministerio de Salud y a tres unidades de atención primaria. En 2010 se realizaron más de 18.000 consultas externas.

Población diana	188.028
RRHH nacionales	216,10
RRHH internacionales	7,78
Gastos por país	3.483.194
Malaria	436
Hospitalizaciones	1.461
Consultas prenatales	8.941
Salud mental (individual)	2.498
Salud mental (grupo)	7.148
Vacunación sarampión (rutina)	7.317

Sur de Sudán

Asistencia a poblaciones afectadas por la violencia

La alta prevalencia de enfermedades olvidadas como la malaria, diarreas, infecciones respiratorias o el kala azar, entre otras, aumenta la vulnerabilidad de la población desplazada a causa de la violencia. Todo ello se suma a la baja capacidad del Ministerio de Salud para responder a las grandes necesidades de una población que presenta algunos de los peores indicadores del mundo en salud materno-infantil.

En 2010 esta región autónoma estuvo preparándose para el referéndum de independencia que se celebró a principios de este año. Desde el pasado 9 de julio, Sudán del Sur es oficialmente un Estado de pleno derecho.

En Yambio, estado de Ecuatoria Occidental, MSF ofrece atención primaria y secundaria en el hospital del condado, con servicios de urgencias, cirugía, pediatría, salud reproductiva y salud mental, a personas afectadas por la violencia. En 2010, MSF dispuso clínicas móviles y dio apoyo a estructuras del Ministerio de Salud con medicamentos, formación de personal y actividades de rehabilitación, y de agua y saneamiento.

En el conflictivo condado de Raga, estado de Bahr el Ghazal Occidental, MSF puso en marcha un plan de respuesta a emergencias en julio y varias actividades para reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil en el hospital de referencia, con servicios de pediatría, obstetricia y cirugía.

Población diana	304.910
RRHH nacionales	98,25
RRHH internacionales	19,59
Gastos por país	3.242.118
Consultas externas	37.700
Malaria	16.563
Hospitalizaciones	2.760
Consultas prenatales	912
Partos	342
Violencia directa	299
Salud mental (individual)	814
Salud mental (grupo)	250



© ISABELLE MERNY



© BRENDAN BANNON



© AGNES MONTANARI

Territorios Palestinos Ocupados

Atención de salud mental a víctimas del conflicto

Desde 1948, la violencia entre israelíes y palestinos no ha cesado. La Segunda Intifada y el sufrimiento psicológico consecuente, junto con la presencia continuada de colonos en el distrito y la ciudad de Hebrón, fue la razón de iniciar allí un proyecto, con el objetivo de dar asistencia psicológica, médica y social a la población víctima del conflicto.

Durante 2009 se plantearon nuevas líneas de acción centradas en la atención a afectados por la violencia intrapalestina y la violencia sexual relacionada con el conflicto interno, mientras en 2010 la prioridad fue centrarse en los adultos (hombres) víctimas de la violencia. Se dio asistencia a palestinos que trabajan en zonas israelíes y que son estigmatizados en su comunidad, se reforzaron los sistemas de referencia para los casos de psiquiatría y se aseguró la calidad de la gestión de los casos psiquiátricos graves. En total se realizaron 1.322 consultas.

En Jerusalén Este, el equipo detectó necesidades médicas y de salud mental en el campo de refugiados de Shuafat, lo que dio lugar a la extensión del proyecto de Hebrón y a la primera intervención de MSF en Jerusalén.

Las necesidades de la población beduina del sur de Cisjordania y de los trabajadores palestinos "ilegales" en Israel se han evaluado y justificarán una misión exploratoria durante 2011.

Población diana **551.130**

RRHH nacionales **21,93**

RRHH internacionales **8,31**

Gastos por país **1.128.012**

Consultas externas **298**

Violencia sexual **14**

Salud mental **1.322**

Salud mental (individual) **965**

Salud mental (grupo) **357**

Uganda

Asistencia a los más vulnerables

La enfermedad del sueño, o tripanosomiasis humana africana, es endémica en Uganda, el único país en el que se encuentran las dos formas de la enfermedad (*tripanosoma brucei rhodesiense* y *gambiense*). Durante 2010, y en colaboración con el Ministerio de Salud, MSF llevó a cabo campañas de búsqueda activa de casos en la región del Nilo Occidental. Además, supervisó y formó al personal nacional en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y dio apoyo al sistema de vigilancia epidemiológico.

La región de Karamoja, en el noreste de Uganda, es una de las zonas más desfavorecidas del país y con escasos servicios de salud. MSF trabaja en el distrito de Kaabong asistiendo a víctimas de la violencia y mejorando el acceso y la calidad de la atención pediátrica y de salud reproductiva. En 2010, MSF realizó más de 35.000 consultas médicas en Kaabong, la gran mayoría a través de clínicas móviles, especialmente a niños menores de 5 años. Además, los equipos prestaron apoyo a varios centros del Ministerio de Salud y al hospital de referencia del distrito.

A principios de año, MSF dio apoyo a las autoridades sanitarias en respuesta a una epidemia de cólera en el distrito de Moroto, también en Karamoja. Asimismo, el equipo prestó apoyo frente a un brote de fiebre amarilla en el distrito de Abim.

Población diana **291.634**

RRHH nacionales **134,62**

RRHH internacionales **14,76**

Gastos por país **2.442.963**

Consultas externas **26.314**

Hospitalizaciones **2.070**

CNT ambulatorio **425**

Malaria **6.252**

Consultas prenatales **8.607**

Partos **767**

Atención postnatal **2.086**

Violencia directa **168**

THA **42**

Yemen

MSF amplía sus actividades en el país

Durante 2010, la situación en el norte siguió marcada por el conflicto entre al Gobierno y el movimiento al-Houthi en la gobernación de Saada. A pesar del alto al fuego de principios de año, hubo combates esporádicos y muchos desplazados no volvieron a sus hogares. MSF amplió sus actividades en los campos de desplazados de Al Mazraq, en la gobernación de Hajja, donde trabajó en una intervención nutricional y un programa de salud mental, además de gestionar un centro de salud y un hospital. A finales de año MSF empezó a trabajar en dos estructuras de salud en el oeste de Saada: Razé y Al Malahet.

En el sur del país, la tensión entre Gobierno y grupos separatistas aumentó considerablemente. Una de las zonas más castigadas por el conflicto fue la provincia de Lahj donde, en julio, MSF empezó a trabajar en el hospital de referencia del distrito de Radfan, en la ciudad de Habilain, dando apoyo a los servicios de urgencias, medicina interna y cirugía.

En Saná, la capital yemení, MSF inició un proyecto para reducir el estigma de las personas seropositivas y mejorar la calidad de la atención que reciben del Estado.

Por último, en marzo de 2010, MSF traspasó a dos organizaciones no gubernamentales su proyecto en el sur del país de asistencia a refugiados y migrantes provenientes del Cuerno de África.

Población diana **309.470**

RRHH nacionales **173,18**

RRHH internacionales **22,83**

Gastos por país **4.202.171**

Consultas externas **31.622**

Hospitalizaciones **1.034**

VIH **474**

Tratamiento ARV **399**

Salud mental (individual) **175**

Salud mental (grupo) **4.003**



© ROBIN MELDRUM

Zambia

VIH/sida y epidemias

En Zambia, una de cada ocho personas tiene el VIH. A pesar de los esfuerzos del Gobierno mediante la administración gratuita de terapia antirretroviral, sigue habiendo muchas carencias de acceso a la atención sanitaria, sobre todo en las zonas rurales.

En el distrito de Luwingu, una zona rural aislada del noreste del país, las mujeres no tienen acceso a atención prenatal y muchas no se hacen la prueba del VIH. En junio de 2010, MSF inició un programa de prevención de la transmisión del virus de madre a hijo, con el objetivo de detener la infección por VIH de los bebés y mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Equipos móviles trabajaron en cuatro centros de salud rurales, mientras que otro dio apoyo al hospital del distrito.

En marzo se produjo un brote de cólera en la capital, Lusaka, que afectó a casi 6.000 personas. Los equipos de MSF montaron tres centros de tratamiento de cólera y dieron apoyo a 13 unidades de tratamiento en la ciudad. MSF también facilitó tres ambulancias para el traslado de pacientes y realizó actividades de agua y saneamiento.

En abril, una epidemia de sarampión volvió a azotar el distrito de Lusaka. MSF dio apoyo al Ministerio de Salud y en junio se hizo cargo de la gestión y tratamiento de casos, atendiendo a más de 3.700 pacientes en dos centros hospitalarios de la ciudad.

Población diana **2.854.340**

RRHH nacionales **37,28**

RRHH internacionales **14,10**

Gastos por país **2.475.989**

Consultas prenatales **2.648**

Tratamiento ARV **12**

PTMH (madres) **1**

PTMH (hijos) **1**

Sarampión **3.771**

Cólera **5.096**



© JUAN CARLOS TOMASI

Zimbabue

La lucha contra el VIH/sida continúa

Se estima que hay 1,2 millones de personas con VIH en Zimbabue y sólo el 55% de las casi 600.000 que necesitan tratamiento antirretroviral urgente lo están recibiendo. Durante 2010, MSF trabajó en proyectos de sida en la ciudad de Bulawayo y en los distritos de Thsolotsho y Beitbridge. En todos ellos MSF ofrece atención integral de VIH/sida, que incluye asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y prevención de la transmisión del virus de madre a hijo.

En Bulawayo, MSF centra su trabajo en niños y adolescentes seropositivos, adaptando los servicios a sus necesidades específicas. El tratamiento pediátrico se ha descentralizado y los niños que están estables ahora pueden tratarse en clínicas locales. En el distrito rural de Tsholotsho, MSF también ha descentralizado la atención de VIH/sida de los hospitales a clínicas rurales para acercar el tratamiento a los pacientes.

Durante 2010, MSF trabajó en el distrito de Beitbridge, en la frontera con Suráfrica. Hasta el mes de octubre, la organización trabajó con una red de centros de atención primaria, principalmente para atender a la población migrante de la zona. Hacia finales de año, y viendo que el sida era la necesidad predominante, MSF reorientó su proyecto hacia la atención de pacientes con esta enfermedad y con tuberculosis, la principal infección asociada al VIH/sida.

Población diana **949.900**

RRHH nacionales **215,90**

RRHH internacionales **19,30**

Gastos por país **4.351.149**

Consultas externas **11.699**

Violencia sexual **1.088**

Tratamiento ARV **12.585**

Tratamiento ARV (2ª línea) **410**

PTMH (madres) **1.415**

PTMH (hijos) **1.179**

Glosario de indicadores

— Acontecimientos que afectan a la población y motivan la intervención:

- 1) **Victimas 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: centros nutricionales, distribución de alimentos, etc.
- 2) **Victimas de enfermedades endémicas y epidémicas.** Atención médica a las personas afectadas.
- 3) **Victimas 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) **Victimas de desastres naturales.** Cualquier tipo de respuesta de emergencia, incluida la donación de materiales de ayuda.

— **Población diana:** sector de población al que se dirige un proyecto de MSF.

— Recursos humanos (RRHH):

Los datos se facilitan según el criterio internacional de *full time equivalent* (FTE) o equivalente al número de personas contratadas a tiempo completo (por ejemplo, dos personas trabajando a media jornada = 1 FTE).

La información de **RRHH internacionales** está calculada sobre el número total de puestos cubiertos por personal internacional durante el año, en FTE. No incluye puestos vacantes.

La información sobre **RRHH nacionales** 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 por país:** gastos reales en euros de los proyectos de cada país por año completo.

2010 en píldoras

Operaciones

El 2010 fue un año de gran dinamismo que se cerró con 48 proyectos en el terreno, 11 más que en 2009. Casi el 60% de ellos fueron en respuesta a situaciones de conflicto, violencia y desplazamiento. Son de destacar los avances conseguidos en atención secundaria, cirugía, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, violencia sexual, enfermedades tropicales olvidadas, epidemias y dos áreas complementarias críticas como son farmacia y suministros. La doble emergencia en Haití marcó un antes y un después en nuestras operaciones.

Gasto operacional

El impacto del enorme esfuerzo dedicado a Haití, primero en respuesta al terremoto y después a la epidemia de cólera, fue impresionante: pasamos de un presupuesto operacional de 48 millones de euros en 2009 a más de 80 en 2010. Una gran parte de nuestro compromiso siguió estando del lado de las poblaciones afectadas por crisis en África, con un 60% de nuestros proyectos en este continente.

Haití

El año estuvo marcado por la emergencia en Haití, que fue la mayor intervención de la historia de MSF: más de 8.000 trabajadores haitianos e internacionales atendieron a casi 450.000 víctimas del terremoto y el cólera¹. MSF se posicionó públicamente sobre la respuesta del sistema internacional de ayuda, la ONU y otras organizaciones en el país. Todo un reto operacional y de comunicación debido a la magnitud y naturaleza del desastre y a la complejidad del contexto.

Datos

En 2010 realizamos 1.122.716 consultas externas y 43.732 ingresos hospitalarios. Atendimos 17.198 partos, 110.105 consultas prenatales y 1.977 casos de violencia sexual. Administramos 522.604 vacunas de sarampión por brotes epidémicos, 137.082 contra la meningitis, tratamos a 30.148 pacientes de cólera y llevamos a cabo 5.174 intervenciones quirúrgicas.

Otras emergencias

Efectuamos un total de 39 intervenciones de emergencia en respuesta a situaciones de violencia, epidemias, desastres naturales y crisis nutricionales. De ellas, 21 fueron cubiertas por la Unidad de Emergencias y el resto por los equipos en las misiones². La atención a víctimas de violencia mejoró gracias al aumento de los servicios de apoyo temprano de salud mental, atención primaria en clínicas fijas y móviles, y atención secundaria de salud, especialmente cirugía y cuidados postoperatorios.

- 1 Cifras MSF Internacional 2010: de enero a octubre para el terremoto y de octubre a diciembre para el cólera.
- 2 Entendemos por misión una base de operaciones regulares de MSF en un país, con un equipo de coordinación que normalmente se encuentra en la capital y gestiona uno o más proyectos en distintos puntos de ese país.
- 3 Los datos se facilitan según el criterio internacional de *full time equivalent* (FTE) o equivalente al número de personas contratadas a tiempo completo (por ejemplo, dos personas trabajando a media jornada = 1 FTE).

Apoyo social

Los ingresos privados aumentaron un 35% respecto a 2009, alcanzando los 63,6 millones de euros.

Las aportaciones de los socios representaron el 60% (39 millones de euros) de nuestros ingresos en España, llegando a un total de 266.190 al finalizar el año.

Las donaciones de empresas ascendieron a 7,5 millones de euros y las de grandes donantes aumentaron en un 52% respecto a 2009, alcanzando los 870.000 euros.

Incidencia ciudadana y web

Más de 35.000 personas asistieron a los actos y exposiciones organizados en 2010 (*Enfermos olvidados*, *First Ladies*, *Voces contra el olvido*, etc.). Con la campaña *Hambrientos de atención* recogimos más de 51.000 firmas en msfes, más de la mitad del total obtenido a nivel internacional.

El número de visitas a nuestra web aumentó en un 52% durante la campaña *Pastillas contra el dolor ajeno*, con 503.000 visitantes, 1,5 millones de cajas distribuidas a farmacias, 1,3 millones de euros recibidos y 510.000 visionados en YouTube, aunque la campaña tenía apenas un mes y medio de vida a finales de 2010.

Finanzas

Un 87,3% de los recursos financieros se destinó a la misión social (asistencia directa y testimonio), lo que supone un aumento del 3,1% del gasto operacional respecto al año anterior. El 12,7 % restante fueron costes de gestión y de captación de fondos. La masiva respuesta de socios y donantes al terremoto de Haití, y la colaboración del resto de secciones de MSF permitieron los recursos necesarios para financiar el incremento del gasto. En cuanto a los ingresos, el 93,1% provino de fondos privados y el 6,9% de fondos públicos institucionales.

Proyectos

Del conjunto de intervenciones de emergencia y proyectos regulares, 34 fueron destinados a víctimas de conflictos armados, 35 a víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas, 17 a víctimas de violencia social y exclusión de la atención sanitaria, y 8 a víctimas de desastres naturales.

Migración

La respuesta a las situaciones de violencia que viven los migrantes, y en particular las mujeres, en su tránsito por Marruecos de camino a Europa centraron muchos de nuestros esfuerzos en 2010. En Grecia, un duro invierno y la insuficiente reacción de las autoridades requirieron nuestra intervención en varios centros de detención de migrantes. Tras una fase exploratoria, nuestros equipos se prepararon para intervenir en México, el mayor eje migratorio mundial, cuyos índices de violencia afectan a unas 450.000 personas al año.

Enfermedades olvidadas

En 2010 tratamos a 1.220 enfermos de Chagas, doblando con creces las cifras del año anterior. También iniciamos el tratamiento de pacientes de enfermedad del sueño con la terapia combinada nifurtimox-eflornitina en varios proyectos. En total, tratamos a 382 personas con esta enfermedad. En el proyecto de kala azar en el estado de Bihar, India, tratamos a 1.972 enfermos, con tasas de curación del 95%.

Recursos humanos

En 2010 fueron necesarios 3.722 trabajadores³ para llevar a cabo nuestra misión, lo que supone un aumento del 22% respecto a 2009. De ellos, 3.483 cubrieron puestos en el terreno: 3.119 fueron trabajadores nacionales y 364 internacionales. Se efectuaron 1.154 salidas, con un aumento del 51% respecto al año anterior. Las operaciones de emergencia en Haití concentraron 265 salidas (37%) y el resto fueron para cubrir las demás operaciones.

Apoyo social 2010

Socios y donantes particulares

Gracias a cada uno de nuestros 266.190 socios por su compromiso con la ayuda humanitaria independiente.

Su apoyo desinteresado nos permite 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 de su apoyo económico, queremos agradecer a todos y cada uno la confianza depositada en el trabajo de MSF.

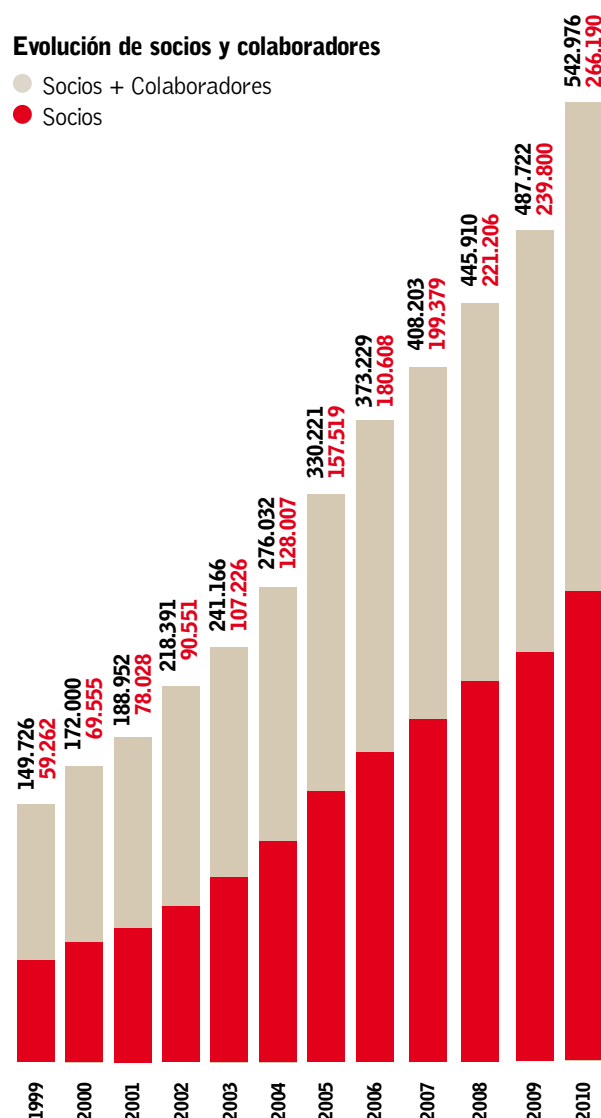
Sin ellos, nada de esto sería posible.

Número de socios 2010

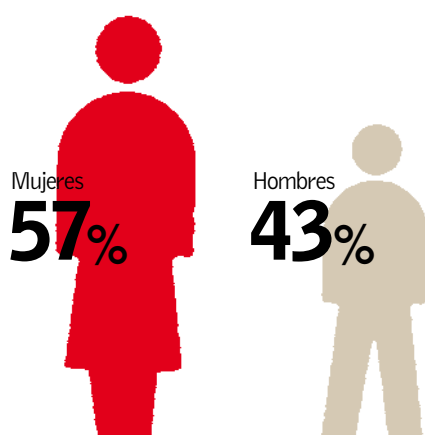
266.190

Evolución de socios y colaboradores

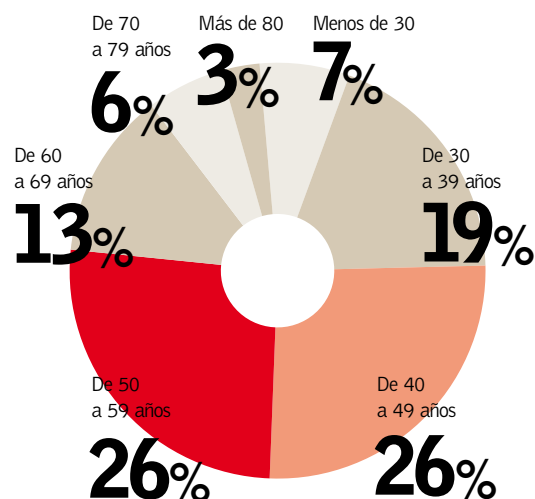
- Socios + Colaboradores
- Socios



Distribución de socios por sexo



Distribución de socios por edades



Distribución de socios por provincias

A Coruña	1,98%	La Rioja	0,72%
Álava	0,92%	Las Palmas	1,11%
Albacete	0,51%	León	0,79%
Alicante	2,30%	Lleida	0,65%
Almería	0,65%	Lugo	0,38%
Asturias	2,30%	Madrid	21,81%
Ávila	0,25%	Málaga	2,42%
Badajoz	0,80%	Melilla	0,09%
Barcelona	18,09%	Murcia	1,85%
Burgos	0,71%	Navarra	1,43%
Cáceres	0,55%	Ourense	0,38%
Cádiz	1,50%	Palencia	0,26%
Cantabria	1,38%	Pontevedra	1,69%
Castellón	1,00%	Salamanca	0,56%
Ceuta	0,07%	Santa Cruz de Tenerife	1,13%
Ciudad Real	0,67%	Segovia	0,32%
Córdoba	0,87%	Sevilla	3,72%
Cuenca	0,24%	Soria	0,16%
Girona	1,26%	Tarragona	1,35%
Granada	1,24%	Teruel	0,20%
Guadalajara	0,45%	Toledo	0,83%
Guipúzcoa	2,98%	Valencia	6,26%
Huelva	0,57%	Valladolid	1,14%
Huesca	0,40%	Vizcaya	4,59%
Islas Baleares	1,69%	Zamora	0,22%
Jaén	0,68%	Zaragoza	1,87%

Herencias y legados

La generosidad y la confianza depositada el pasado 2010, en el que 100 personas han mostrado su compromiso añadiendo a Médicos Sin Fronteras en su testamento, nos impulsan a seguir trabajando en esta nueva forma de participación solidaria donde se unen los sueños de los testadores y el objetivo de la asociación de luchar por un mundo mejor.

Total ingresos efectivos

1.371.307€

Empresas y entidades colaboradoras

Nos gustaría mencionar en esta lista a todas las empresas y entidades que apoyan nuestra labor humanitaria y así darles nuestro agradecimiento. Si no nos es posible hacerlo, es porque el apoyo que hemos recibido del sector empresarial ha sido el mayor jamás recibido. La implicación del sector ante catástrofes humanitarias como el terremoto de Haití demuestra que contamos con un sólido apoyo.

Altura Markets / Ambilamp / Apisa Área Promociones
 Inmobiliarias / Axa Aurora Ibérica / AyB Hislabor Decor /
 Banc Sabadell / Banco Bilbao Vizcaya / Banco Inversis / Banco
 Santander Central Hispano / Bebé Due España / Bilbao Bizkaia
 Kutxa / Bingo Plaza / Cafetería Armenia / Caixanova /
 Caja de Ahorros del Mediterráneo / CAMGE Financiera /
 Carat España / Cegedim Hispania / Centro de Infertilidad y
 Reproducción Humana / Clear Channel / Corporació Sanitària
 Parc Taulí / Corporación Empresarial Igor / Corporación RTVE /
 Damel / Danobat Group / Disagon / Ditexmed / Doctaforum /
 Edicions Bromera / El Brillante / EMASA, Empresa Municipal
 de Aguas de Málaga / Encinares de Castilla / Entorno Obras y
 Servicios / Entusiasmo y Mucho Valor Dos / Eroski / Eulen
 Seguridad / Euro Suministradora Catalana / Europ Assistance /
 Everis Spain / Foro de Formación y Ediciones / Foundation
 Arcelor Mittal / Fundació ESADE / Fundació Jesús Serra /
 Fundación Accenture / Fundación Caja de Ahorros de Navarra /
 Fundación Carmen Gandarias / Fundación Esther y Marta
 Palacios / Fundación Felipe Rinaldi / Fundación Feu Vert /
 Fundación Ikerbasque / Fundación Ivi/ Fundación José María
 Llanos / Fundación KPMG / Fundación Kyrene / Fundación La
 Caixa / Fundación Manuel Lao / Fundación Mutua Madrileña /
 Fundación Profesor Uría / Fundación Reale / Fundación Rose /
 Fundación Seur / Gazul Producciones / Geotool Box Ibérica /
 Global Estrategias / Goma Camps / Groupama / Grupo Caliche /
 Guinaba Berri / Hijos de Luis Rodríguez / Hotelbeds Spain /
 Inditex / Indulok / Ineco / Innomym / Item International /
 Jandipart / JC Decaux / Lavinia Interactiva / Libra Gestión
 de Proyectos / Lipasam / Lowe and Partners / Manipulados
 y Acabados Metálicos MAM / Marp Marketing y Producto /
 Medicor Foundation / Metro de Madrid / Mission Olives /
 Moncal 1941 / Montfalcon / Movimer World / Obra Social Caja
 Cantabria CASYC / Obra Sociocultural Unicaja / Oficina de
 Cooperación Universitaria / Oído / Oticon España / Promedios /
 Punto Fa / RBA Publiventas / Red Eléctrica de España / REPOL
 Resinas y Polimeros / Respira Fundación Española del Pulmón /
 Retevisión / Retrovarachus / Roberlo / Sara Lee Iberia / SGS
 Tecnos / Softonic / Soler y Llach Subastas / Internacionales /
 Stolt Sea Farm / Tagle Inversiones / Tempe / Vodafone España /
 Zenyx Integració de Xarxes

Por **Michiel Hoffman**

Representante de MSF en Afganistán 2009-2010

Volver a Afganistán

En el año 2004, MSF debatía sobre la necesidad y la pertinencia de su presencia en Afganistán, ya que parecía evidente que la acción humanitaria basada en los principios de humanidad, independencia, imparcialidad y neutralidad ya no encontraba espacio en el país. El asesinato de cinco de sus miembros provocó la salida de MSF ese mismo año. En 2009, a causa del recrudecimiento del conflicto, la organización decidió regresar al país.



Hospital Boost-Lashkargah en la provincia de Helmand, Afganistán. © PASCALE ZINTZEN

En el año 2003 Afganistán se encontraba oficialmente en una fase de postconflicto. Los países occidentales que habían participado en la guerra contra los talibanes se afanaban en construir un Estado, estabilizando el país a través del fortalecimiento de las instituciones gubernamentales y la organización de servicios básicos estatales. El bienestar de la población afgana era un objetivo secundario: la reconstrucción, el desarrollo económico e institucional, obedecía a un imperativo político y de seguridad, debía servir para asegurar que Afganistán dejase de ser un peligro para Occidente.

Afganistán se convertía así en el escenario adecuado para las actividades y las agencias de desarrollo, no para las humanitarias (cuya actividad se guía por el principio de humanidad en un contexto de conflicto), y las ONG pasaban a ser un recurso meramente instrumental de una agenda política partisana.

Sobre el terreno se formaron equipos de reconstrucción provincial (PRT, *Provincial Reconstruction Teams*), encargados de dirigir la implementación de los planes de desarrollo y de asistencia humanitaria. Los PRT son dispositivos de cooperación militar-civil, compuestos mayoritariamente por trabajadores civiles (civiles armados). Están adscritos a los campamentos militares de los ejércitos occidentales y son financiados por los países donantes. Las ONG fueron invitadas a unirse a los PRT, aunque el grueso de las actividades y de los fondos para ejecutarlas se adjudica a compañías privadas occidentales. Estas compañías, autodefinidas y disfrazadas como agencias humanitarias, tienen, de forma declarada o no, fines lucrativos, y sus modelos operacionales son indistinguibles de los militares: sus bases parecen campamentos militares y emplean a mercenarios fuertemente armados para protegerse.

En el año 2003, en ese contexto de confusión entre lo militar y lo civil, lo humanitario y lo político, el nuevo Ministerio de Salud afgano introdujo su programa de desarrollo, el Paquete Básico de Servicios Médicos. MSF optó por no formar parte de su ejecución. Poco después, nuestros colegas eran asesinados y MSF decidía retirarse del país.

Los principios humanitarios en entredicho

Pese a la intensificación del conflicto y a que actualmente los talibanes controlan una parte importante del territorio, los principios humanitarios siguen arrinconados por la lógica y el marco ético desarrollista (incompatible con una situación de guerra) y por las agendas de estabilización y seguridad. Aunque la mayor parte de las ONG rechazaron colaborar con los ejércitos a través del trabajo de los PRT, muchas aceptan fondos de los mismos países occidentales que toman parte en la nueva fase del conflicto. Según admiten las agencias financiadoras de los países implicados en el conflicto, esos fondos se destinan mayoritariamente a las áreas en las que sus ejércitos se encuentran desplegados y tienen, entre otros objetivos, el de mejorar la aceptación y la seguridad de sus tropas. En función de eso, y no de las necesidades de la población, y vulnerando el principio de imparcialidad, se decide qué actividades son financiadas. Evidentemente, el grueso de la ayuda llega a la población en zona gubernamental, mientras que las necesidades de la población civil en las áreas controladas por los talibanes son intencionalmente ignoradas.

Muchas ONG participan en los planes de desarrollo liderados por el Gobierno afgano, al que consideran legítimo y por cuya victoria en el conflicto apuestan explícitamente. La cantidad de fondos disponibles para este fin es enorme. El Gobierno de Kabul evidentemente representa a un sector de la población y es una de las partes en el conflicto. Las ONG subcontratadas por dicho gobierno se alinean por tanto con uno de los beligerantes, vulnerando el principio de neutralidad, que especifica que en tiempo de conflicto, la asistencia humanitaria no debe servir intencionadamente para favorecer a uno de los bandos que toman parte en las hostilidades.

En este contexto de confusión, en el que las ONG se financian con fondos gubernamentales para ejecutar planes de desarrollo también del gobierno y favorecer a uno de los beligerantes, los militares disfrazan sus actividades asistenciales de humanitarias, y los mercenarios se disfrazan de ONG, poco extraña que los afganos desconfíen de las intenciones de cualquier actor autodefinido como humanitario y las ONG terminen siendo objeto de ataques militares.

El regreso de MSF a Afganistán

En el año 2009, en parte a petición del Comité Internacional de la Cruz Roja, MSF decidió regresar a Afganistán. Bajo la representación del centro operacional de Bruselas, MSF emprendió una ronda de negociaciones con todas las partes beligerantes: el Gobierno afgano, Estados Unidos y los talibanes. El objetivo era obtener acceso a las víctimas para nuestros equipos en condiciones de seguridad y respeto de los principios del Derecho Internacional Humanitario.

La oposición (los talibanes), representada por los Emiratos Islámicos de Afganistán, aceptó que MSF realizase evaluaciones independientes de las necesidades en las zonas bajo su control y propusiera proyectos basados en las necesidades médicas identificadas por sus propios equipos. Apreciaron como un indicador de independencia de la organización la presencia de personal expatriado en dichos equipos.

La policía y los recursos militares del Gobierno de Kabul trabajan bajo la tutela de Estados Unidos, de modo que, excepto para asuntos de visados y permisos de importación, el diálogo se estableció con los mandos militares estadounidenses. Estos expresaron claramente que el abuso y manipulación del discurso y la acción humanitarios era útil para sus objetivos militares y para aumentar el apoyo a su misión en sus países de origen. Coyunturalmente, el cambio de Administración en Washington propició la aceptación de la presencia de MSF. Sobre el terreno, los mandos intermedios del ejército sólo aceptaron (y no es poco) que las armas y la atención médica no deben mezclarse, y que los militares deben permanecer apartados de los hospitales para evitar poner en peligro a los pacientes.

En estos dos años, MSF ha afianzado con un éxito modesto y frágil su presencia en Helmand y en Kabul. El proceso de reconstrucción del espacio humanitario, ese espacio en el que MSF pueda prestar asistencia a las poblaciones más necesitadas, independientemente de agendas políticas y militares, no para beneficiar a ninguna de las partes, sino para salvar vidas y aliviar el sufrimiento de las víctimas de la guerra en condiciones de seguridad, aún continúa.

Por **Alberto Cristina**
Responsable de proyectos en Haití

Haití, una crisis detrás de otra

El año 2010 estuvo marcado de principio a fin por el brutal terremoto que mató a unas 222.000 personas y dejó sin hogar a 1,5 millones más en Haití, y la posterior epidemia de cólera que afectó a más de 180.000 personas en los tres últimos meses del año. El enorme dispositivo de emergencia desplegado por MSF en su conjunto fue la mayor operación de ayuda médica de la organización en sus 40 años de existencia.



Centro de tratamiento de cólera en Cap-Haïtien, Haití. © AURELIE LACHANT

La misma noche del martes 12 de enero, los equipos de MSF hicieron frente al flujo de pacientes y heridos en condiciones extremas, al mismo tiempo que se intentaba localizar a colegas y familiares atrapados o desaparecidos. Las estructuras y los trabajadores de MSF fueron duramente afectados. Doce compañeros murieron en el seísmo, así como pacientes y familiares de estos últimos que estaban dentro de los centros médicos que se derrumbaron.

La respuesta internacional al desastre en Haití no comenzó bien. Los primeros días hubo grandes problemas para aterrizar en el aeropuerto de Puerto Príncipe y la priorización inicial falló estrepitosamente. Hacer llegar material y equipamiento médico de máxima urgencia se convirtió en una lucha desesperante ante la masiva concentración que había en el aeropuerto de la capital, y vimos cómo la coordinación de la ayuda fue expuesta a sus límites, aunque también hay que entender que los protagonistas habituales, gobierno y organismos de Naciones Unidas, se vieron gravemente afectados por el desastre.

El dispositivo desplegado por MSF durante la fase aguda de la emergencia fue rápido y eficaz, y sirvió para salvar muchas vidas. En total, casi 450.000 víctimas del terremoto (más de 358.000) y el cólera (más de 91.000) fueron atendidas por los más de 8.000 trabajadores que la organización llegó a tener en Haití en 2010.

Como ocurre en otros desastres, las poblaciones que estaban fuera del foco mediático quedaban en la zona marginada de la respuesta, también debido a lo caótico de la situación inicial, la ubicación del aeropuerto y la magnitud de la afectación en Puerto Príncipe. La capacidad desplegada por los equipos de MSF permitió cubrir la “periferia” de la zona afectada, y los damnificados en Léogâne, Gressier, Petionville, Carrefour, Grand Goâve, Petit Goâve y Jacmel pudieron ser atendidos.

Las crisis que ha sufrido Haití durante el último año y medio demuestran que este tipo de escenarios requieren de una organización como MSF todas las categorías posibles de atención, desde las más sofisticadas, como traumatología, cuidados postoperatorios y rehabilitación, hasta las estrategias más sencillas, como las utilizadas para combatir el cólera.

Áreas de mejora

Por supuesto hay varios elementos a mejorar en la respuesta de MSF que se identificaron tras una evaluación de la intervención. A pesar del punto positivo

que supuso poder enviar material y recursos humanos desde nuestra base en Panamá, creemos que hay que seguir mejorando la eficiencia mediante el establecimiento de mayores stocks regionales, y mediante el uso compartido de cargos y almacenes con otras organizaciones.

La provisión de refugio tampoco estuvo bien resuelta, pues la distribución se hizo con retraso y el tipo de solución que se ofreció a los afectados no estaba bien adaptado a la situación. Las lonas de plástico que se repartieron valen como alternativa para unas semanas, pero no ofrecen protección contra las intensas lluvias y los huracanes, no pueden ofrecer la mínima intimidad ni espacio para rehacer parcialmente la vida diaria y no están pensadas para durar el tiempo necesario para la reconstrucción. Y en Haití, los problemas de registros y propiedad de la tierra, así como la debilidad de las autoridades, eran evidencias de que el proceso de reconstrucción iba a tomar tiempo.

Por otra parte, la acertada decisión de MSF de centrarse en el corazón de su misión social, y de obtener el máximo valor añadido de sus capacidades, es decir, la asistencia médica directa, llevó a ignorar parcialmente la provisión de refugio, asumiendo que otros organismos de ayuda tomarían esta responsabilidad. Pero los resultados de nuestra evaluación indican que hay que revisar este supuesto: o dotamos a partir de ahora a nuestros proyectos de esta capacidad, o incidimos más en que otros actores reorienten sus prioridades hacia las necesidades inmediatas de la población.

La transición entre el período de ayuda humanitaria y la reconstrucción temprana también ha evidenciado una mediocre respuesta del sistema de ayuda. Las necesidades y la respuesta de postemergencia son diferentes que los dilemas que plantea la fase de reconstrucción y rehabilitación. Pero el balance seis meses después dejaba mucho que desear. Las condiciones de vida de los afectados seguían siendo atroces, y la falta de visibilidad del progreso desesperaba a los haitianos.

La epidemia de cólera

La reacción de la comunidad internacional y de las organizaciones humanitarias durante el cólera debe ser analizada de manera muy crítica, ya que deja interrogantes muy preocupantes. Cuando se detectaron los primeros casos de la enfermedad, no había pasado ni un año desde el seísmo, y a pesar de que muchas organizaciones estaban sobre el terreno, la respuesta del sistema de ayuda fue lenta, incompleta e ineficiente.

Los mecanismos de ayuda y coordinación se mostraron impotentes para reaccionar y se da la paradoja que los actores principales en la respuesta han sido los que no estaban encuadrados en el sistema de coordinación internacional de la ayuda: MSF y las brigadas médicas cubanas, que atendieron en los primeros meses de la epidemia hasta un 90% de los casos. Al margen de la polémica sobre el origen del cólera, es evidente que el sistema de vigilancia epidemiológica falló y que las responsabilidades y posibles negligencias no han quedado establecidas.

La realidad a día de hoy es que el cólera, inédito durante décadas en toda la región centroamericana, ha llegado a Haití para quedarse y que sólo se reducirá y controlará cuando el acceso al agua tratada sea un hecho entre la población. Hay que recordar que antes del terremoto, sólo un 12% de la población haitiana tenía acceso a agua potable y sólo un 17% a saneamiento adecuado. Así pues, queda mucho camino por recorrer para los actores implicados en la reconstrucción.

El futuro

La comunidad internacional ha sido incoherente con sus promesas al pueblo haitiano y la lentitud de la reconstrucción crea muchas dificultades añadidas a los afectados. Quedan grandes cuestiones por resolver en el futuro inmediato. Ha habido una evidente falta de visibilidad sobre los avances y esfuerzos de la reconstrucción, y la dinámica de la política interna y la desconfianza de los organismos internacionales hacia el Gobierno haitiano la han pagado una vez más los más vulnerables. El cólera comenzó cuando Haití se preparaba para las elecciones del 28 de noviembre. Con 6.000 millones de dólares sobre la mesa, los países donantes querían un gobierno estable, legítimo y efectivo para liderar la reconstrucción, pero las dudas de la comunidad internacional hacia los dirigentes haitianos se han traducido en que el 88% de los casi 300.000 casos reportados de cólera fueran menores de edad.

Los trabajadores de MSF en Haití siguen describiendo la situación como un “mar de necesidades”. Si el punto de partida ya era desolador antes del terremoto (entre un 70 y un 80% de los haitianos carecía de acceso a atención sanitaria digna), parece claro que la reconstrucción está resultando demasiado lenta. El sistema de salud haitiano es de los más débiles del mundo y asuntos como la violencia urbana, la mortalidad infantil y materna, y la violencia sexual son retos que aún están desatendidos o sin resolver.

Por **Andrea Aguilar**
Coordinadora de la campaña

‘Pastillas contra el dolor ajeno’, una movilización sin precedentes

En noviembre de 2010, MSF lanzó la campaña *Pastillas contra el dolor ajeno*, un *tratamiento* para quienes sufren el dolor de quienes no tienen medicamentos para curarse. Estas pastillas, que pueden comprarse en farmacias por un euro, son un símbolo de apoyo a MSF, pero sobre todo a los enfermos olvidados. Tres meses después de su lanzamiento, ya se habían vendido tres millones de cajas y los fondos ya estaban llegando a enfermos de sida y de Chagas.



Cerca de 8.000 personas mueren cada día a causa del sida, la malaria, la tuberculosis, la enfermedad del sueño, el kala azar o el mal de Chagas. Son pacientes sin recursos y que por lo tanto no representan un mercado rentable: han sido marginados de las agendas políticas y de investigación y desarrollo. MSF ya lleva años trabajando en decenas de países para combatir estas enfermedades y ha volcado parte de su tiempo y sus recursos en investigarlas para conseguir diagnósticos y tratamientos más adecuados.

En 2010, MSF decide dar un paso más y pedir la movilización de la sociedad española. Esta vez la fórmula de colaboración que propone la organización es diferente a la habitual, pero es sencilla, barata y, sobre todo, al alcance de todos. Se trata de adquirir una caja de *Pastillas*

contra el dolor ajeno –en realidad, un paquete de seis unidades de caramelos, uno por cada enfermedad–, de venta exclusiva en farmacias y al precio de un euro.

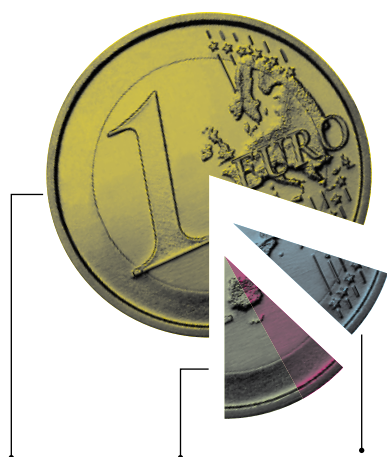
Así pues, el objetivo de esta campaña es doble: por una parte conseguir la concienciación de nuestra sociedad ante el sufrimiento de estos enfermos olvidados; y en segundo lugar, obtener recursos económicos para luchar contra estas enfermedades allí, sobre el terreno, donde ya hace tiempo que nuestros equipos trabajan con las poblaciones afectadas.

Un éxito colectivo

Con más de tres millones de cajas vendidas y miles de mensajes de apoyo, MSF puede decir que esta campaña ha sido un éxito. Su secreto ha sido la generosidad. Y sólo ha sido posible poner en marcha esta iniciativa gracias a la suma de esfuerzos, entusiasmos de diferentes personas, entidades y empresas de toda España, de ámbitos distintos y complementarios. Esta larga cadena de colaboraciones la forman empresas fabricantes y logísticas, de publicidad, distribuidores de farmacia, Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Consejerías

de Sanidad, cada una de las farmacias que colaboran en la campaña, y cómo no, cada uno de los rostros conocidos que han cedido su imagen para la campaña.

Uno de los grandes retos era implicar al sector empresarial para reducir los costes de fabricación. La respuesta fue abrumadora, logrando unos costes mínimos: **el coste de producción de una caja de caramelos es de tan sólo 0,07 euros**, y el coste de esa misma caja colocada en el mostrador de la farmacia, incluyendo los costes del expositor, manipulación, embalaje, etc. es de 0,12 euros por unidad. Así que, **de cada euro que recibimos por cada caja de *Pastillas*, 80 céntimos llegan directamente al terreno** (la cantidad restante se reparte entre los 12 céntimos de coste y 8 céntimos de IVA). Y esto es gracias a la colaboración y financiación de empresas como Productos Damel (fabricante de los caramelos), Fundación ROSE Caja Mediterráneo, Cartonplex (impresor de las cajas) e Ibergest (impresor de papel), entre otros. A ellos se suman Grupo Caliche y Fundación SEUR, que junto a 40 empresas de distribución farmacéutica han hecho posible que los expositores de *Pastillas* se distribuyan a todas las farmacias a coste cero.



Beneficio	Producción	Impuestos
0,80 €	0,12 €	0,08 €
Beneficio neto de cada caja que se destina íntegramente al terreno	—0,07 € Coste producción de una caja de caramelos (con el prospecto y la manipulación) —0,05 € Costes adicionales de una caja (expositor, manipulación y embalaje) —0 € Distribución y transporte	IVA

Y al final de esta cadena, una persona clave, el farmacéutico, que dispensa y prescribe las *Pastillas* a sus clientes. Contribuye de forma altruista y demuestra sobradamente su papel tan relevante en la sociedad para el tratamiento del dolor ajeno.

Para el recuerdo quedan colaboraciones de las que MSF se siente orgullosa, como la de Luis García Berlanga, recientemente fallecido, sin la ayuda del cual nuestro primer spot nunca hubiera tenido el impacto social que generó y por el cual le estaremos siempre agradecidos. Y junto a él muchas otras personalidades del mundo de la cultura, el arte, la ciencia, el deporte y la música que decidieron tratarse contra el dolor ajeno, como Andrés Iniesta, Ferran Adrià, Alejandro Sanz, Andreu Buenafuente, Xabi Alonso, Eduard Punset, Estopa, Juan José Millás, Cayetana Guillén Cuervo, Ederne Pasaban, Pau Donés, Fernando Tejero, Núria Espert o Manel Fuentes. Contar con todos ellos en esta campaña ha sido un privilegio.

Respuesta social

Las *Pastillas contra el dolor ajeno* han conseguido una movilización social sin precedentes. Ya son más de tres millones las veces que alguien en España ha sufrido

dolor ajeno y ha acudido a la farmacia buscando alivio para ese dolor. Los primeros, nuestros socios y colaboradores, que apoyan desde hace años y con un compromiso regular la labor humanitaria de MSF.

Los medios de comunicación y las redes sociales también han tenido un papel fundamental en el éxito de *Pastillas contra el dolor ajeno*: miles de mensajes se *tweetean* cada día por cientos de ciudadanos anónimos y decenas de miles de personas han animado a sus contactos de Internet a que compren las *Pastillas*. En la web creada para la campaña ya se han registrado más de medio millón de visitas y los vídeos colgados en Youtube cuentan a día de hoy con más de 510.000 reproducciones. Hemos recibido miles de mensajes a través de la web de *Pastillas* y del Facebook de MSF con comentarios positivos y consultas de gente de todo el mundo que quiere saber cuándo llegarán las *Pastillas* a sus países.

La campaña ha recibido además el reconocimiento del sector publicitario nacional e internacional, y ha obtenido los máximos galardones en festivales como FIAP, LAUS, Club de Creativos, Aspid, Publifestival o el Sol de San Sebastián.

Primeros pacientes en tratamiento

Los fondos recaudados hasta ahora con la venta de los primeros tres millones de cajas de *Pastillas* ya están sirviendo para tratar a pacientes de Chagas y de VIH. Se han destinado a los programas de MSF en Bulawayo y Tsholotsho, en Zimbabue, donde MSF, junto con el Ministerio de Salud zimbabuense, trata a 11.000 pacientes de VIH/sida al año, de los cuales una gran parte son niños. En Bolivia, las aportaciones de la campaña cubrirán los costes de un programa de MSF que en 2010 llevó a cabo 5.500 exámenes para detectar la enfermedad de Chagas y en el que a finales de 2011 ya se habrán tratado a más de 4.000 pacientes.

Gracias al apoyo de cientos de miles de personas, la campaña sigue viva, y ya estamos tratando a muchos pacientes. Pero todavía hay millones de personas que siguen sufriendo enfermedades olvidadas: cada año se declaran nueve millones de casos de tuberculosis, 60.000 personas mueren de kala azar, 880.000 de malaria y otras 50.000 por la enfermedad del sueño en el mundo. Por esta razón, las *Pastillas contra el dolor ajeno* seguirán disponibles en las farmacias durante todo 2011. ¿Y si lográramos convertirlas en el medicamento más vendido del año en España? Eso significaría que, en nuestro país, el dolor ajeno nos preocupa más que el propio.



MSF agradece públicamente la colaboración de:

Empresas colaboradoras en la fabricación

Productos Damel / Fundación ROSE
Caja Mediterráneo / Grupo Caliche /
Fundación SEUR / Ibergest / Cartonplex

Farmacias colaboradoras

Colegios oficiales de farmacéuticos

Distribuidores farmacéuticos

Fedifar / Acofarma / Alliance Healthcare
/ Aragofar / Cecofar / Cenfarte / Centro
Farmacéutico / Centro Farmacéutico
Nacional / Cofabu / Cofaga / Cofaran /
Cofarca / Cofarcir / Cofarcu / Cofares /
Cofarle / Cofarme / Cofarta / Cofarte /
Cofas / Cofex / Coofamel / Cooperativa
Farmacéutica d'Apotecaris / Difale /
Edifa / Euroserv / Farmanova / Gicofa /
Guifarco / Hefagra / Hefame / Hefaral /
Jafarco / Nafarco / Riofarco / Sanal /
Socofasa / Unión Farmacéutica
Guipuzcoana / Vascofar / Vicens Ferrer /
Xefar / Zacofarva

Empresas colaboradoras en la comunicación

Aena / Ariane Media / Arunda Digital /
Autobuses Arriva Noroeste / Cemusa /
Clear Channel / JCDecaux / Metro
Alicante / Metro Bilbao / Metro Madrid /
Metro Valencia / Parquespower /
Promedios exclusivas de publicidad / TMB

Otras empresas colaboradoras

Altafilms / Cines Verdi / Discine /
The Nielsen Company / Yelmo Cines

Colaboración especial

Farmamundi

¡Muchas gracias!

Finanzas MSF 2010

Tanto desde un punto de vista operacional como financiero, el año 2010 se ha visto claramente marcado por el devastador terremoto en Haití y la posterior epidemia de cólera que asoló el país.

Las previsiones iniciales de crecimiento del gasto operacional reflejadas en el presupuesto marcaban un aumento de volumen de gasto en misiones del 20% (de 48,6 millones de euros en 2009 hasta los 58,4 millones inicialmente previstos para 2010). Estas cifras quedaron ampliamente superadas durante la primera revisión presupuestaria en mayo, en la que ya se reflejaba la actuación en Haití. El gasto operacional se disparaba hasta los cerca de 80 millones de euros con los que cerramos el ejercicio, lo que equivale a un 65% más que en el ejercicio anterior.

La masiva intervención de Haití, que sólo para la sección española de MSF se eleva prácticamente hasta 15 millones de euros —y alcanza los 103 para el conjunto de la organización— explica parte de este incremento, mientras que los 5 millones restantes, hasta alcanzar los 20 millones de euros de incremento del gasto respecto al presupuesto inicial, son debidos a un incremento de actividad en varios países y proyectos, en su mayoría relacionados con nutrición o respuesta a emergencias.

Un aumento del volumen operacional de esta magnitud tiene un claro impacto en los ratios de misión social y eficiencia operacional, alcanzando ambos máximos absolutos.

Desde el punto de vista de los ingresos, una vez más, debemos destacar la importante muestra de solidaridad en respuesta al terremoto de Haití por parte

de la sociedad española. Los fondos privados españoles recaudados para esta intervención alcanzaron los 7,68 millones de euros. Así mismo, nuestros socios de MSF Grecia y MSF Estados Unidos realizaron aportaciones específicas para Haití por valor de 5,77 millones de euros.

También los ingresos de socios regulares mostraron un comportamiento muy dinámico en 2010, creciendo por encima de lo previsto inicialmente. A pesar de ello, ya en septiembre era evidente que los ingresos no iban a ser suficientes para cubrir el importante aumento de los gastos. Así, nuestros socios de MSF Estados Unidos y MSF Japón realizaron una contribución extraordinaria (por encima de los acuerdos establecidos para la distribución de recursos) de 4,89 millones de euros. Finalmente, el ejercicio se saldó con un déficit de 1,35 millones.

Las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2010 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 2010

Gastos

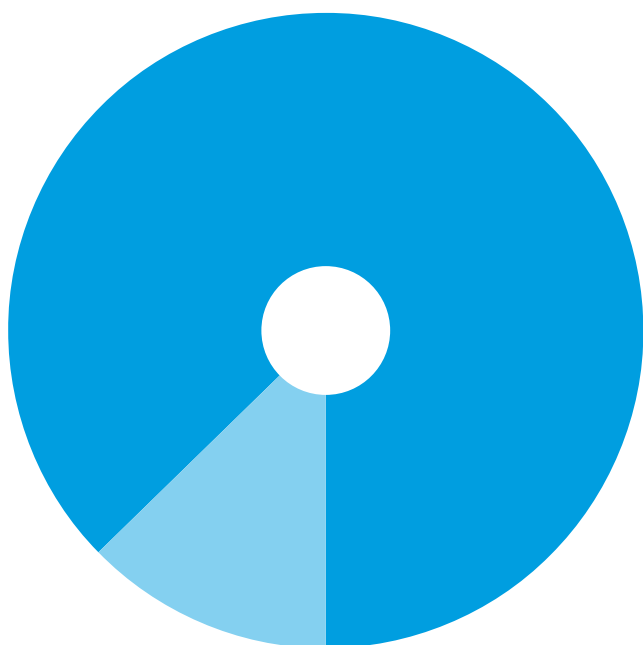
Del total de gastos, el 84,5% se dedicó a atención directa a las poblaciones y el 2,8% a actividades de testimonio, sensibilización e incidencia ciudadana. El 8,8% se invirtió en captación de fondos y el 3,9% restante se dedicó a gastos de gestión.

Total gastos

103.926.270 €

Gastos misión social

87,3 %



Gastos administración y captación de fondos

12,7 %

Ingresos

La masiva respuesta de socios y donantes al terremoto de Haití, contribuyendo en total con 7.676.814 euros, así como la creciente colaboración del resto de secciones de MSF, han permitido la generación de los recursos necesarios para financiar el incremento de gasto de misiones.

Total ingresos

102.872.236 €

Fondos privados

93,1%



Fondos institucionales

6,9%

Equilibrios financieros y cuenta de resultados detallada MSF-E 2010

Gastos	Gastos 2010		Presupuesto 2010		Gastos 2009	
	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Misión social						
Proyectos	60.750.449	58,46	49.171.132	59,41	41.164.148	61,13
Emergencias	19.426.559	18,69	9.208.586	11,13	7.430.711	11,03
Gastos directos misiones	80.177.008	77,15	58.379.718	70,54	48.594.859	72,16
Apoyo a misiones	7.635.794	7,35	8.235.988	9,95	6.144.026	9,12
Testimonio	2.907.539	2,80	2.990.049	3,61	1.950.758	2,90
Total misión social	90.720.341	87,29	69.605.755	84,11	56.689.643	84,18
Administración y captación de fondos						
	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Captación de fondos	9.106.794	8,76	9.139.956	11,04	7.016.048	10,42
Administración	4.099.135	3,94	4.013.572	4,85	3.636.912	5,40
Total gastos administración y captación de fondos	13.205.929	12,71	13.153.528	15,89	10.652.960	15,82
Total gastos	103.926.270	100,00	82.759.283	100,00	67.342.603	100,00
Ingresos	Ingresos 2010		Presupuesto 2010		Ingresos 2009	
	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Fondos privados						
Fondos privados MSF-E	63.616.713	61,84	51.137.770	60,41	47.803.879	66,72
Fondos otras secciones MSF	30.368.221	29,52	18.311.811	21,63	14.677.694	20,49
Otros fondos privados	1.800.094	1,75	3.195.604	3,78	866.335	1,21
Total fondos privados	95.785.029	93,11	72.645.185	85,82	63.347.908	88,42
Fondos públicos institucionales						
	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
Instituciones públicas extranjeras	3.769.065	3,66	7.000.000	8,27	4.523.483	6,31
Instituciones públicas españolas	3.318.142	3,23	5.000.000	7,21	3.773.400	5,27
Total fondos públicos institucionales	7.087.207	6,89	12.000.000	15,48	8.296.883	11,58
Total ingresos	102.872.236	100,00	84.645.185	100,00	71.644.791	100,00
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas	-293.354		-750.000		76.521	
Superávit / déficit	-1.347.388		1.135.899		4.378.706	

Distribución de ingresos por financiador

Ingresos financiadores privados

Ingresos privados MSF-E	Euros
Cuotas regulares de socios	39.120.491
Donativos	19.977.050
Donativos de particulares	15.514.599
Donativos de empresas y otros colectivos	4.462.451
Convenios empresas y fundaciones	3.147.866
Herencias y legados	1.371.307
Total ingresos privados MSF-E	63.616.713

Ingresos privados otras secciones MSF	Euros
MSF Estados Unidos	17.525.103
MSF Japón	9.238.696
MSF Grecia	2.466.442
Otros MSF	1.137.980
Total ingresos otras secciones MSF	30.368.221
Otros ingresos privados	1.800.094

Total ingresos financiadores privados 95.785.029

Ingresos financiadores públicos

Instituciones públicas españolas	Euros
AECID*	2.586.151
Agència Catalana de Cooperació	741.333
Otros ajustes	-9.342
Total instituciones públicas españolas	3.318.142

Instituciones públicas extranjeras	Euros
Comisión de las Comunidades Europeas - ECHO	1.754.861
Gobierno sueco - SIDA	1.267.320
Gobierno británico - DfID	357.735
Gobierno canadiense - CIDA	250.150
Gobierno alemán	70.182
Gobierno danés - DANIDA	68.818
Total instituciones públicas extranjeras	3.769.066

Total ingresos financiadores públicos 7.087.207

Total ingresos 102.872.236

Distribución del coste de los proyectos por naturaleza del gasto

En 2010 cabe destacar el mayor peso proporcional de la partida de transporte, fletes y almacenaje, debido principalmente a las masivas necesidades de transporte aéreo para cubrir las fases iniciales de la emergencia en Haití, tanto en respuesta al terremoto como al cólera. Las actividades de saneamiento y distribución de material de socorro (recogidas bajo el epígrafe de logística y saneamiento) también tienen más peso en el total con respecto a otros años.



22.835.060 €
Personal nacional

28,5%



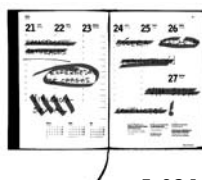
15.945.940 €
Transporte, fletes y almacenaje

19,9%



6.918.163 €
Administración

8,6%



1.034.782 €
Formación y consultores

1,3%



16.249.593 €
Personal internacional

20,3%



11.409.718 €
Logística y saneamiento

14,2%



4.590.450 €
Equipos/suministros médicos y nutricionales

5,7%



1.193.301 €
Otros - Gastos de proyectos gestionados por otras secciones MSF

1,5%

Total gastos

88.177.008 €

* Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Distribución de gastos por tipo de proyecto

En 2010 podemos ver que el impacto del terremoto de Haití ha hecho aumentar de forma considerable el porcentaje de gastos referidos a la atención de víctimas de desastres naturales.

30.987.001 €

Víctimas de conflictos armados ¹

39%



17.950.062 €

Víctimas de desastres naturales ²

22%



17.266.363 €

Víctimas de enfermedades endémicas / epidémicas ³

22%



13.973.582 €

Víctimas de violencia social / exclusión de la atención sanitaria ⁴

17%



Total gastos

80.177.008 €

Distribución de gastos por país

Misiones	Euros
Haití	14.931.390
República Centroafricana	7.968.897
Níger	6.122.827
República Democrática del Congo	4.858.651
Zimbabue	4.351.149
Etiopía	4.250.715
Yemen	4.202.171
Sudán (Darfur)	3.483.194
Colombia	3.262.008
Sur de Sudán	3.242.118
Zambia	2.475.989
Uganda	2.442.963
Somalia	2.433.579
India	2.156.976
Nigeria	2.064.005
Kenia	1.910.755
Liberia	1.694.104
Territorios Palestinos Ocupados	1.128.012
Bolivia	983.806
Siria	871.422
Malawi	809.367
Paraguay	659.887
Marruecos	557.772
Kirguizistán	556.610
Chile	496.819
Grecia	405.456
Guatemala	221.080
Honduras	170.645
Otros	1.464.633

Total misiones

80.177.008

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: centros nutricionales, distribución de alimentos, etc.

2 Víctimas de desastres naturales

Cualquier tipo de respuesta de emergencia, incluida la donación de materiales de ayuda.

3 Víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas

Atención médica a las personas afectadas.

4 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.

Cuentas combinadas de MSF Internacional 2010

Presentamos las cuentas financieras combinadas 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, que cumplen con la mayoría de Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Estas cuentas combinan los balances financieros y cuentas de explotación de las 19 secciones, junto con los balances financieros de las 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 combinadas de MSF para el periodo 2010 han sido auditadas por las empresas contables KPMG y Ernst&Young, conforme a las normas internacionales de auditoría.

MSF internacional	2010		2009	
Ingresos	Millones de euros	% Tot.	Millones de euros	% Tot.
Fondos privados	858,9	91,1	572,4	86,0
Fondos públicos institucionales	69,3	7,3	77,9	11,7
Otros ingresos	15,1	1,6	15,1	2,3
Total ingresos	943,3	100	665,4	100
Gastos	Millones de euros	% Tot.	Millones de euros	% Tot.
Misiones*	634,0	78,0	462,4	75,0
Testimonio	26,4	3,2	21,7	3,5
Otras actividades humanitarias	5,7	0,7	6,4	1,0
Total misión social	666,1	81,9	490,5	79,5
Captación de fondos	103,7	12,8	87,4	14,2
Gestión, general y administración	43,1	5,3	38,9	6,3
Total otros gastos	146,8	18,1	126,3	20,5
Total Gastos	812,9	100	616,8	100
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas (realizadas y no realizadas)	2,1		2,9	
Superávit / déficit	132,5		51,5	

* Proyectos y gastos de apoyo de sede a terreno.

Edita

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

Página web

www.msf.es

Consejo de redacción

Ana Fernández, Aloïs Hug,
Anna Pineda, Gemma Planas,
Carmen Vicente,
Aitor Zabalgogezkoa

Coordinación

Carmen Vicente

Colaboraciones

Andrea Aguilar, Serene Assir,
Fernando Calero, Lali Cambra,
Alberto Cristina, Silvia Fernández,
Michiel Hoffman, Julia Kourafa,
Andreu Maldonado, Nondas Paschos,
Gemma Planas, José M^a del Romero,
Clara Tarrero, Aitor Zabalgogezkoa

Edición

Eulàlia Sanabra

Diseño

www.dfeijoo.com

Producción

Carmen Vicente y Ana Fernández

Impresión

Litografía Rosés

Depósito legal

B-25942/89

Oficinas delegadas MSF España

Barcelona, 933 046 100
Bilbao, 944 231 194
Madrid, 915 411 375
Málaga, 952 600 900
Noroeste, 981 587 091
Valencia, 963 916 133
Buenos Aires, www.msf.org.ar

Versión digital disponible en msf.es

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.

902 250 902 www.msf.es



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

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

Sí, quiero ser socio de MSF colaborando con:

- ☐ **10 euros al mes**
Con 10 euros al mes durante un año vacunaremos a 400 niños contra la meningitis
- ☐ _____ euros al mes
☐ _____ euros al año
☐ _____ euros al trimestre
El importe que desees

En este momento prefiero colaborar con un donativo puntual de:

☐ _____ euros
El importe que desees

Datos personales

Imprescindibles para poder enviarte el recibo de tus aportaciones.

NOMBRE _____
APELLIDOS _____
SEXO ☐ HOMBRE ☐ MUJER
FECHA NACIMIENTO _____
NIF* _____
PROFESIÓN _____
TELÉFONO FIJO _____ MÓVIL _____
E-MAIL _____
CALLE _____
Nº _____ RESTO DIRECCIÓN _____
C.P. _____ POBLACIÓN _____
PROVINCIA _____ PAÍS _____
¿EN QUÉ IDIOMA PREFIERES QUE NOS COMUNIQUEMOS CONTIGO? **
☐ CASTELLANO ☐ CATALÀ ☐ EUSKARA ☐ GALEGO

* Imprescindible para deducir el 25% de tus aportaciones en la declaración del IRPF
** Atenderemos tus preferencias siempre que sea posible

CF0088 CU167

Forma de pago

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

- ☐ **Domiciliación bancaria**
Titular cuenta _____
C.C.C. _____
Lo encontrarás en tu libreta o talonario de cheques del Banco o Caja
No olvides firmar este cupón.
- ☐ **Adjunto un cheque a nombre de Médicos Sin Fronteras**
No olvides rellenar tus datos personales.
- ☐ **Cargo a mi tarjeta**
☐ VISA ☐ Otra _____
Tarjeta nº _____ Caducidad _____
No olvides firmar este cupón.
- ☐ **Transferencia bancaria a**
Banco Santander c.c.c. 0049 / 1806 / 95 / 2811869099
"la Caixa" c.c.c. 2100 / 3063 / 99 / 2200110010
BBVA c.c.c. 0182 / 6035 / 49 / 0000748708

Por favor, envíanos el comprobante que te dará el banco

Firma

Del titular de la cuenta, libreta o tarjeta

Fecha

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

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

NO
NECESITA
SELLO
Franqueo
en destino

Respuesta comercial
Autorización N°9444
B.O.C. N°98 10/11/89

© www.dfejoo.com

DOBLAR POR AQUÍ

Apartado F.D. N° 203
08080 Barcelona

