



MEMORIA INTERNACIONAL MSF 2013



www.msf.org

CARTA MAGNA DE MÉDICOS SIN FRONTERAS

Médicos Sin Fronteras es una asociación privada con vocación internacional. La asociación reúne mayoritariamente a miembros del cuerpo sanitario y está abierta a otros profesionales que puedan apoyar su misión. Todos se comprometen a honrar los siguientes principios:

Médicos Sin Fronteras aporta su ayuda a las poblaciones en situación precaria, a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación por raza, religión, filosofía o política.

Al actuar con neutralidad e imparcialidad, Médicos Sin Fronteras reivindica, en nombre de la ética médica universal y del derecho a la asistencia humanitaria, la plena y entera libertad en el ejercicio de su función.

Médicos Sin Fronteras se compromete a respetar los principios deontológicos de su profesión y a mantener una independencia total de todo poder político, económico o religioso.

Los voluntarios comprenden los riesgos y peligros de las misiones que cumplen y no reclamarán para sí mismos ni para sus allegados compensación alguna, salvo la que la asociación sea capaz de proporcionarles.

Los textos referentes a países de esta Memoria ofrecen una visión general del trabajo de MSF entre enero y diciembre de 2013. Las cifras de recursos humanos representan el total de puestos equivalentes en tiempo completo (FTE, del inglés *full-time equivalent*) por país durante dicho periodo (por ejemplo: dos personas a media jornada equivalen a un FTE).

Los resúmenes de actividades por países son representativos y, por limitación de espacio, no siempre exhaustivos. Para más información sobre nuestras actividades en otros idiomas, puedes consultar alguna de las *web* listadas en la página 100.

La toponimia y el trazado de fronteras en los mapas de esta Memoria no reflejan postura alguna de MSF sobre el estatus jurídico de países y territorios. Los nombres de algunos pacientes son ficticios por motivos de confidencialidad.

SUMARIO

2 PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO

4 RESUMEN DEL AÑO

*Dra. Joanne Liu, presidenta internacional de MSF
Jérôme Oberreit, secretario general de MSF*

8 RESUMEN DE OPERACIONES

10 GLOSARIO DE ENFERMEDADES Y ACTIVIDADES

14 SUDÁN DEL SUR: UN PAÍS ESTRANGULADO POR LA VIOLENCIA

16 CÓMO ABORDAR LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA MUJER

18 REPÚBLICA CENTROAFRICANA: DESCENSO AL CAOS

22 UN DÍA EN LA VIDA DE: LA CLÍNICA DE MSF EN DERA MURAD JAMALI, BALUCHISTÁN (PAKISTÁN)

24 VACUNACIÓN: AMBICIONES DE MSF Y DESAFÍOS

27 ACTIVIDADES POR PAÍS

95 INFORMES PUBLICADOS EN 2013

96 DATOS Y CIFRAS

100 CONTACTOS DE MSF



4 Resumen del año



14 Sudán del Sur: un país estrangulado por la violencia



16 Cómo abordar las necesidades de salud de la mujer

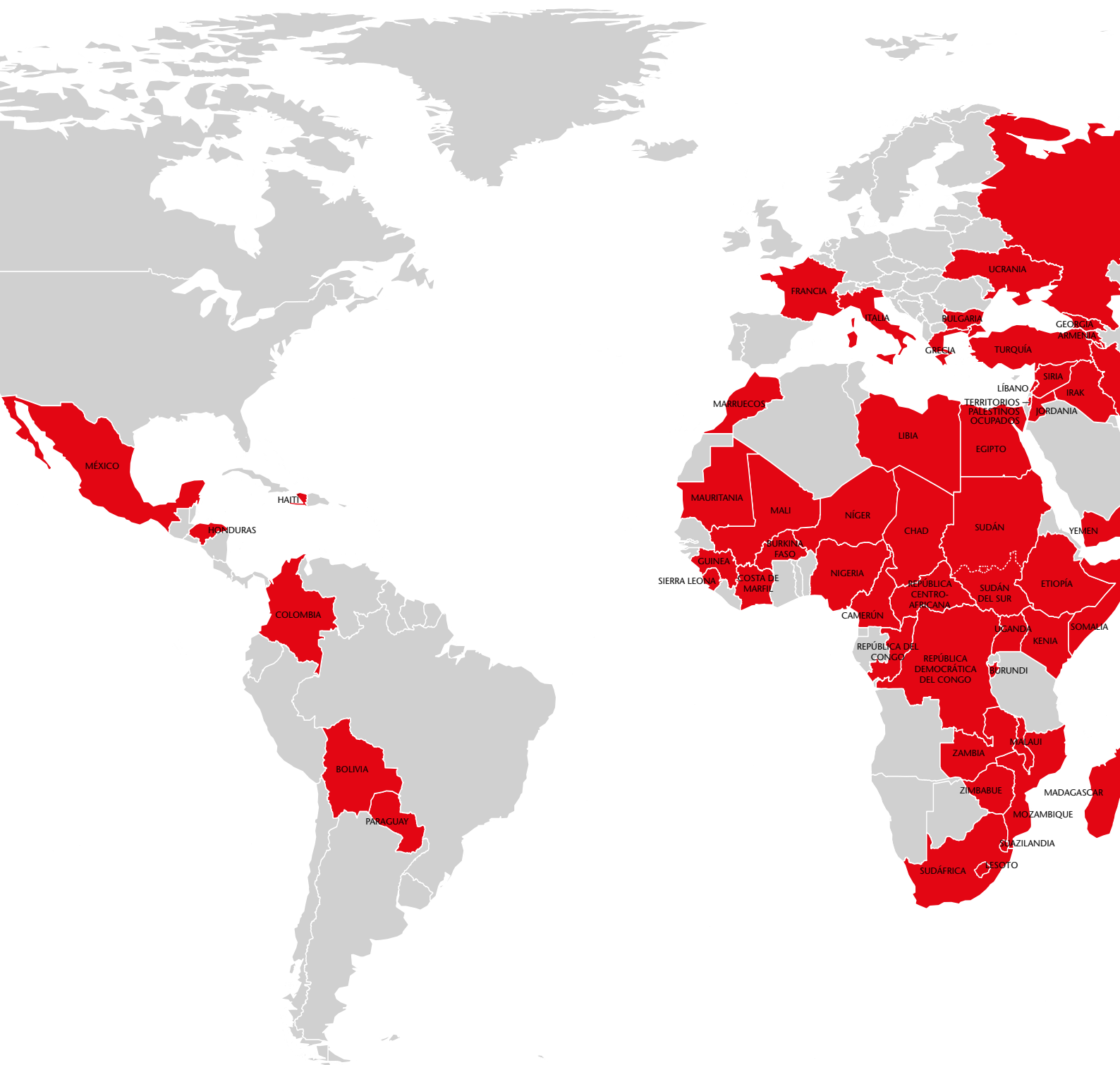


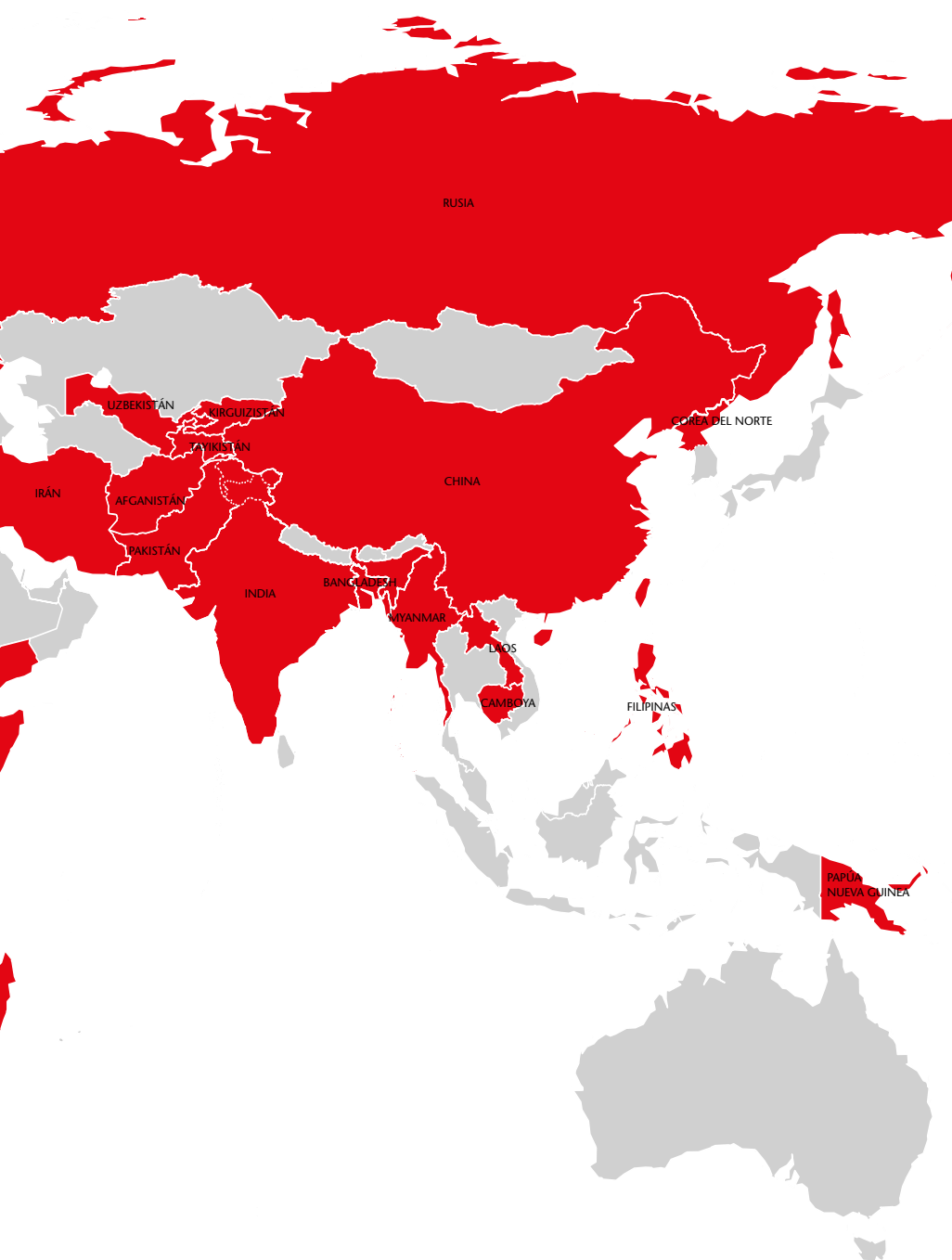
18 República Centroafricana: descenso al caos



27 Actividades por país

PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO





28	AFGANISTÁN	61	MALAUI
30	ARMENIA	62	MALI
30	BANGLADESH	63	MARRUECOS
31	BOLIVIA	64	MAURITANIA
32	BULGARIA	64	MÉXICO
32	BURKINA FASO	65	MOZAMBIQUE
33	BURUNDI	66	MYANMAR
33	CAMBOYA	67	NÍGER
34	CAMERÚN	69	NIGERIA
34	CHAD	70	PAKISTÁN
36	CHINA	72	PAPÚA NUEVA GUINEA
37	COLOMBIA	73	PARAGUAY
38	COREA DEL NORTE	73	REPÚBLICA CENTROAFRICANA
38	COSTA DE MARFIL	75	REPÚBLICA DEL CONGO
39	EGIPTO	76	REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO
39	ETIOPIÁ	78	RUSIA
41	FILIPINAS	78	SIERRA LEONA
43	FRANCIA	79	SIRIA
44	GEORGIA	81	SOMALIA
44	GRECIA	83	SUAZILANDIA
45	GUINEA	84	SUDÁFRICA
45	HAITÍ	85	SUDÁN
47	HONDURAS	86	SUDÁN DEL SUR
48	INDIA	88	TAYIKISTÁN
50	IRAK	88	TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS
52	IRÁN	89	TURQUÍA
52	ITALIA	89	UCRANIA
53	JORDANIA	90	UGANDA
54	KENIA	91	UZBEKISTÁN
56	KIRGUIZISTÁN	91	YEMEN
57	LAOS	92	ZAMBIA
57	LESOTO	93	ZIMBABUE

RESUMEN DEL AÑO

Dra. Joanne Liu, presidenta internacional de MSF
Jérôme Oberreit, secretario general de MSF

En agosto de 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) se retiró de Somalia después de 22 años de trabajo ininterrumpido.

2013 ha sido un año de excepcionales circunstancias, decisiones y compromisos, sobre todo en Somalia y Siria. Una vez más, las organizaciones humanitarias hemos sufrido robos y saqueos de las estructuras médicas. Pero lo más chocante ha sido sin duda el fracaso del sistema de ayuda humanitaria internacional en países como República Centroafricana (RCA) y Sudán del Sur.

Desde su fundación, MSF ha hecho frente a múltiples formas de violencia contra sus pacientes, su personal, sus estructuras y sus vehículos, y también ha sido testigo de cómo los sistemas sanitarios en general eran blanco directo de ataques. Pero en 2013, la situación en Somalia se volvió insostenible: ya no era posible el equilibrio entre los riesgos y compromisos que debíamos asumir –como la contratación de guardias armados y el control remoto de los proyectos gestionados por personal nacional– por un lado, y por el otro, nuestra capacidad de asistir a la población somalí. A lo largo de los años, nuestros trabajadores en Somalia han sido amenazados, atacados, secuestrados e incluso asesinados, pero el vaso se colmó al constatar que las partes con las que negociábamos

estaban en algunos casos activamente involucradas en estos actos violentos o los toleraban. La falta de respeto y las deliberadas violaciones del humanitarismo médico con el objetivo de obtener beneficios políticos y económicos estaban poniendo en peligro las vidas de nuestros pacientes y de nuestro personal. Con gran pesar, tuvimos que retirarnos.

En Siria, la guerra civil entró en su tercer año. En el momento de escribir estas líneas, hay nueve millones de desplazados internos y refugiados en países vecinos: más del 40% de los sirios han tenido que abandonar sus hogares. Quienes se quedaron en Siria soportan una violencia incesante; ciudades enteras han sido diezmadas, el sistema de



Un trabajador de MSF observa los restos de que lo había sido la oficina de MSF en Kitchanga, República Democrática del Congo, arrasada durante la ola de violencia sufrida por la ciudad.

© Giulio Di Sturco



Una pediatra de MSF examina a un pequeño refugiado sirio durante una clínica móvil en el campo de Voenna Rampa, en Sofía (Bulgaria).

salud se ha derrumbado y han aparecido brotes de enfermedades prevenibles como el sarampión y la poliomielitis. Un incontable número de sirios intentan desesperadamente conseguir atención médica, pero esta apenas existe, ni siquiera en ámbitos tan comunes como los controles prenatales, las vacunaciones o el tratamiento de infecciones o enfermedades crónicas. MSF prestó asistencia directa allí donde pudo negociar acuerdos para trabajar, es decir en áreas controladas por la oposición, en las que la inestabilidad es un constante desafío. También apoyó a redes médicas sirias. Entre otros servicios, MSF ofreció consultas externas, hospitalización, cirugía, vacunaciones y atención materna y obstétrica. Si pensamos en las enormes necesidades existentes, MSF debería tener en Siria uno de sus despliegues de mayor envergadura: sin embargo, nuestra capacidad de llegar a los pacientes sigue siendo muy limitada. Este es un contundente recordatorio de que la atención médica por lo general no ha sido respetada, e incluso en muchos casos ha sido directamente atacada por las partes en conflicto, y utilizada con fines políticos. En Líbano, Irak, Turquía y Jordania, MSF siguió asistiendo a la población siria dentro y fuera de los campos de refugiados.

2013 estuvo marcado por la acumulación de crisis agudas que afectaron a comunidades enteras, dejándolas con escaso acceso a

atención médica cualificada. En algunos casos, la ayuda externa era su único salvavidas, y sin embargo a menudo MSF estaba sola respondiendo no solo a los problemas médicos, sino también a otras necesidades humanitarias.

Los acontecimientos políticos empujaron a Sudán del Sur y RCA a la inestabilidad y a la violencia más brutal, y miles de personas tuvieron que desplazarse. En RCA, el golpe de Estado de marzo provocó la propagación de enfrentamientos políticos por todo el país y las divisiones religiosas se avivaron. Para enero de 2014, más de un millón de personas habían huido de sus casas, de las cuales 245.000 habían cruzado a Chad y Camerún; cientos de miles se escondían en los bosques y otros muchos se agrupaban en campos de desplazados. A finales de 2013, MSF contaba con nueve intervenciones de emergencia en RCA, que se sumaban a los ocho proyectos regulares anteriores a la crisis: la organización realizó más de 800.000 consultas médicas a lo largo del año.

En Sudán del Sur, la población depende en gran parte de la asistencia médica de MSF. El pico de violencia en Jonglei a principios de 2013 provocó grandes desplazamientos de población; en diciembre, las luchas entre facciones del Ejército se extendieron a cinco estados, y de nuevo la población tuvo que huir, destruyéndose la esperanza

de estabilidad en este joven país. Con más de 3.000 trabajadores, MSF gestiona 16 proyectos en nueve estados y tres intervenciones de emergencia para atender a los desplazados y heridos de guerra. MSF también empezó a asistir a los refugiados en países como Uganda. Lo ocurrido en diciembre fue solo el comienzo de una grave crisis de violencia, guerra civil y sufrimiento humano en Sudán del Sur.

Un año más, República Democrática del Congo (RDC), con sus recurrentes desplazamientos de población y sus terribles carencias médicas, fue el país al que MSF destinó un mayor presupuesto para proyectos en el terreno. Aunque hay muchas organizaciones humanitarias en RDC, la mayor parte de la ayuda se concentra en Goma y en las zonas consideradas estables, y descuida las necesidades de las regiones más remotas del este, donde la población está sometida a un conflicto creciente, al bandolerismo, a los abusos generalizados y a la violencia sexual. En 2013, de nuevo, intensos combates causaron desplazamientos masivos, y las precarias condiciones de vida hicieron que enfermedades como la malaria, el cólera y el sarampión se propagaran sin freno. MSF lanzó numerosas intervenciones de emergencia y campañas de vacunación: por ejemplo, 1,2 millones de niños de entre 15 meses y 15 años fueron inmunizados contra el sarampión.

Respuesta en Filipinas

Este año se demostró una vez más que la movilización pública ante el sufrimiento de otros seres humanos nunca es tan masiva como cuando se produce un desastre natural. Mientras que la captación de fondos para programas de asistencia a las víctimas de la guerra es ardua y lenta, el mundo se levantó de inmediato para ayudar a los supervivientes del tifón Haiyan, que azotó Filipinas en noviembre. La virulencia de la tormenta y las inundaciones destruyeron las estructuras de salud. No obstante, gracias al alto nivel de experiencia y de respuesta de los trabajadores sanitarios locales y del Ministerio de Salud, las necesidades médicas fueron mucho menores de lo que se temía. MSF prestó atención médica y distribuyó artículos de primera necesidad, al tiempo que reconstruía las estructuras de salud. Los primeros días fueron difíciles debido a los desafíos logísticos, pero al cabo de dos semanas MSF contaba ya con un equipo en rápido crecimiento (compuesto por personal internacional y local), que trabajaba en cuatro hospitales, ocho centros de salud y en clínicas móviles en 37 localidades.

Testimonio y acceso a la salud

MSF es una organización médica pero su trabajo no se limita solo a brindar atención sanitaria: también presta testimonio sobre las situaciones extremas que presencia. En octubre, lanzó el proyecto *Speaking Out*

(*Estudios de caso sobre testimonio*, speakingout.msf.org), para publicar regularmente documentos de referencia sobre el trabajo de MSF en determinadas crisis a lo largo de su historia. Estos informes exponen los difíciles debates internos a los que se ha enfrentado la organización en la definición de sus operaciones y de su posicionamiento público.

En 2013, MSF se vio obligada a realizar declaraciones y denuncias públicas en muchas ocasiones. El 21 de agosto, equipos médicos sirios apoyados por MSF en tres localidades de la gobernación de Damasco informaron de que habían atendido a unas 3.600 personas con síntomas neurotóxicos. Al ser MSF el testigo independiente más directo, y atendiendo a la confianza establecida con los facultativos sirios, MSF difundió un comunicado detallando aquellos hechos, una decisión que fue muy ponderada.

Asimismo, el 12 de diciembre, MSF publicó una carta abierta a Valérie Amos, secretaria general adjunta de Asuntos Humanitarios de la ONU, denunciando el fracaso del sistema humanitario a la hora de responder adecuadamente a la emergencia en RCA o de garantizar siquiera los mínimos estándares para la supervivencia de la población. El despliegue de personal y asistencia de MSF había demostrado que, respetando los principios humanitarios, era posible ampliar las operaciones de ayuda. Menos de una semana después, MSF envió una segunda

carta al Grupo de Alto Nivel sobre Siria, reunido en Ginebra, pidiendo un incremento de la ayuda transfronteriza, con el fin de atender las necesidades de quienes no estaban recibiendo la asistencia enviada desde (y controlada por) Damasco.

Siendo testigo de los constantes flujos de refugiados procedentes de conflictos en África y Oriente Próximo, MSF también criticó las restrictivas y represivas políticas migratorias de la Unión Europea. Nuestros equipos han atendido en centros de detención europeos a migrantes cuya salud física y mental se había deteriorado debido al hacinamiento y al escaso saneamiento de las instalaciones. En diciembre, en un comunicado, MSF instó al cierre temporal y rehabilitación del centro de Lampedusa (Italia), petición que fue aceptada por las autoridades. MSF siguió atendiendo a migrantes indocumentados en Italia, Grecia y Bulgaria, al tiempo que urgía a los responsables de turno a proveerles unas dignas condiciones de acogida.

La Campaña de Acceso de MSF también trabajó sin descanso en favor de los medicamentos esenciales y de los pacientes amenazados por el Tratado de Asociación Transpacífico (TPP, que negocian Estados Unidos y 11 países de la cuenca del Pacífico, como Chile, Perú y México), así como por el Tratado de Libre Comercio entre la Unión Europea e India. Estos acuerdos incluyen agresivas disposiciones de protección de



© Mikhail Galustov

Un equipo de cirujanos de MSF opera a un paciente con herida de bala en el hospital de Kunduz, Afganistán.



© Yann Libessart / MSF

Los niños menores de 2 años del campo de refugiados de Yida, en Sudán del Sur, recibieron la vacuna conjugada contra el neumococo (VNC), que se utilizaba por primera vez en este país.

la propiedad intelectual que se traducirán en la extensión de las patentes de los medicamentos y por tanto bloquearán el acceso a genéricos para enfermedades como el VIH, de los que dependen millones de pacientes sin recursos en países pobres y proveedores de salud como MSF.

Malaria, tuberculosis y VIH

La quimioprevención estacional de la malaria (SMC), estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud, ha demostrado ya su eficacia en Chad y Mali, y en 2013 la utilizamos también en Níger por primera vez. Durante los cuatro meses de la estación de lluvias, los niños reciben una dosis de tratamiento antipalúdico. Aunque métodos tradicionales como las mosquiteras siguen siendo la base de los programas preventivos, la SMC está siendo muy útil a la hora de proteger a los niños amenazados por la malaria severa en áreas de alta transmisión estacional.

Por otra parte, en colaboración con los ministerios de Salud, MSF siguió respondiendo a la TB resistente a los medicamentos en el Cáucaso sur. Asimismo, en KwaZulu Natal (Sudáfrica), lanzamos el proyecto *Cambiar la tendencia*, con el fin

de frenar la coinfección de VIH y TB. Otras estrategias fueron la introducción de la prueba de la carga vital en varias áreas de Mozambique, y la ampliación de la estrategia de diagnóstico y tratamiento precoz en Suazilandia.

Atención médica en la línea de fuego

2013 nos ha certificado que, en su propio interés, hay quien coloca deliberadamente el punto de mira sobre la atención médica. Nuestros equipos sufrieron incidentes de seguridad en Afganistán, Nigeria, Pakistán, Sudán del Sur, Siria o Yemen. En RDC, nuestros compañeros congoleños Chantal, Philippe, Richard y Romy fueron secuestrados por un grupo armado durante una misión de evaluación en julio; en el momento de escribir este artículo, MSF sigue buscándoles. En una nota más positiva, nuestras colegas Montserrat Serra y Blanca Thiebaut fueron liberadas en julio, tras 21 meses de cautiverio: habían sido secuestradas en el campo de refugiados de Dadaab (Kenia) en 2011.

Los ataques contra MSF y otras organizaciones humanitarias son muy preocupantes, no solo por la cuestión inherente de la seguridad de nuestros equipos, sino por su impacto y consecuencias (suspensión

o cancelación de servicios médicos) en la salud y la supervivencia de las personas a las que atendemos. En 2013, MSF empezó a estudiar a fondo estos incidentes, su impacto y nuestras respuestas: el proyecto *Atención médica en la línea de fuego* pretende identificar formas de mejorar el acceso seguro de los pacientes a la atención médica, e incrementar la seguridad de las estructuras de salud y de los equipos nacionales e internacionales.

En 2013 hemos tenido a menudo la sensación de nadar contra la corriente. Sin embargo, a pesar de las dificultades y de las enormes cifras de personas atrapadas en las crisis y traumatizadas por la violencia, la pérdida y la incertidumbre, nuestros equipos —y quienes les apoyan— aportaron asistencia médica a más de ocho millones de personas en su hora de mayor necesidad. Queremos aprovechar esta oportunidad para dar las gracias a todos los que hicieron posible nuestro trabajo el año pasado.

RESUMEN DE OPERACIONES

Principales intervenciones según el gasto en proyectos

1. República Democrática del Congo	7. Somalia
2. Sudán del Sur	8. Irak
3. Haití	9. Chad
4. Siria	10. Zimbabue
5. República Centroafricana	
6. Níger	

Estos 10 países suman un gasto total de 323 millones de euros, el **53%** del presupuesto de MSF destinado a operaciones.

Recursos humanos

Principales intervenciones según el número de trabajadores de MSF en el terreno, medidos en FTE.

1. República Democrática del Congo	3.604
2. Sudán del Sur	2.854
3. Haití	2.324
4. Níger	1.879
5. República Centroafricana	1.631

Consultas externas

Principales intervenciones según el volumen de consultas externas. No incluye consultas de atención especializada.

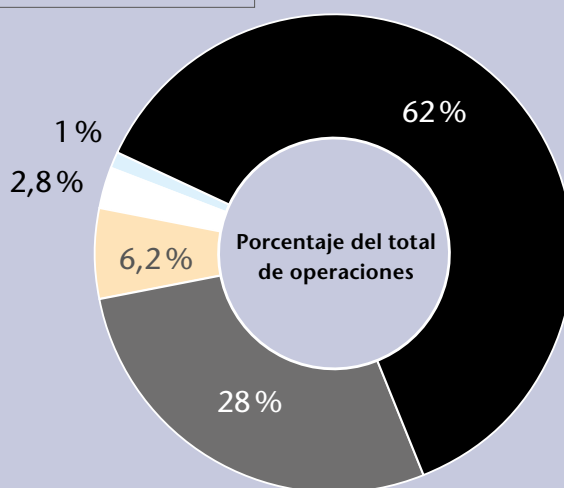
1. República Democrática del Congo	1.654.100
2. Sudán del Sur	981.500
3. Níger	916.000
4. República Centroafricana	816.300
5. Myanmar	519.100
6. Kenia	415.700
7. Afganistán	370.000
8. Somalia	318.400
9. Mali	308.100
10. Suazilandia	287.800

Localización de los proyectos

Número de proyectos

África	240	América	24
Asia*	108	Europa	11
		Pacífico	4

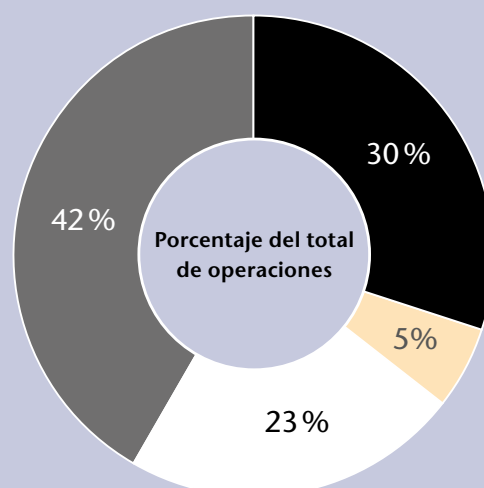
*Asia incluye Oriente Próximo y el Cáucaso.



Contextos de intervención

Número de proyectos

Estable	161	Inestabilidad interna	88
Conflicto armado	117	Posconflicto	21



PRINCIPALES ACTIVIDADES EN 2013

- **9.029.100**
Consultas
Número de consultas externas
- **477.700**
Hospitalizaciones
Número de pacientes ingresados
- **1.871.200**
Malaria
Número de pacientes tratados
- **233.800**
Centros de Nutrición Terapéutica (CNT)
Número de niños con desnutrición aguda severa tratados en CNT hospitalarios o ambulatorios
- **17.100**
Centros de Nutrición Suplementaria (CNS)
Número de niños con desnutrición aguda moderada tratados en CNS
- **341.600**
VIH
Número de pacientes con VIH bajo atención médica al finalizar 2013
- **325.500**
Tratamiento antirretroviral (ARV) de primera línea
Número de pacientes con VIH en tratamiento con ARV de primera línea al finalizar 2013
- **5.500**
Tratamiento antirretroviral (ARV) de segunda línea
Número de pacientes con VIH en tratamiento con ARV de segunda línea al finalizar 2013 (por fracaso de la primera)
- **18.500**
PTMH (madres)
Número de mujeres VIH-positivas embarazadas que recibieron tratamiento para la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH)
- **16.800**
PTMH (hijos)
Número de niños recién nacidos que recibieron profilaxis ARV posexposición para la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH)
- **182.200**
Partos
Número de mujeres que dieron a luz, incluyendo cesáreas
- **77.350**
Cirugías
Número de intervenciones de cirugía mayor (con anestesia general o espinal), incluida cirugía obstétrica
- **11.100**
Violencia sexual
Número de pacientes que recibieron tratamiento médico tras sufrir una agresión sexual
- **29.900**
Tuberculosis, primera línea
Número de nuevos pacientes con tuberculosis en tratamiento de primera línea
- **1.950**
Tuberculosis, segunda línea
Número de nuevos pacientes con tuberculosis multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) en tratamiento de segunda línea
- **141.100**
Salud mental (individual)
Número de consultas individuales de salud mental
- **14.200**
Salud mental (en grupo)
Número de sesiones en grupo de asesoramiento o apoyo psicológico
- **27.900**
Cólera
Número de pacientes tratados
- **2.497.250**
Sarampión (vacunación)
Número de personas vacunadas contra el sarampión en respuesta a un brote epidémico
- **129.900**
Sarampión (tratamiento)
Número de pacientes con sarampión tratados
- **162.400**
Meningitis (vacunación)
Número de personas vacunadas contra la meningitis en respuesta a un brote epidémico
- **1,750**
Meningitis (tratamiento)
Número de pacientes con meningitis tratados

Estos datos suman las actividades realizadas en proyectos de MSF con asistencia directa o bajo su coordinación o control remoto. El listado ofrece un resumen general de las actividades de la organización, pero no puede considerarse exhaustivo.

GLOSARIO DE ENFERMEDADES Y ACTIVIDADES

Agua y saneamiento

Todas las instalaciones médicas en las que trabaja MSF cuentan con suministro de agua potable y un sistema de gestión de residuos, dos elementos esenciales para toda actividad médica.

En emergencias, parte de la intervención de MSF puede consistir en proporcionar agua potable y un saneamiento adecuado: ambos son prioritarios. Si no existe una fuente de agua segura en las proximidades, MSF la transporta en camiones cisterna. También desarrolla actividades para promover el uso de las instalaciones de saneamiento y garantizar unas buenas prácticas de higiene.

Cólera

El cólera es una infección gastrointestinal aguda causada por la bacteria *Vibrio cholerae*. Se transmite por la ingesta de agua o alimentos contaminados, o por contacto directo con superficies contaminadas. En países no endémicos pueden producirse brotes importantes y la infección puede propagarse rápidamente. Aunque muchas personas solo desarrollan una infección leve, el cólera puede causar diarrea acuosa profusa y vómitos, que llevan a una deshidratación severa y a la muerte. El tratamiento consiste en la restitución inmediata de fluidos y sales mediante una solución de rehidratación oral o intravenosa. El cólera es más frecuente en entornos densamente poblados con malas condiciones de salubridad y fuentes de agua no potable.

En cuanto estalla un brote, se aísla a los pacientes en centros de tratamiento para impedir la propagación de la enfermedad. Las medidas de prevención consisten en estrictas prácticas de higiene y abastecimiento de agua potable.

MSF trató a 27.900 pacientes con cólera en 2013.

Desnutrición

La desnutrición es una falta de nutrientes esenciales que afecta al crecimiento de los niños y aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades. La edad crítica va de los 6 meses, cuando los bebés empiezan a tomar otros alimentos además de la leche materna, a los 2 años. Pero también son vulnerables los niños menores de 5 años, los adolescentes, las mujeres embarazadas o lactantes, los ancianos y los enfermos crónicos.

La desnutrición en niños puede diagnosticarse de dos formas: midiendo el peso y la talla del niño, o midiendo su circunferencia mesobraquial. Según estas medidas, los niños serán diagnosticados como desnutridos agudos moderados o severos.

MSF trata la desnutrición con alimentos preparados (RUF, del inglés *ready-to-use food*) ricos en nutrientes, que contienen leche en polvo enriquecida y aportan todos los nutrientes que necesita un niño desnutrido para compensar sus deficiencias y ganar peso. Como tienen una larga caducidad y no requieren preparación previa ni el uso de agua, se pueden dispensar en todo tipo de entornos y permiten seguir el tratamiento en casa si el niño no sufre complicaciones graves.

Allí donde existe el riesgo de desnutrición severa, MSF distribuye de forma preventiva suplementos nutricionales a los niños más vulnerables, para impedir que su estado se deteriore todavía más.

MSF trató a 250.900 niños en sus programas de nutrición en 2013.

Distribución de artículos de primera necesidad

El foco principal de MSF es la atención médica, pero en emergencias nuestros equipos suelen distribuir artículos que ayudan a la supervivencia y a la salud física y mental, como ropa, mantas, material de refugio, productos de limpieza e higiene personal, utensilios de cocina y combustible. Muchos de estos artículos se distribuyen en *kits*: los de cocina contienen un hornillo, ollas, platos, vasos, cubiertos y un bidón

para almacenar agua; los de higiene, jabón, champú, cepillos de dientes, dentífrico y detergente.

Además, cuando las personas atendidas han quedado al raso, sin refugio, y los materiales necesarios no están disponibles localmente, MSF distribuye tiendas, lonas de plástico o cuerdas para que cada familia tenga un techo. En climas fríos, se reparten tiendas más gruesas o se buscan estructuras más permanentes.

MSF distribuyó 146.650 kits de ayuda en 2013.

Enfermedad de Chagas

Esta enfermedad se encuentra casi exclusivamente en Latinoamérica, aunque, con el aumento de las migraciones y los viajes internacionales, también hay casos en Estados Unidos, Europa, Australia y Japón. El Chagas es una enfermedad parasitaria transmitida por la vinchuca, una chinche que vive en las grietas de las paredes y los techos de las viviendas de adobe y paja. También puede transmitirse vía transfusiones de sangre, de madres a hijos durante el embarazo y, en menor medida, por trasplante de órganos. A menudo, una persona infectada no presenta síntomas durante años. Un 30% de los afectados desarrolla problemas crónicos que acortan la vida una media de 10 años. El fallo cardíaco es la principal causa de muerte en adultos.

El diagnóstico es complicado, ya que requiere dos o tres análisis de sangre. Solo existen dos medicamentos para combatir el Chagas, el benznidazol y el nifurtimox, desarrollados hace más de 40 años. La tasa de curación es de casi el 100% en recién nacidos y durante la primera infancia, pero se va reduciendo a medida que pasa el tiempo entre la infección y el inicio del tratamiento.

Los tratamientos actuales pueden ser tóxicos y son largos (hasta más de dos meses). A pesar de la evidente necesidad de medicamentos más efectivos y seguros, hay pocos fármacos en desarrollo.

MSF trató a 4.500 pacientes con Chagas en 2013.

Enfermedad del sueño (trypanosomiasis humana africana)

Esta infección parasitaria, transmitida por la mosca tsé-tsé, es propia de África subsahariana. Más del 95% de los casos los causa el *Trypanosoma brucei gambiense*, presente en África central y occidental. El parásito ataca el sistema nervioso central, produce graves trastornos neurológicos y a menudo la muerte. El 5% de los casos restantes los causa el *Trypanosoma brucei rhodesiense*, que se encuentra en África oriental y del sur.

Durante la primera fase de la enfermedad, esta es fácil de tratar pero difícil de diagnosticar, ya que los afectados presentan síntomas no específicos, como fiebre y debilidad. La segunda fase empieza cuando el parásito invade el sistema nervioso central y la persona empieza a mostrar síntomas neurológicos o psiquiátricos, como mala coordinación, confusión y trastornos del sueño. El diagnóstico en esta fase exige una muestra de líquido cefalorraquídeo.

La terapia combinada de nifurtimox y eflornitina (NECT), desarrollada por la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) y MSF, es el tratamiento recomendado internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud. La NECT es más segura que el melarsoprol, un medicamento más antiguo que, al ser un derivado del arsénico, tiene muchos efectos secundarios e incluso puede causar la muerte. Se espera que las nuevas moléculas en fase de ensayo clínico puedan conducir al desarrollo de un tratamiento oral seguro y efectivo para ambos estadios de la enfermedad.

MSF trató a 1.800 nuevos pacientes con enfermedad del sueño en 2013.

Kala azar (leishmaniasis visceral)

Desconocida en el mundo desarrollado, la leishmaniasis visceral o kala azar (fiebre negra en hindi) es una enfermedad tropical parasitaria transmitida a través de la picadura de un cierto tipo de mosca de la arena. Es endémica en 76 países y se cuentan entre 200.000 y 400.000 casos anuales, un 90% de ellos en Bangladesh, India, Etiopía, Sudán, Sudán del Sur y Brasil.

El kala azar se caracteriza por fiebre, pérdida de peso, inflamación severa del hígado y el bazo, anemia y deficiencias en el sistema inmunológico. Sin tratamiento, el kala azar casi siempre es mortal.

En Asia, pueden utilizarse pruebas rápidas de diagnóstico; sin embargo, estas pruebas no son suficientemente sensibles para su uso en África, y allí se requieren exámenes al microscopio de muestras del bazo, la médula espinal o los nódulos linfáticos. Estos procedimientos tan invasivos requieren



La vinchuca es la portadora del parásito que causa el Chagas, el *Trypanosoma cruzi*. La enfermedad puede ser asintomática durante años, y ser mortal si no se trata.

recursos que no pueden conseguirse fácilmente en países en desarrollo.

Las opciones de tratamiento han evolucionado en los últimos años: la anfotericina B liposomal se ha convertido en el principal tratamiento en Asia, bien sola o como parte de una terapia combinada. Es más segura y tiene un curso de tratamiento más corto que medicaciones anteriores, pero debe administrarse por vía intravenosa, lo que sigue siendo un obstáculo para su uso en clínicas locales. En África, el mejor tratamiento disponible es una combinación de antimoniales pentavalentes y paromomicina, que se administra mediante una serie de dolorosas inyecciones. En la actualidad, varias investigaciones buscan un tratamiento más corto, que se espera esté disponible en breve.

La coinfección por kala azar y VIH supone un reto enorme, pues ambas enfermedades influyen la una en la otra en un círculo vicioso, atacando y debilitando el sistema inmunológico.

MSF trató a 5.300 nuevos pacientes con kala azar en 2013.

Malaria

La malaria es transmitida por mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre, dolor articular, cefaleas, vómitos, convulsiones y coma. La forma más grave la causa casi siempre el parásito *Plasmodium falciparum*, que daña los órganos y es mortal si no se trata. Las investigaciones de MSF en el terreno han ayudado a probar que la terapia combinada con artemisinina (TCA) es la más efectiva contra este tipo de malaria. En 2010, la Organización Mundial de la Salud cambió sus guías para recomendar el uso del artesunato, un derivado de la artemisinina,

en el tratamiento de niños con malaria severa.

Las mosquiteras tratadas con insecticida son un medio importante para controlar la malaria. En las regiones endémicas, MSF las distribuye (e instruye sobre su uso) a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años, los dos grupos más vulnerables a la malaria severa.

En 2012, MSF utilizó por primera vez una estrategia de quimioprevención estacional en Chad y en Mali. Durante el pico estacional de la enfermedad, se proporcionó a los niños de hasta 5 años un tratamiento mensual con antipalúdicos orales durante un periodo de tres o cuatro meses. En 2013, esta estrategia fue aplicada en Níger.

MSF trató a 1.871.200 pacientes con malaria en 2013.

Meningitis

La meningitis meningocócica es una infección de las meninges, las finas membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Puede causar intensos y repentinos dolores de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos, fotosensibilidad y rigidez de la nuca. La muerte puede sobrevenir a las pocas horas de la aparición de los síntomas. Sin tratamiento, pueden morir hasta un 50% de las personas infectadas.

Seis cepas de la bacteria *Neisseria meningitidis* (A, B, C, W135, X e Y) causan la enfermedad; se puede ser portador sin presentar síntomas y propagarla al toser o estornudar. El diagnóstico requiere el examen de una muestra de líquido cefalorraquídeo y el tratamiento consiste en antibióticos específicos. No obstante, incluso con tratamiento adecuado, entre el 5 y el 10% de los afectados fallece, y uno de cada cinco

supervivientes puede sufrir secuelas, que van desde pérdidas de oído a problemas de aprendizaje.

La meningitis se da esporádicamente en todo el mundo, pero la mayoría de casos y de muertes se producen en África, sobre todo en la franja que cruza el continente de este a oeste, entre Senegal y Etiopía, conocida como el *cinturón de la meningitis*, donde la más común es la de tipo A. Una nueva vacuna contra esta cepa protege durante 10 años e impide que los portadores sanos transmitan la enfermedad. Se han llevado a cabo campañas de vacunación masiva preventivas en Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Ghana, Mali, Níger, Nigeria, Senegal y Sudán.

MSF trató a 1.750 pacientes con meningitis y vacunó a 162.400 personas en respuesta a brotes de esta enfermedad en 2013.

Promoción de la salud

Las actividades de promoción de la salud están destinadas a mejorar el estado general de salud de la comunidad y promover el uso de los servicios médicos. Es un proceso recíproco, ya que requiere proporcionar información a la comunidad, pero también comprender su cultura y sus prácticas.

Durante brotes graves de enfermedades o epidemias, MSF informa a las comunidades de cómo se transmiten y cómo prevenirlas, qué síntomas buscar cuando alguien enferma y qué hacer. Por ejemplo, si hay un brote de cólera, los equipos explican la importancia de seguir unas buenas prácticas de higiene, ya que se transmite por el agua contaminada.

Salud mental

Acontecimientos traumáticos como sufrir o presenciar actos de violencia, la destrucción de los medios de subsistencia o enfrentarse a la muerte de seres queridos puede afectar al bienestar mental de las personas. MSF ofrece ayuda psicológica temprana para reducir el riesgo de problemas mentales a largo plazo.

La atención psicosocial se centra en apoyar al paciente para que cree sus propias estrategias de adaptación tras una experiencia traumática. Los asesores de MSF les ayudan a hablar de sus vivencias y a procesar sus sentimientos con el fin de reducir los niveles de estrés general. Asimismo, como estrategia complementaria, MSF proporciona atención psicológica en sesiones en grupo.

MSF realizó 155.300 sesiones de apoyo psicológico individual y en grupo en 2013.

Salud reproductiva

La atención obstétrica y neonatal forma parte de la respuesta de emergencia de MSF. Los equipos asisten partos, realizan cesáreas (cuando es necesario y factible) y también ofrecen atención perinatal a bebés enfermos o nacidos con poco peso.

Muchos de los proyectos regulares de MSF proporcionan servicios más amplios. Se recomienda la realización de varias visitas prenatales para cubrir las necesidades médicas durante el embarazo y prevenir posibles complicaciones en el parto. Tras el parto, la atención posnatal incluye tratamiento médico, asesoramiento sobre planificación familiar e información sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Una correcta atención pre y posnatal puede prevenir la fístula obstétrica, una lesión derivada generalmente de partos prolongados y difíciles, que causa en la mujer incontinencia e infecciones, y que puede llevar al rechazo familiar y social. Se estima que hay unos dos millones de mujeres en el mundo con fístulas no tratadas, y entre 50.000 y 100.000 nuevos casos cada año. MSF lleva a cabo programas especializados de cirugía reparadora.

MSF realizó más de 703.900 consultas prenatales en 2013.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa y una de las principales causas de muerte en niños pequeños. Los síntomas, que aparecen de 8 a 13 días tras la exposición al virus, son rinorrea, tos, infección ocular, sarpullido y fiebre alta. No existe un tratamiento específico: los pacientes son aislados y se les proporciona tratamiento para la falta de vitamina A, las complicaciones oculares, la estomatitis (una infección vírica bucal), la deshidratación, las deficiencias proteicas y las infecciones de las vías respiratorias.

La mayoría de los afectados se recupera en dos o tres semanas, y la tasa de mortalidad en los países ricos es baja. Pero en los países en desarrollo, entre el 3 y el 15% muere, con tasas de hasta el 20% en poblaciones de mayor vulnerabilidad. La muerte se debe normalmente a la diarrea, la deshidratación, la encefalitis (inflamación del cerebro) y las infecciones respiratorias.

Existe una vacuna segura y económica contra el sarampión. Las campañas de inmunización a gran escala han reducido drásticamente el número de casos y muertes, pero la cobertura sigue siendo baja en países con un sistema sanitario débil o cuya población tiene un acceso limitado a los servicios de salud, lo que deja a amplios grupos expuestos a la enfermedad.

MSF trató a 129.900 pacientes contra el sarampión y vacunó a más de 495.250 personas durante brotes epidémicos en 2013.

Tuberculosis

Un tercio de la población mundial está infectada con el bacilo de la tuberculosis (TB). Todos los años, nueve millones de personas desarrollan la enfermedad y 1,5 millones mueren.

La TB afecta principalmente a los pulmones y se propaga por el aire, al toser o estornudar. Los síntomas son tos persistente, pérdida de peso, dolor de pecho y falta de aliento. No todo el mundo enferma, pero el 10% desarrolla la TB activa en algún momento de su vida. Su incidencia es mucho mayor entre personas con VIH, para quienes es la primera causa de muerte.

El diagnóstico de la TB requiere el análisis de esputos o de fluido gástrico, que pueden ser difíciles de obtener en niños. Existe una nueva prueba molecular, llamada GeneXpert, que proporciona resultados en apenas dos horas e incluso detecta ciertas resistencias a los medicamentos: ya se está utilizando pero es cara y sigue necesitando una muestra de esputo así como un suministro eléctrico estable.

El tratamiento de la TB no complicada dura normalmente seis meses. Se diagnostica TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) cuando aparecen resistencias a los dos antibióticos de primera línea más potentes. La TB-MDR se puede tratar, pero la medicación tiene muchos efectos secundarios y dura hasta dos años. En cambio, la TB extremadamente resistente (TB-XDR) tiene opciones de tratamiento muy limitadas, ya que presenta resistencias a los antibióticos de segunda línea.

MSF trató a 29.900 personas con TB y a 1.950 con TB-MDR en 2013.

Vacunaciones

El uso de la inmunización para prevenir enfermedades infecciosas es una de las intervenciones médicas de salud pública más eficientes en términos de coste. Aun así, se calcula que unos dos millones de personas mueren al año por enfermedades prevenibles con las vacunaciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud: DTP (difteria, tétanos y pertusis), hepatitis B, gripe hemofílica tipo B (Hib), BCG (tuberculosis), virus del papiloma humano, sarampión, vacuna conjugada contra el neumococo, poliomielitis, rotavirus, varicela y fiebre amarilla. En todo caso, no todas las vacunas se recomiendan por igual en todos los países.

En los países donde la cobertura de vacunación general es baja, MSF intenta llevar a cabo vacunaciones rutinarias de los niños menores de 5 años como parte de su programa de atención básica. La inmunización también es parte esencial de la respuesta de MSF a brotes de sarampión, fiebre amarilla y meningitis. Los equipos participan en campañas de vacunación a



© François Dumont/MSF

Descarga de suministros en el hospital de campaña de MSF en Guiuan tras el tifón Haiyan (Filipinas).

gran escala, informan a las poblaciones de las ventajas de la inmunización y montan puestos de vacunación cercanos a las comunidades. Las campañas duran de dos a tres semanas y pueden alcanzar a cientos de miles de personas.

VIH/sida

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite por la sangre y los fluidos corporales. Va debilitando el sistema inmunitario, generalmente en un periodo de 3 a 15 años (aunque 10 años es lo más habitual), hasta causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida. Cuando las defensas se debilitan, pueden aparecer infecciones oportunistas como la tuberculosis, la más frecuente y mortal.

Un análisis de sangre puede confirmar la presencia del virus, pero muchas personas viven con él durante años sin mostrar síntoma alguno y pueden no conocer su estado. Las combinaciones de medicamentos antirretrovirales (ARV) ayudan a combatir el virus, reducen la propagación de la enfermedad y permiten a los afectados vivir más y mejor sin que su sistema inmune se deteriore rápidamente. El tratamiento también reduce significativamente la probabilidad de transmisión del virus.

Además del tratamiento, los proyectos de VIH de MSF suelen incluir actividades educativas y de sensibilización, distribución de preservativos, la realización de la

prueba, asesoramiento y Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH), dando tratamiento ARV a la madre durante el embarazo y el parto, y al bebé justo después de nacer.

MSF atendió a más de 341.600 personas con VIH y administró tratamiento antirretroviral a más de 331.000 pacientes en 2013.

Violencia sexual

Los actos de violencia sexual se producen en todas las sociedades del mundo, pero son más habituales en contextos desestabilizados, que agudizan la violencia general, y por tanto también la sexual. Esta última tiene consecuencias muy complejas para los supervivientes: puede acarrear graves riesgos para la salud, secuelas a largo plazo y estigma social.

La atención médica que MSF proporciona a los supervivientes incluye tratamiento preventivo de las infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH, sífilis y gonorrea), y vacunación contra el tétanos y la hepatitis B. Asimismo, incluye el tratamiento de heridas físicas, la atención psicológica y la prevención y manejo de embarazos no deseados. Además, MSF proporciona a las víctimas un certificado médico de utilidad legal.

La atención médica es prioritaria para MSF, pero el estigma y el miedo son cuestiones que también deben ser abordadas ya que

pueden evitar que muchas personas busquen ayuda tras sufrir una agresión. La estrategia de MSF es de acercamiento proactivo, con el fin de informar a la comunidad sobre las consecuencias médicas de estas agresiones y la disponibilidad de atención especializada. En los contextos en los que MSF constata la existencia de elevadas cifras de víctimas, sobre todo en áreas de conflicto, se desarrollan acciones de incidencia política ante las autoridades locales así como ante las fuerzas armadas si están implicadas en los asaltos.

MSF trató a más de 11.100 pacientes con lesiones relacionadas con la violencia sexual en 2013.

SUDÁN DEL SUR: UN PAÍS ESTRANGULADO POR LA VIOLENCIA

Sudán del Sur se independizó de Sudán en julio de 2011, convirtiéndose en el país africano más joven desde el nacimiento de Eritrea en 1993. Sin embargo, las esperanzas de futuro se han ido desmoronando y, en 2013, con la caída del Gobierno y la explosión de violencia intercomunitaria, Sudán del Sur se asomó al precipicio de la guerra civil.

El estado de Jonglei ha vivido algunos de los peores episodios de violencia desde la independencia, debido a conflictos enraizados en el robo de ganado. En marzo, la situación empeoró, tras lanzar el Ejército una ofensiva contra el grupo rebelde de David Yau Yau. En abril, tras las amenazas contra sus trabajadores y los pacientes, Médicos Sin Fronteras (MSF) tuvo que suspender sus actividades en Pibor; cuando nos disponíamos a regresar en mayo, tras lograr las necesarias garantías, el hospital de Pibor fue saqueado y quedó inservible. Fue el sexto incidente en dos años en el que estructuras de MSF eran saqueadas o

destruidas en Jonglei. Construir hospitales en Sudán del Sur es caro y difícil, y lo que se destruye en apenas unas horas puede tardar meses o años en reconstruirse, dejando así a miles de personas sin atención médica.

La intensificación de los combates obligó a casi toda la población de Pibor a refugiarse en el campo, al raso. Quienes necesitaban atención médica temían salir de sus escondites, y los equipos de MSF tuvieron que ir a buscarlos. En la localidad de Boma montamos una pequeña clínica y seguimos gestionando un dispensario en Gumuruk; además, las clínicas móviles —algunas

en helicóptero— atendieron a cientos de personas en los campos de la periferia sur de Pibor. Acceder a los desplazados no fue fácil ya que MSF vio denegada repetidamente la autorización gubernamental para entrar en las áreas controladas por la oposición.

La violencia de diciembre

En Juba, en el marco de las luchas intestinas en el Movimiento de Liberación del Pueblo de Sudán (MLPS, en el poder), el presidente Salva Kiir destituyó al Gobierno en pleno en julio, deshaciéndose así de su principal rival político, el vicepresidente Riek Machar. Esta disputa política exacerbó las tensiones étnicas en un país ya dividido. El 15 de diciembre, estallaron combates en Juba entre batallones del Ejército de Liberación del Pueblo de Sudán (ELPS, que forma el núcleo del Ejército nacional), y Kiir acusó a Machar de intentar dar un golpe de Estado. El conflicto se extendió a todo el país. Los civiles se refugiaron en bases de la ONU y en el bosque, o cruzaron a países vecinos (Uganda, Etiopía o Kenia).



Una sala para pacientes con hepatitis E en el hospital de MSF en el campo de refugiados de Batil (en el condado de Maban).

© Corinne Baker / MSF



Vista del hospital de MSF en Pibor, destruido intencionadamente para dejarlo inservible.

Tras los encarnizados combates de Juba, la población se refugió en dos recintos de la ONU: MSF abrió clínicas en ambos, y donó medicamentos y suministros al Hospital Universitario. El deterioro de la seguridad obligó a MSF a suspender durante dos días las actividades del hospital de Malakal (Alto Nilo); ese mismo mes, también tuvo que evacuar al personal del hospital de Leer.

A finales de año, Bor, otrora bulliciosa capital de Jonglei, se había convertido en una ciudad fantasma, disputada por el Ejército y por el MLPS-En La Oposición (MLPS-O). Fue la primera zona importante en caer en manos rebeldes tras los combates de diciembre. Miles de civiles huyeron a la localidad de Awerial, a orillas del Nilo (Lagos), y MSF apoyó a dos clínicas del Ministerio de Salud, atendiendo las consultas externas y la atención obstétrica y donando medicamentos. Otras prioridades fueron proporcionar agua potable y vacunar a los niños contra el sarampión. Las infraestructuras son escasas y la población es muy vulnerable, por lo que la amenaza de brotes de enfermedad se cierne sobre los improvisados campos de desplazados de Awerial y Minkamman; esta situación solo puede empeorar cuando comience la estación lluviosa y se inunden los asentamientos.

Refugiados sudaneses

La inestabilidad y el desplazamiento masivo podrían eclipsar otra crisis: la de los cientos de miles de sudaneses refugiados en Sudán del Sur tras huir, en su mayoría en 2011 y 2012, del conflicto en los estados de Kordofán del Sur y Nilo Azul. Los campos de Unidad y Alto Nilo viven amenazados por el cólera, la malaria y el sarampión, y los brotes de hepatitis E han agravado la mortalidad en los que están cerca de la frontera. En 2013, MSF llevó a cabo varias campañas de vacunación; en abril, en



El conflicto en Sudán del Sur ha desplazado a cientos de miles de personas.

Maban, inmunizamos contra el cólera a más de 105.000 refugiados y 27.500 personas de la comunidad local, siendo la primera vez que MSF utilizaba la vacuna oral de dos dosis de forma preventiva a tan gran escala y en un lugar tan remoto. En el campo de Yida (Unidad) se produjo otra novedad: en agosto, se utilizó por primera vez en Sudán del Sur la vacuna conjugada contra el neumococo.

MSF lleva 30 años trabajando en lo que hoy es Sudán del Sur. Ya antes de este conflicto, el acceso a la atención médica era limitado, y proporcionarla, todo un reto. Es un territorio estéril, con ríos, pantanos y escasas carreteras. A finales de año, la prioridad de MSF era determinar dónde se daban las mayores necesidades y responder de manera acorde, aun a costa de

trasladar a las emergencias a personal de los proyectos regulares (que también atienden necesidades urgentes). Las rampantes tensiones interétnicas, las crecientes necesidades de la población y la escasez de recursos, agravada por la retirada de otras organizaciones internacionales, hacían temer a finales de 2013 que la situación en Sudán del Sur estuviese abocada a empeorar dramáticamente.

Más información sobre la respuesta de MSF en Sudán del Sur en las páginas 86 y 87.

CÓMO ABORDAR LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA MUJER

Ni los embarazos ni los partos desaparecen porque haya guerras o crisis, como tampoco desaparecen las complicaciones que la mujer puede sufrir. En circunstancias normales, las embarazadas representan el 5% de la población general: en poblaciones refugiadas y desplazadas, esta proporción puede aumentar, ya que los hombres a menudo se quedan atrás para luchar o para proteger sus tierras.

En los últimos 20 años, las organizaciones de ayuda hemos aprendido que las necesidades específicas de las mujeres en las emergencias necesitan una respuesta específica. La mortalidad materna se ha reducido en un 47% entre 1990 y 2010 en todo el mundo.¹ Si bien son datos alentadores, la realidad de las mujeres en muchas partes del mundo apenas ha cambiado, y persisten enormes diferencias entre unas regiones y otras: en las desarrolladas, una de cada 3.800 mujeres corre el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, cifra que se dispara a una de cada 180 en las regiones en desarrollo, y a una de cada 39 en África subsahariana. En muchas de las zonas donde trabaja Médicos Sin Fronteras (MSF), la atención obstétrica está en emergencia perpetua: los sistemas de salud son disfuncionales, de personal escaso y mal pagado, y de suministros limitados o inexistentes. Los conflictos y las crisis agravan aún más la situación.

El trabajo de MSF en salud materna se centra en acciones con impacto directo en la mortalidad y el sufrimiento: atención obstétrica, neonatal y posnatal e interrupción segura del embarazo. MSF ofrece también un abanico de acciones preventivas que contribuyen a reducir la morbi-mortalidad materna: atención prenatal, dispensación de anticonceptivos, Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH) y, en algunos proyectos piloto, detección y tratamiento del cáncer cervical. Algunos programas realizan también cirugía reparadora de la fístula obstétrica.

La violencia sexual se da en todas partes, pero suele ser más habitual en situaciones de crisis. La mayoría de los pacientes de MSF son mujeres y menores, pero también hay algunos hombres. Todos los proyectos están preparados para prestar atención médica y psicológica a supervivientes de la violencia sexual y emitir los certificados médico-legales pertinentes.

Complicaciones durante y después del parto

La mayoría de las muertes maternas ocurren durante o inmediatamente después del parto. Por ello, la principal preocupación de MSF es proporcionar atención obstétrica y neonatal de calidad.

En 2013, más de un tercio de los proyectos de MSF ofrecieron atención obstétrica, la mitad de ellos con capacidad quirúrgica para realizar cesáreas. La mortalidad en las maternidades apoyadas por MSF es baja, lo que demuestra que, incluso en zonas remotas de países como Afganistán, se puede y debe proporcionar atención obstétrica y neonatal. MSF también atiende a mujeres que, tras dar a luz en sus casas, acuden con complicaciones, como retención de placenta, hemorragias graves o infecciones.

Puesto que la mayoría de las complicaciones en madres y recién nacidos se dan en las primeras 24 horas, MSF recomienda a las mujeres que no abandonen la maternidad hasta pasado ese periodo. Esto ayuda al

diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones y también permite apoyar a las madres cuando comienza la lactancia. Después, MSF recomienda a la madre que regrese a consulta al menos una vez dentro de la primera semana.

Embarazos no deseados y abortos inseguros

El aborto realizado en condiciones inseguras es una de las principales causas de mortalidad materna: es responsable de un 13% de todas las muertes maternas en el mundo, y la tasa es mucho más elevada en América Latina o en poblaciones desplazadas. Sin embargo, es una causa de mortalidad totalmente prevenible.

A menudo las urgencias de MSF reciben a niñas y mujeres con complicaciones derivadas de abortos inseguros. Algunas presentan sangrados y cuadros de ansiedad, pero no corren grave peligro y basta con darles asesoramiento y apoyo. Otras acuden con complicaciones potencialmente mortales y pueden necesitar antibióticos, cirugía, transfusiones y hospitalización.

La experiencia demuestra que, cuando no existen servicios de aborto seguro, muchas mujeres y niñas con embarazos no deseados acaban recurriendo a métodos que no lo son. Es un riesgo para sus vidas, y a veces se exponen a él de forma muy consciente porque la alternativa es insoportable. Siempre que resulte factible, MSF ofrece servicios de interrupción segura del embarazo para las



Sonia descansa con su bebé recién nacido, en el hospital de MSF del campo de desplazados de M'Poko (República Centroafricana).

© Laurence Ceal

mujeres y niñas que lo necesiten; también ofrece anticonceptivos y asesoramiento a quienes deseen y puedan planificar sus embarazos. La anticoncepción es el mejor método de prevenir embarazos no deseados: permite a las más jóvenes retrasar su primer embarazo, y a las que ya han sido madres, planificar el siguiente; también es beneficioso para las que han sufrido complicaciones, ya que les permite decidir si están dispuestas o no a correr el riesgo de nuevo.

El papel de la atención prenatal

La atención prenatal por sí sola no evita las muertes maternas, pero es una importante toma de contacto entre el personal sanitario y la embarazada. Algunas mujeres asisten a una única consulta prenatal cuando están en la última fase de su embarazo: es una buena oportunidad para diagnosticar, manejar y tratar los problemas que puedan tener la madre o el bebé, hablar con ellas sobre la preparación al parto y alentarlas a dar a luz en la maternidad.

En zonas con elevados índices de VIH, MSF también ofrece la prueba a todas las embarazadas. La transmisión del virus de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es la principal vía de infección en bebés, y es prevenible mediante terapia antirretroviral; por eso, MSF la proporciona a las madres VIH-positivas y a sus bebés nada más nacer. Además, y siempre que sea posible, al finalizar la lactancia, MSF deriva a la madre a servicios de atención a pacientes de VIH y organiza el seguimiento del bebé.

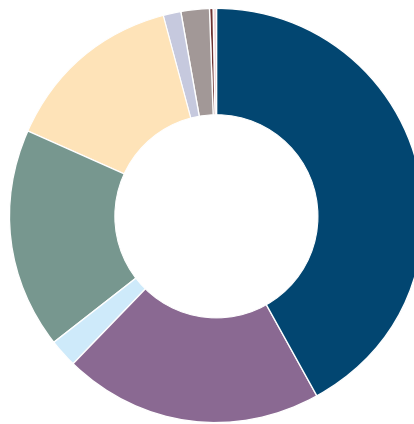
Cáncer cervical

Después del cáncer de mama, el cervical es la segunda causa mundial de mortalidad femenina relacionada con el cáncer. La mayoría de las muertes por cáncer cervical se producen en los países sin recursos, siendo especialmente vulnerables las mujeres con VIH/sida.² En algunos proyectos, MSF ya lo está diagnosticando y tratando en sus fases iniciales.³ Las células afectadas son visibles a simple vista mediante un sencillo método de coloración⁴, pudiéndose extirpar sin necesidad de hospitalización.

El reto de los roles sociales

Muchos de los retos en la prevención de la mortalidad materna tienen que ver con los roles que sociedades y comunidades asignan a niñas y mujeres. El matrimonio precoz, la mutilación genital femenina, el embarazo juvenil, la sucesión de embarazos o la violencia sexual son factores que contribuyen a una elevada mortalidad, especialmente en lugares donde no hay atención médica de calidad.

Mujeres y niñas tienen necesidades médicas muy específicas, y MSF ofrece atención especializada siempre que es posible. En la actualidad, un tercio de todas las intervenciones de MSF, tanto en proyectos regulares como en emergencias, prestan atención obstétrica.



Atención prenatal (1ª consulta)	340.306
Partos vaginales	164.553
Cesáreas	17.681
Anticoncepción (consultas)	138.069
Atención posparto	114.356
Atención para violencia sexual	11.062
PTMH	18.489
Interrupción segura del embarazo (atención directa o derivación a servicios de calidad)	683
Reparación de fístula obstétrica	804



Tras operarse con éxito de una fístula obstétrica, Nafissa se recupera en la aldea de mujeres de MSF en Abéché (Chad).



Un bebé nacido por cesárea en el Hospital Bethany de Tacloban (Filipinas). Tras el tifón, su madre tuvo que caminar varios días para hallar asistencia médica.

¹ Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de la ONU para la Infancia, el Fondo de Población de la ONU y el Banco Mundial. ²El cáncer cervical es más frecuente y se desarrolla mucho más rápido en mujeres con VIH. ³Lesiones precancerosas. ⁴Diagnóstico IVL/VIA.

REPÚBLICA CENTROAFRICANA: DESCENSO AL CAOS

República Centroafricana (RCA) ha conocido décadas de violencia, desplazamiento y falta de acceso a la atención médica. Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en este país desde 1996. Pero en 2013, RCA se enfrentó a una masiva crisis humanitaria, a la que el mundo asistió, en general, con indiferencia.

A finales de 2012, la coalición de grupos rebeldes Séléka –que controlaba el norte y este del país– lanzó una ofensiva contra la capital, Bangui. Por el camino, se hizo con el control de pueblos y aldeas, obligando a sus habitantes a huir al campo. La presencia de Séléka exacerbó el conflicto entre agricultores y pastores; al retirarse el Ejército centroafricano de zonas donde su mera presencia ofrecía ciertas garantías de control, los grupos tradicionales de autodefensa (llamados anti-Balaka, anti-machete) se alzaron contra Séléka, a la que consideraban favorable a los pastores del norte y por tanto pro-musulmana.

Pese al acuerdo de paz con el Gobierno en enero, Séléka reanudó su avance sobre Bangui en marzo, alegando que las promesas recibidas no se estaban cumpliendo. Ese mismo mes, tomaron el poder, y el

presidente François Bozizé (quien a su vez había llegado al poder *manu militari* en 2003) se exilió en Camerún; se dismantelaron las fuerzas de seguridad del Estado y el rebelde Michel Djotodia se autoproclamó presidente, disolvió el Parlamento y suspendió la Constitución. En agosto, juró oficialmente el cargo. El golpe sumió al país en un caos de violencia y saqueos, dejándolo a merced de los grupos armados.

En septiembre, Djotodia anunció la disolución oficial de la coalición Séléka, pero muchos combatientes se negaron a deponer las armas, y no detuvieron sus atrocidades contra la población civil. Los anti-Balaka –a cuyas filas se habían incorporado ex soldados, bandas criminales y otros grupos de autodefensa– respondieron agrediendo a la comunidad musulmana.

Las condiciones de los desplazados, mientras, empeoraban: sin agua potable, y amenazados por la desnutrición y la malaria, sus necesidades no dejaban de agravarse. A pesar de ello, el despliegue de organizaciones humanitarias fue casi nulo. La inseguridad obligó a muchas ONG y agencias de la ONU a replegarse a la capital, dejando gran parte del país sin asistencia. En vista de la situación, el 12 de diciembre MSF publicó una carta abierta a la secretaria general adjunta de la ONU para Asuntos Humanitarios, Valérie Amos, que denunciaba “la actuación inaceptable del sistema humanitario de Naciones Unidas en RCA a lo largo del último año”. Además, a lo largo de los meses, MSF estuvo presente en la prensa internacional denunciando, en editoriales y reportajes, el abandono que sufría el país.



En agosto, miles de personas huyeron de los ataques de Séléka para refugiarse en el aeropuerto de M'poko (Bangui); se instalaron en la pista, obstaculizando el aterrizaje de los aviones. En diciembre, la clínica de MSF en el aeropuerto atendía a más de 100.000 personas.



El 9 de septiembre, los anti-Balaka arrasaron la localidad de Bouca. Ejecutaron a los combatientes de Séléka, mientras los civiles huían al bosque o se escondían en la misión católica. Al remitir los ataques, MSF asistió a 400 familias que habían perdido sus hogares.

© Juan Carlos Tomasi/MSF

Desde el inicio del conflicto, decenas de miles de personas han huido de sus casas para escapar de milicianos armados con machetes y armas de fuego. En Bossangoa, 30.000 personas se refugiaron en la misión católica en septiembre, mientras 8.000 musulmanes hacían lo propio en una mezquita.



© Camille Lepage/Polaris



© Marcus Bleasdale / VII

Una mujer es trasladada de urgencia desde el campo de desplazados de la iglesia de Bossangoa al hospital apoyado por MSF. Buscando la seguridad del grupo, los civiles se instalaron en campos improvisados en misiones católicas, hospitales, escuelas o junto a pistas de aterrizaje. Quienes huyeron al bosque malvivían en condiciones precarias, sin apenas servicios de saneamiento y expuestos a la malaria (primera causa de mortalidad en RCA). En un país de más de 4,5 millones de habitantes, cuyos indicadores de salud ya de por sí figuraban entre los peores del mundo, la crisis ha tenido un grave impacto en la salud de la población, con la interrupción de las vacunaciones rutinarias, la suspensión de los tratamientos del VIH y el incremento de la desnutrición y la malaria.

El 5 de diciembre, tras la llegada de tropas francesas para desarmar a la antigua Séléka y la consiguiente ofensiva de grupos armados, Bangui sufrió una nueva ola de violencia. La retirada de las milicias vinculadas a Séléka desencadenó ataques contra los cristianos, lo que a su vez trajo, a modo de venganza, una oleada de asesinatos de musulmanes. En especial, los anti-Balaka multiplicaron sus ataques contra los musulmanes del norte y oeste del país, zonas consideradas potenciales bases de la antigua Séléka. Durante aquellos días, MSF trató a cientos de heridos.

A principios de diciembre, MSF trató en el Hospital Comunitario de Bangui a entre 15 y 20 heridos al día, en su mayor parte por bala o machete. Algunos pacientes habían sido apaleados y torturados, mientras que otros muchos presentaban heridas defensivas en la cabeza, las manos y los brazos. El Hospital Amitié, el más importante de Bangui, fue atacado y saqueado, y su personal tuvo que abandonarlo tras ser amenazado. Al cabo de diez días de disturbios, uno de cada cuatro habitantes de Bangui había tenido que huir de su casa.

Josianne

Desplazada refugiada en el bosque, en Bria

Desde que todo esto empezó, huimos, dormimos en el bosque, no comemos bien, nos pican los mosquitos. Hay demasiadas enfermedades. Siempre estamos huyendo. Puedes ver cómo estamos. Queremos la paz.



© Camille Lepage / Polaris



Este paciente del Hospital Comunitario de Bangui ha recibido un balazo en la pierna. Pese a los reiterados llamamientos a los combatientes para que respetasen estructuras médicas, ambulancias, personal médico, heridos y enfermos, los ataques a instalaciones y trabajadores sanitarios continuaron, y más de una vez irrumpieron en el hospital hombres armados. El 29 de diciembre amenazaron con linchar a algunos de los pacientes. Todas las organizaciones humanitarias que trabajan en RCA han sido víctimas de saqueos, robos y amenazas contra su personal.

© Juan Carlos Tomasi/MSF

El comienzo de 2014 no supuso ningún alivio. En enero, y tras la salida del poder de Djotodia, las milicias cristianas intensificaron sus ataques contra los civiles musulmanes, muchos de los cuales se vieron obligados a huir a países vecinos como Chad o Camerún. MSF siguió tratando a los heridos y respondiendo al desplazamiento masivo. En el momento de redactar estas líneas, MSF contaba con más de 300 trabajadores internacionales y 2.500 centroafricanos en el país. MSF y un puñado más de organizaciones han demostrado que no solo es posible seguir trabajando en plena crisis, sino que incluso pueden ampliarse las operaciones. A día de hoy, sigue haciendo falta una mayor intervención internacional. La violencia continúa y la población vive atenazada por el miedo.

Más información sobre la respuesta de MSF en RCA en las páginas 73 y 74.



© Marcus Bleasdale

Dra. Sabine Roquefort
Médico de MSF en el Hospital Comunitario de Bangui

Nosotros estamos acostumbrados a trabajar en entornos muy violentos, y sin embargo estas acciones organizadas y premeditadas para herir, mutilar y matar me resultan chocantes. El grado de violencia y sufrimiento me ha impactado más que en cualquier otra situación de conflicto en la que haya trabajado.

UN DÍA EN LA VIDA DE: LA CLÍNICA DE MÉDICOS SIN FRONTERAS EN DERA MURAD JAMALI, BALUCHISTÁN (PAKISTÁN)

Cada vez que hace un pedido de suministros, el responsable de compras Mohamed Aslam nota el aislamiento de Dera Murad Jamali. “No podemos comprar medicamentos aquí: tenemos que pedirlos cada tres meses a Islamabad”, explica. “A veces tenemos problemas con los envíos internacionales y se los pedimos a otros hospitales o clínicas de MSF en el país. Esta misma semana necesitábamos unos inyectables y los pedimos a Islamabad, y ellos se los pidieron al equipo de MSF en Chaman, que los envió al equipo de Quetta, que finalmente nos los mandó a nosotros. Tardamos más de dos días”.

En esta zona, los servicios médicos de calidad escasean. El principal centro de salud está en Jacobabad, a unos 40 kilómetros, y aparte solo existen un puñado de clínicas privadas que por ejemplo cobran decenas de miles de rupias por una cesárea, algo prohibitivo para la mayoría de las familias. Además de estar excluida de la atención sanitaria, la población está sometida a conflictos internos, desplazamiento y violencia social. Tal y como explica el enfermero australiano David McGuinness, trabajar en un lugar como Dera Murad Jamali plantea muchos desafíos. “Historias de pérdidas, relatos terroríficos, otra bomba, otro secuestro, niños que literalmente mueren de hambre. El trabajo que se hace aquí no tiene precio y su impacto en las personas es innegable”.

Antes de incorporarse a MSF, el doctor Raj Batra trabajaba en un hospital público. “Había pobres sin acceso a la atención médica o los tratamientos adecuados”, recuerda. “Cuando leí acerca de la independencia e imparcialidad de MSF, me dije que quería formar parte de ello”. Como referente médico en la clínica de MSF en Dera Murad Jamali, el Dr. Batra da apoyo a todos los servicios, incluyendo los de salud materno-infantil, el programa nutricional y las clínicas móviles. “El mayor reto —explica— es que la gente apenas tiene información sobre cuestiones de salud, y a menudo recurre a remedios caseros. Por ejemplo, en la lactancia, las madres a menudo no usan la primera leche, con lo importante que es debido a su valor nutritivo y a los anticuerpos que aporta al bebé”.



Mohamed Aslam

Antes de trabajar con MSF, era recepcionista en una organización de apoyo a la educación en Nasirabad y Jaffarabad. También dábamos apoyo a las estructuras de atención primaria de la región.

En abril de 2009 me incorporé a MSF, motivado tanto por la experiencia profesional como por la posibilidad de poder ayudar a los más necesitados. Aún me estaba familiarizando con el trabajo y con la organización cuando MSF lanzó su respuesta de emergencia por las inundaciones de 2010. En Dera Murad Jamali estábamos unos 45 trabajadores internacionales y unos 350 paquistaníes. Allí vi que el personal nacional y el internacional compartían el mismo objetivo: ayudar a los afectados.

Un día cualquiera

Comenzamos la jornada laboral con una reunión a las 8 de la mañana. Luego, todos los días dedico un tiempo a los suministros médicos del proyecto, ordenando solicitudes, organizando presupuestos y realizando las compras.

Una vez al mes recibo los pedidos médicos de los equipos de Dera Murad Jamali y les despacho los suministros desde nuestro almacén. Cada tres meses, hacemos un pedido grande de artículos médicos y no médicos a la capital, Islamabad. El responsable del equipo médico comunica sus necesidades al equipo de logística, que a su vez habla conmigo sobre cómo organizar los envíos.

Cuando recibimos el cargamento de Islamabad, lo registramos en el sistema y nos aseguramos de que todo lo que precise refrigeración se almacene en la cadena de frío. A veces hago también las veces de asistente del coordinador del proyecto.

La matrona Gaudesia Waitherero Kimani, de Kenia, dirige el servicio materno-infantil. Es responsable de las unidades de partos y neonatología y las consultas pre y posnatales. Su experiencia como matrona en los programas de MSF en Sudán del Sur es una buena base para asesorar a sus colegas sobre los tratamientos más indicados.

“Tenemos muchos casos de madres con preeclampsia y hemorragias potencialmente mortales. La neonatología es algo delicado, y hay que ser paciente; los bebés llegan con mal pronóstico, en parte por la falta de higiene en la comunidad y porque muchas madres no acuden a la clínica prenatal para ponerse las vacunas que les protegerían”.

Gaudesia Waitherero Kimani

Esta es mi tercera misión con MSF. He trabajado también como matrona en Sudán del Sur, primero durante seis meses en el condado de Raga y luego durante un año en un enorme proyecto de MSF con refugiados en Maban. En Sudán del Sur, MSF ofrece servicios de salud materna y reproductiva, que incluyen atención a mujeres con partos complicados o con hepatitis E, que supone allí un grave problema de salud. Cuando no salgo al terreno con MSF, trabajo en un hospital privado en Nairobi (Kenia).

Cuando se presenta una urgencia, el equipo aúna esfuerzos, como cuando llegaron el vendedor de frutas Shair Khan y su familia, todos con graves quemaduras. A Shair lo despertaron los gritos de su hija. La tienda en la que dormían estaba envuelta en llamas. Lo único en que pensó fue en sacar a sus seis hijos. “Rajé la tienda por un lado y los saqué”, recuerda. “Contando conmigo, vivíamos nueve allí. Nos alumbrábamos con velas”.

Nada más llegar al hospital, fueron atendidos por el equipo médico, que tuvo que ser reforzado. La madre, que sufría las peores quemaduras, y uno de los hijos fueron trasladados a otro hospital que queda a seis horas de viaje. Por desgracia, la mujer falleció, pero todos los niños pudieron ser finalmente dados de alta. Gaudesia aún recuerda cómo aquella noche trabajaron todos a una: “Se sigue hablando de ello, y de la buena coordinación que hubo”. David coincide: “Es algo que ya he visto muchas veces: cómo superamos estas dificultades trabajando juntos, volcándonos con los pacientes para darles la mejor atención posible”.

Dr. Raj Batra

El Dr. Raj Batra creció en Jacobabad, donde completó sus estudios preparatorios para la Facultad de Medicina. En 2001, fue uno de los 31 admitidos de su distrito en la Escuela de Medicina Chandka (entre 1.650 candidatos). Posteriormente amplió su formación en Karachi, y se incorporó como paramédico al servicio de ambulancias de la Fundación Aman, una ONG paquistaní.

Tras resultar herido en un accidente de circulación, trabajó en un servicio de telemedicina, y comenzó un máster en Gestión Sanitaria. Supervisó un pionero proyecto de identificación de todos los centros de salud de Karachi y sus distritos colindantes, destinado a facilitar el acceso a los servicios médicos; era la primera iniciativa de este tipo en el país.

A continuación, trabajó como médico en la industria textil en Karachi, hasta que, en diciembre 2013, se incorporó a MSF como referente médico en Dera Murad Jamali.

Un día cualquiera

La jornada comienza con una reunión para ponernos al día sobre la situación de seguridad, por ejemplo, si ha habido algún atentado o incidente violento la noche anterior. Luego repasamos los planes de cada equipo para el día. A continuación, suelo ir a mi despacho, donde igual tengo que hacer un pedido de suministros, o preparar un informe, u organizar la remuneración del personal. Son labores muy importantes para ayudar a que el proyecto fluya.

Después, me sumo al equipo que hace la ronda de pacientes en el hospital y aprovecho para conocer su opinión sobre la atención que les dispensamos. Luego, es posible que tenga que preparar algún informe para transmitir al equipo los comentarios de los pacientes.

También dirijo la reunión médica semanal, en la que revisamos casos médicos e intentamos consensuar cuestiones variadas. Si no logramos ponernos de acuerdo, a veces implicamos al coordinador del proyecto. Trabajo con el responsable del equipo médico para dar respuesta a problemas en temas sanitarios y de operaciones, gestión y suministro. Me aseguro de que el proyecto cumpla todas las políticas y protocolos. Asimismo, soy el responsable de la salud de nuestro personal paquistaní. En caso de enfermedad, a veces los derivamos al servicio más indicado para su tratamiento. Básicamente, mi trabajo consiste en coordinar a todos los equipos médicos. La coordinación es lo que nos mantiene unidos.



© Abdul Majid

VACUNACIÓN: AMBICIONES DE MSF Y DESAFÍOS

Roni, de 10 meses, será vacunado hoy contra una de las enfermedades más mortíferas del mundo para los niños de su edad: la neumonía. Asido a la cadera de su madre, espera paciente, mientras ella da su nombre y fecha de nacimiento al equipo de Médicos Sin Fronteras (MSF) del campo de refugiados de Yida, en Sudán del Sur.

Si bien la inmunización ha sido siempre un elemento importante de las operaciones de MSF —tan solo en 2013 vacunamos a más de dos millones de personas contra el sarampión—, recientemente hemos subido el listón de nuestras ambiciones. Para empezar, haremos un uso más sistemático de las nuevas vacunas, incluso en contextos de emergencia, donde la infancia es aún más

vulnerable. Roni fue uno de los miles de niños inmunizados en Yida entre julio y septiembre de 2013 con dos nuevas vacunas que aún no estaban disponibles en Sudán del Sur: la pentavalente y la vacuna conjugada contra el neumococo (VNC). Las estrategias también son innovadoras. En Guinea, por ejemplo, queremos demostrar que la nueva vacuna oral contra el cólera es eficaz en la respuesta a epidemias e incluso como herramienta preventiva en lugares donde la enfermedad es endémica.

Este renovado compromiso con la vacunación, entendida como prioridad médica, quiere reforzar la inmunización rutinaria en los programas de MSF, es decir dispensar a todos los niños el paquete básico de vacunas recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se han seleccionado cuatro países prioritarios: República Centroafricana (RCA), Chad, República Democrática del Congo (RDC) y Sudán del Sur. Una de las primeras estrategias consiste en reducir el volumen de lo que podríamos llamar oportunidades perdidas: es decir, que durante todas las consultas en las clínicas, se identificará a los niños que necesitan

vacunarse. Otra apuesta es integrar la vacunación en otros programas pediátricos; por ejemplo, los proyectos de MSF en Níger, Mali y Chad están combinando la vacunación rutinaria con otras acciones de salud, como la quimioprevención de la malaria estacional. Una tercera estrategia consiste en identificar otras oportunidades para localizar a los niños de más de 1 año que aún no hayan recibido todas las vacunas recomendadas.

Sin embargo, estos planes corren peligro, tanto por el coste que suponen como por la naturaleza misma de las vacunas disponibles. MSF aborda estos problemas mediante campañas e incidencia pública y política, al tiempo que, en el terreno, se dedica a innovar e investigar nuevas estrategias.

Cuando el precio frena las ambiciones

La Alianza por las Vacunas GAVI, fundación que compra vacunas para muchos países en desarrollo, ha sido fundamental a la hora de negociar notables reducciones de precios, mejorando así la disponibilidad de las vacunas más novedosas en los países peor afectados por enfermedades como la neumonía.

NECESITAMOS VACUNAS FÁCILES DE USAR

Antes de cumplir su primer año, un bebé tiene que acudir cinco veces a la consulta de vacunación. En los países en desarrollo, esto puede resultar muy complicado para sus cuidadores.



Programa de vacunación pediátrica recomendado por la OMS: http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table2.pdf



© Ikram N'gadi / MSF

Preparación de acumuladores de frío para conservar las vacunas. La temperatura ideal es de entre 2 y 8°C.

Sin embargo, solo se puede acceder a estas rebajas por determinados canales de compra, lo que deja estos precios GAVI fuera del alcance de MSF. Además, al ser una organización de cooperación al desarrollo orientada por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OMS, la GAVI no contempla disposiciones para situaciones de emergencia. A pesar de que las nuevas guías de la OMS de 2013 recomiendan la vacunación en emergencias humanitarias, persisten problemas para acceder a las vacunas en plazos razonables y a precios asequibles. Estos obstáculos se hicieron evidentes en Sudán del Sur: cuando la crisis empeoró, MSF se propuso vacunar contra la neumonía a los niños vulnerables del campo de Yida. Debido a las dificultades para conseguir las vacunas, tardamos 11 meses en hacerlo, plazo del todo incompatible con la respuesta a emergencias.

Ese retraso se debió fundamentalmente a las complicadas negociaciones de precios con las farmacéuticas GSK y Pfizer, y con GAVI, así como a los dilatados procesos de suministro. Ante el agravamiento de la crisis de refugiados, frustrada por la imposibilidad de adquirir la VNC al precio de GAVI, MSF lanzó en abril de 2013 la campaña pública *Estimada GAVI*, que instaba a la Alianza a abrir sus precios reducidos a MSF y otras

organizaciones humanitarias. Finalmente, MSF obtuvo la vacuna a un precio de 7 dólares la dosis (unos 5,5 euros): incluso con la rebaja conseguida, el precio duplicaba el mínimo global de GAVI.

Los resultados de la campaña fueron desiguales. Si bien GAVI se ha comprometido a abrir sus precios a las organizaciones humanitarias que utilicen sus canales de compra, MSF seguirá presionando para poder comprar las vacunas directamente a las farmacéuticas al precio mínimo global. Estas empresas, responsables en última instancia de los precios, se niegan a vender sus vacunas a MSF con la mayor rebaja posible, por lo que seguiremos presionando para conseguir una mayor disponibilidad y precios más reducidos.

Vacunas frías

Cada año, 22 millones de niños se quedan sin el paquete básico de vacunas recomendado por la OMS, en gran medida debido a la dificultad de administrarlas en zonas remotas. Habitualmente, las vacunas están adaptadas a los países ricos: suministro eléctrico constante, personal sanitario cualificado para poner las inyecciones, sistemas de gestión segura de las jeringas usadas, y puntos de vacunación de fácil acceso.

Solo en estas condiciones son viables las múltiples visitas (como mínimo cinco) que se necesitan para completar un programa de inmunización complejo; pero no suelen darse en los países en desarrollo, que es, de hecho, donde viven la mayoría de los niños vulnerables.

Uno de los principales obstáculos logísticos es la necesidad de una cadena de frío para conservar las vacunas. Una campaña contra el sarampión realizada por MSF en Chad requirió 21.500 acumuladores de frío, 18 congeladores y tres cámaras frigoríficas. Existe además la dificultad añadida de evitar un exceso de frío, para que las vacunas no se congelen durante el transporte por contacto con los acumuladores.

Por ello, MSF está presionando para conseguir productos más fáciles de usar, y sobre todo que toleren el calor durante su traslado final desde el centro de salud. Esto se está logrando en parte mediante la investigación clínica: en 2013, MSF y Épicentre, su división de investigación, estudiaron la estabilidad y eficacia de una vacuna antitetánica que fue preservada hasta 30 días en una cadena de temperaturas controladas de hasta 40°C. Los resultados provisionales son prometedores y deberían abrir el camino a una recalificación

de la vacuna, para que pueda usarse aunque haya permanecido cierto tiempo fuera de la cadena de frío. Convencer a las farmacéuticas para que recalifiquen sus vacunas para usarlas fuera de la cadena de frío, aunque sea por unos días, sería de gran utilidad.

Aún así, sería tan solo un paso inicial, ya que, en última instancia, necesitamos que los nuevos productos de las farmacéuticas prioricen su termoestabilidad, y que puedan estar al menos un mes sin refrigeración.

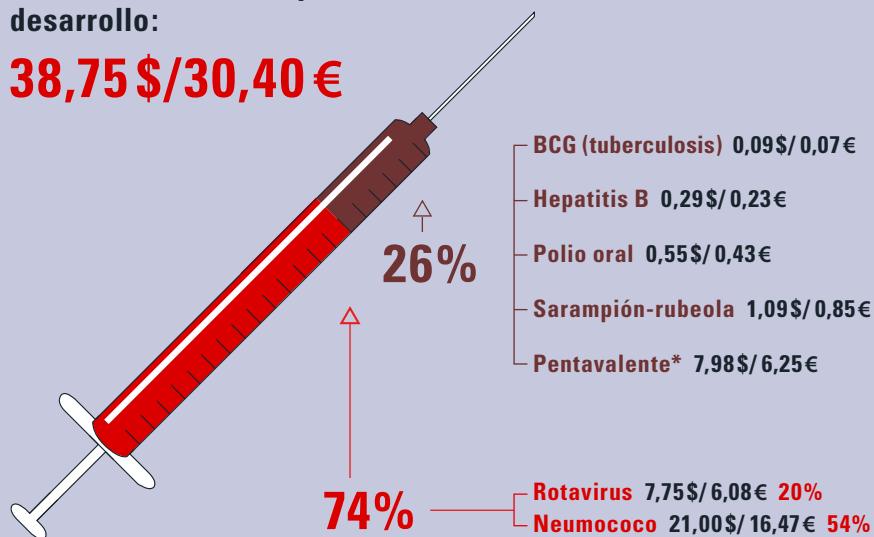
Desde 2001, el coste de vacunar completamente a un niño se ha incrementado un 2.700%, por lo que las organizaciones humanitarias y muchos países lo tienen cada vez más difícil para conseguirlas. Esto se une al problema de la cadena de frío y la complejidad logística que plantean los programas de vacunación en lugares remotos. Seguimos viendo a niños que mueren de enfermedades prevenibles con una vacuna, y esto nos impulsa a mejorar nuestras estrategias y alzar la voz para reclamar cambios. Vacunar a los 22 millones de niños que cada año se quedan sin protección requiere el trabajo conjunto de GAVI, las farmacéuticas y los donantes. Necesitamos productos mejor adaptados a nuestros contextos de trabajo y a quienes más los necesitan, y necesitamos poder acceder a ellos al mejor precio posible.

NECESITAMOS VACUNAS MÁS ASEQUIBLES

El **74%** del coste de vacunar a un niño corresponde a **dos nuevas vacunas**.

Precio total del paquete básico de vacunación en un país en desarrollo:

38,75 \$/30,40 €



Datos sobre precios de vacunas de UNICEF: <http://uni.cf/mti97E>

El precio por vacuna se basa en el número de dosis recomendadas por la OMS.

*La vacuna pentavalente protege contra cinco enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y gripe hemofílica tipo B.



En 2013, MSF realizó numerosas campañas de vacunación en respuesta a brotes epidémicos de sarampión, en las que fueron inmunizadas cerca de 2,5 millones de personas.



© Yasuhiko Okuno

Una trabajadora de MSF en Suazilandia explica qué es el VIH, cómo se transmite y cómo se puede prevenir.

ACTIVIDADES POR PAÍS

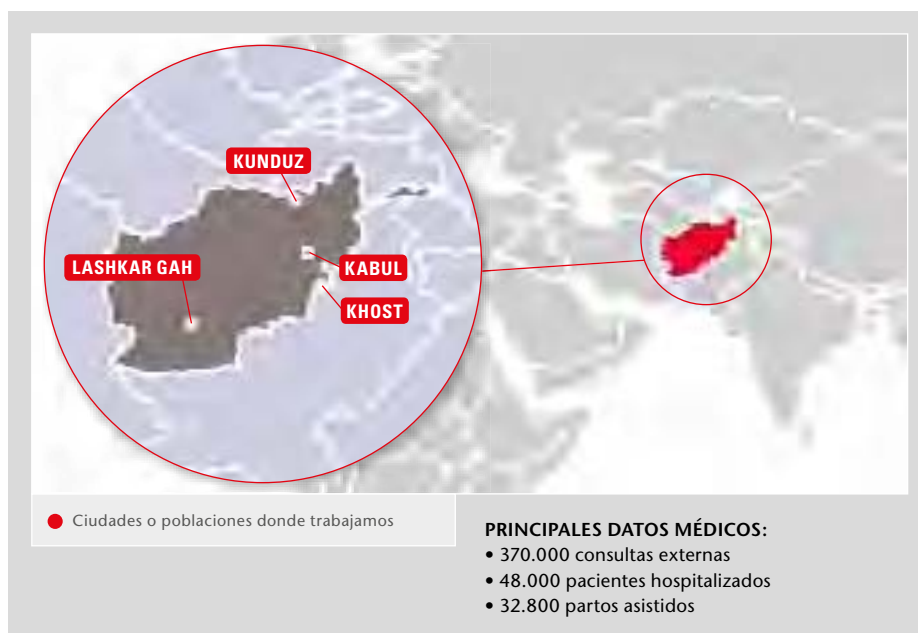
28	AFGANISTÁN	43	FRANCIA	61	MALAUI	79	SIRIA
30	ARMENIA	44	GEORGIA	62	MALI	81	SOMALIA
30	BANGLADESH	44	GRECIA	63	MARRUECOS	83	SUAZILANDIA
31	BOLIVIA	45	GUINEA	64	MAURITANIA	84	SUDÁFRICA
32	BULGARIA	45	HAITÍ	64	MÉXICO	85	SUDÁN
32	BURKINA FASO	47	HONDURAS	65	MOZAMBIQUE	86	SUDÁN DEL SUR
33	BURUNDI	48	INDIA	66	MYANMAR	88	TAYIKISTÁN
33	CAMBOYA	50	IRAK	67	NÍGER	88	TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS
34	CAMERÚN	52	IRÁN	69	NIGERIA	89	TURQUÍA
34	CHAD	52	ITALIA	70	PAKISTÁN	89	UCRANIA
36	CHINA	53	JORDANIA	72	PAPÚA NUEVA GUINEA	90	UGANDA
37	COLOMBIA	54	KENIA	73	PARAGUAY	91	UZBEKISTÁN
38	COREA DEL NORTE	56	KIRGUIZISTÁN	73	REPÚBLICA CENTROAFRICANA	91	YEMEN
38	COSTA DE MARFIL	57	LAOS	75	REPÚBLICA DEL CONGO	92	ZAMBIA
39	EGIPTO	57	LESOTO	76	REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO	93	ZIMBABUE
39	ETIOPÍA	58	LÍBANO	78	RUSIA		
41	FILIPINAS	60	LIBIA	78	SIERRA LEONA		
		61	MADAGASCAR				

AFGANISTÁN

El número de pacientes atendidos en los hospitales de Médicos Sin Fronteras (MSF) prácticamente se ha duplicado en los últimos dos años, un indicador claro de las necesidades de salud existentes.

En 2013, la guerra y sus consecuencias siguieron restringiendo el acceso de la población a servicios médicos de calidad, en especial a la atención especializada.

Las clínicas privadas están fuera del alcance de la mayoría de afganos y muchos hospitales públicos carecen de personal y están saturados. Muchas clínicas rurales no funcionan, pues los trabajadores cualificados se han ido y el suministro de material médico y medicamentos fiables es escaso o inexistente. La inseguridad también impide que comunidades enteras puedan desplazarse para ir al hospital. Según la Organización Mundial de la Salud, Afganistán presenta algunos de los peores indicadores de salud del mundo, sobre todo en las mujeres embarazadas y los niños. MSF sigue asegurando un mejor acceso a atención médica gratuita y de calidad en algunas de las zonas más afectadas por el conflicto.



Hospital Ahmed Shah Baba (Kabul)

La población de Kabul ha aumentado significativamente como resultado de las migraciones, los desplazamientos y las repatriaciones. En el este de la capital, MSF ha acondicionado el hospital Ahmed Shah Baba para convertirlo en un hospital de distrito de calidad, y ha formado al personal

afgano del Ministerio de Salud y de MSF para que se haga cargo de las urgencias y de la maternidad las 24 horas del día.

Las obras de rehabilitación finalizadas en 2013 incluyen una nueva sala de espera, la reubicación de las consultas externas para mujeres y la apertura de una nueva maternidad (con 21 camas para partos y



Parto con cesárea en el hospital Ahmed Shah Baba de Kabul.



En una clínica de la periferia este de Kabul, varios pacientes reciben sus recetas médicas.

© Robert Nickelsberg/Getty

atención posnatal). Durante el año, fueron asistidos una media de 1.000 partos al mes. El hospital también trató a niños desnutridos, y 500 fueron admitidos en el programa de nutrición terapéutica.

En enero, MSF lanzó una clínica móvil para asistir a los desplazados de Kabul, sometidos a las duras condiciones invernales. El equipo trabajó en seis campos y realizó 2.000 consultas médicas en tres meses. En abril, también organizó clínicas móviles en el área de Ahmed Shah Baba, centradas en controles pre y posnatales y vacunaciones infantiles.

Pacientes traumáticos en Kunduz

En la provincia de Kunduz (norte), el centro de MSF abierto en 2011 siguió proporcionando atención quirúrgica gratuita a las víctimas de traumatismos derivados de accidentes o relacionados con el conflicto (como heridas de bala). A lo largo de 2013, también empezaron a admitirse pacientes con lesiones craneales moderadas y severas. En enero, el centro fue equipado para realizar fijaciones externas de fracturas, y se instruyó al personal local en los protocolos y técnicas más relevantes.

Paralelamente, continuaron las masivas obras de rehabilitación del edificio: la redistribución de espacios permitió colocar bajo un mismo techo las urgencias y los quirófanos, y aumentar la capacidad de las salas destinadas al triaje y tratamiento de pacientes. Se construyó un tercer quirófano, y se trasladaron al interior del edificio los

servicios de consulta externa y fisioterapia, simplificándose el acceso para los pacientes que vuelven para segundas visitas. En 2013, se realizaron más de 12.000 sesiones de fisioterapia.

Asimismo, MSF puso en marcha un programa de salud mental para víctimas de incidentes traumáticos y sus familias, así como actividades de promoción de la salud.

El flujo de pacientes en este centro siguió incrementándose: en 2013 fueron atendidas 17.000 personas (un 10% de ellas por heridas asociadas al conflicto), y se realizaron 4.500 intervenciones quirúrgicas (el triple que en 2012).

Maternidad de Khost

La maternidad de 83 camas de Khost es el único hospital especializado en salud materna de toda la zona. Proporciona un entorno seguro a las embarazadas (en particular en partos complicados) para reducir la elevada mortalidad materna y neonatal. Muchas mujeres recorren largas distancias para acceder a la atención gratuita de calidad que esta maternidad proporciona. En 2013, se practicaron 12.000 partos y fueron asistidas 2.000 mujeres con complicaciones.

El reclutamiento de personal médico femenino cualificado en Khost ha supuesto todo un reto. Hay una falta generalizada de profesionales sanitarias cualificadas en Afganistán, y muchas especialistas prefieren vivir y trabajar en las grandes ciudades. El

personal internacional de MSF ayuda a cubrir vacantes y también proporciona formación.

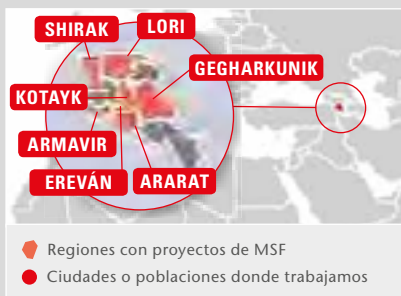
Hospital de Boost, en Lashkar Gah (Helmand)

Un equipo de MSF sigue dando apoyo al hospital de Boost, uno de los dos únicos que están operativos en el sur de Afganistán. Cuenta con servicios de cirugía, medicina interna, maternidad, pediatría, cuidados intensivos y urgencias. El hospital, de 250 camas, registró una media de 1.300 ingresos mensuales. En urgencias fueron atendidas 66.000 personas, y se realizaron 5.600 procedimientos quirúrgicos.

La desnutrición sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil en la provincia de Helmand. En 2013, cerca de 3.200 niños fueron atendidos en el centro de nutrición terapéutica del hospital, hasta el punto de saturarse la sala de pediatría, que había sido ampliada en 2010 y 2011: fueron ingresados unos 200 niños al mes, cuando su capacidad es de 90 camas. Por otra parte, tras evaluar los recursos sanitarios en la zona de Lashkar Gah, MSF decidió cerrar las consultas externas del hospital a finales de año, al identificarse en el área suficientes servicios primarios.

En febrero de 2014, MSF publicó el informe *De la retórica a la dura realidad: la ardua lucha para acceder a la atención sanitaria en Afganistán*, basado en la información recogida en 2013.

ARMENIA



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 119 pacientes de TB-MDR en tratamiento

Armenia cuenta con una de las tasas de tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR) más elevadas del mundo.

La tuberculosis (TB) se ha convertido en un importante problema de salud pública en Armenia. Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en este país desde 2005, con el objetivo de mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la TB-DR, y apoyar a los pacientes afectados

para que puedan llevar a buen término el durísimo tratamiento. MSF también ha ayudado a implementar políticas, medidas y prácticas para el control de infecciones.

En 2013, MSF dio apoyo al Ministerio de Salud en sus programas de TB-DR e infecciones por micobacterias no tuberculosas (de la misma familia bacteriana que la TB) en Ereván, Armavir, Ararat, Shirak, Lori, Kotayk y Gegharkunik, así como en Karabaj.

Asimismo, en 2013, MSF apoyó al Programa Nacional de lucha contra la Tuberculosis en su iniciativa de uso compasivo de tratamientos para pacientes con tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR); para el mes de diciembre, 26 pacientes ya lo estaban recibiendo. Además, un equipo conjunto de cirujanos especialistas en TB pulmonar de MSF y del Ministerio de Salud operó con éxito a siete pacientes.

El trabajo de MSF pretende potenciar la capacidad del Programa Nacional de implementar los planes de respuesta a la TB-DR, con el objetivo de traspasar gradualmente las actividades de la organización al Ministerio.



Antes de ser operado por el equipo itinerante de MSF, un paciente es examinado por un fisioterapeuta.

Tatev

Paciente de 17 años con tuberculosis multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) de Ereván

Al principio me costó aceptar que tuviera que ir al hospital o incluso que tuviera la enfermedad. Creo que, más que nada, tenía miedo a la medicación. Quizá por eso reaccioné así.

Los dos primeros días que estuve tomando la medicación fueron normales, pero cuando me di cuenta de que iba a tener que tomarla durante mucho tiempo, se me hizo más duro. Fue un periodo difícil pero me obligué a creer que funcionaría y que conseguiría deshacerme de la TB. Ese es mi sueño.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 98 | MSF trabajó por primera vez en Armenia en 1988 | msf.org/armenia

BANGLADESH



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 135.650 consultas externas
- 2.300 partos asistidos

En 2013, personas de la minoría étnica y religiosa rohingya siguieron entrando en Bangladesh desde el vecino Myanmar, huyendo de la discriminación extrema y de la violencia esporádica.



Mujeres con sus hijos esperando consulta en la clínica de Kamrangirchar.

Más de 200.000 rohingya han huido a Bangladesh desde Myanmar en las cuatro últimas décadas y apenas tienen ya esperanzas de regresar a su hogar. Sometidos a una discriminación generalizada, en su mayoría no están registrados y quedan excluidos de la atención sanitaria. En Cox's Bazar, el campo provisional de Kutupalong acoge a 30.000 rohingya indocumentados: Médicos Sin Fronteras (MSF) les proporciona atención primaria, salud materna, salud mental y estabilización para niños con desnutrición severa, y cuenta con un pequeño departamento de hospitalización y un centro de tratamiento de la diarrea. Además, una ambulancia traslada al hospital a pacientes graves que requieran atención especializada. En 2013, la clínica de MSF atendió a 74.300 personas.

Dacca, la capital, tiene 15 millones de habitantes. Kamrangirchar es el barrio marginal más grande: medio millón de personas viven a orillas del río Buriganga, sin apenas acceso al sistema de salud, que en todo caso ya funciona al límite de su capacidad. MSF gestiona el centro de salud del barrio, prestando atención básica gratuita y servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres jóvenes. Muchos de los vecinos

padecen diarrea y afecciones cutáneas debidas a las pobres condiciones higiénicas y a la mala calidad del agua, por lo que MSF se centra cada vez más en salud ambiental (aquellos aspectos de la salud humana determinados por el medio ambiente).

En 2010, MSF inició un proyecto de kala azar en Fulbaria, e introdujo con éxito el tratamiento con anfotericina B liposomal; fue traspasado al Ministerio de Salud en marzo. Ahora, MSF espera la autorización del Ministerio para empezar a tratar la leishmaniasis dérmica post-kala azar.

Intervenciones de emergencia

El 24 de abril, un edificio de ocho plantas donde miles de personas trabajaban en talleres textiles se hundió en Savar, en Dacca. Muchos de los supervivientes presentaban síntomas de trauma psicológico, y un equipo de MSF ofreció apoyo en salud mental a 413 personas, entre víctimas y personas que les habían rescatado. MSF también dispensó atención psicológica a 28 personas que habían sufrido quemaduras en los ataques con bombas incendiarias perpetrados contra el transporte público en los episodios de violencia poselectoral de diciembre.

Noor

30 años de edad. Llevó a sus hijos a la clínica de MSF en el campo de Kutupalong.

Vivo con mi marido y mis cinco hijos en una casa del campo. Llegamos hace cinco años de Myanmar porque la situación allí no era buena. Mis tres hijos más pequeños nacieron en este campo. El pequeño nació en la clínica de MSF hace nueve meses. Tanto mis padres como mis suegros viven en Myanmar, así que estamos solos y nos las arreglamos como podemos. Mi marido a veces encuentra trabajo como jornalero, como conductor de 'rickshaw' o como bracero, pero otras veces le resulta difícil y entonces no tenemos nada.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 311 | MSF trabajó por primera vez en Bangladesh en 1985 | msf.org/bangladesh

BOLIVIA



Médicos Sin Fronteras (MSF) traspasó su programa de Chagas en Aiquile, tras implantar con éxito una estrategia integrada de prevención, diagnóstico y tratamiento.

El Chagas, enfermedad parasitaria endémica en Latinoamérica, se transmite por la picadura de una chinche que vive en las paredes y tejados de las casas de adobe y paja. El Chagas puede ser asintomático durante años, pero, sin tratamiento, puede afectar a los órganos internos y provocar fallo cardíaco e incluso la muerte.

En la provincia de Narciso Campero, se estima que la prevalencia del Chagas puede llegar al 40%. Tratarlo siempre ha planteado dificultades geográficas y económicas: la mayor parte de la población vive en zonas

remotas, lejos de los hospitales urbanos y los centros de salud; estos, además, suelen cobrar.

En 2009, MSF inició un programa integral de Chagas en las clínicas y centros de salud de Aiquile, Omereque y Pasorapa. Los equipos diagnosticaron y trataron el Chagas a personas de hasta 60 años de edad, y formaron a trabajadores sanitarios locales. Además, se dedicó un gran esfuerzo a las tareas de sensibilización e implicación de las comunidades en la vigilancia y el control del Chagas, todo ello mediante talleres educativos, reuniones semanales y programas de radio.

En septiembre, el proyecto se traspasó al Programa Nacional de Control del Chagas del Ministerio de Salud y a la dirección de la Región Sanitaria. MSF prepara un nuevo proyecto en Aiquile, que implantará un modelo sostenible de tratamiento que pueda replicarse en otros lugares.



Los talleres de sensibilización sobre el Chagas han sido una parte sustancial del trabajo de MSF en Bolivia.

MSF trabajó por primera vez en Bolivia en 1986 | msf.org/bolivia

BULGARIA



El aumento repentino del número de refugiados en Bulgaria en 2013 provocó hacinamientos en los centros de acogida y la falta de una atención médica adecuada.

Más de 8.000 refugiados, un 70% de ellos sirios, llegaron a Bulgaria este año y fueron trasladados a varios centros de detención o acogida. En noviembre, Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a trabajar en estos centros, en colaboración con la Agencia Estatal para los Refugiados. MSF no trabajaba en Bulgaria desde 2005.

La afluencia de refugiados puso bajo enorme presión al sistema público, y los estándares de higiene y salud empeoraron de forma dramática en los centros. Urgía sobre todo la identificación de grupos vulnerables —mujeres embarazadas o lactantes, menores de 5 años, enfermos crónicos, personas con problemas de salud mental o con discapacidad, y ancianos—, con el fin de garantizarles el acceso a atención especializada, alimentación y alojamiento. Durante el frío invierno, MSF pudo constatar las evidentes deficiencias en cobijo, electricidad, camas y saneamiento. La atención médica también era escasa:

solo estaban disponibles las referencias a los hospitales para casos urgentes, las consultas médicas eran esporádicas y tampoco había un suministro estable de medicamentos.

MSF trabajó en los centros de Vrezdevna y Voenna Rampa (en Sofía), y en el campo de Harmanli (cerca de la frontera turca). Además de dispensar atención primaria (incluyendo controles prenatales y maternidad), MSF organizó consultas de salud mental. Además, introdujo procedimientos para realizar exámenes médicos y poder determinar la vulnerabilidad de los refugiados; puso en marcha un sistema de acceso a la atención sanitaria; y mejoró la higiene y el saneamiento de las instalaciones. MSF también se aseguró de que los solicitantes de asilo que vivían fuera de los centros de Vrezdevna y Voenna Rampa recibieran atención médica.

MSF trabajó por primera vez en Bulgaria en 1981 | msf.org/bulgaria

BURKINA FASO



En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) redujo sus actividades en Burkina Faso a raíz de la reubicación de los refugiados malienses dentro del país.

En febrero de 2012 empezaron a llegar grandes grupos de refugiados que huían de la violencia en Mali, y MSF lanzó una intervención para responder a sus necesidades. Al principio, la mayoría de los malienses se asentaron en campos cerca de la frontera, en la provincia de Oudalan. Pero más adelante, el Gobierno de Burkina trasladó los campos al interior para garantizarles una mayor seguridad.

A principios de 2013, debido al deterioro de la seguridad en todo el Sahel, los refugiados fueron reubicados de nuevo. A lo largo de seis meses, los 11.300 malienses de los asentamientos en los que trabajaba MSF —Ferrerio, Dibissi y Ngatourou—

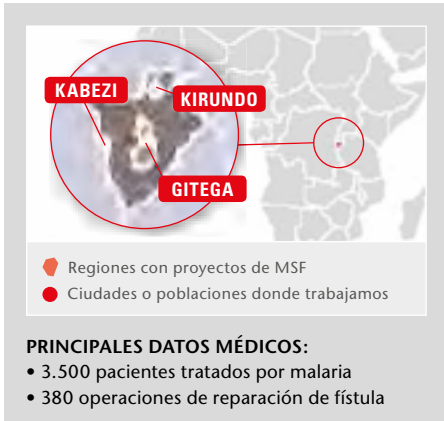
Niénié— fueron trasladados a dos campos del interior: Goudoubou y Mentao. En consecuencia, MSF redujo sus actividades.

No obstante, dado que en Dibissi aún quedaban refugiados, MSF organizó una clínica móvil dos veces por semana para atender sus necesidades y las de los 6.200 habitantes de la zona de Gandafabou. Se realizaron consultas médicas, vacunaciones (rutinarias, contra el tétanos y el sarampión) y referencias al hospital de Dori.

A finales de 2013, la cifra de refugiados malienses en Burkina se estimaba en 43.000.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 91 | MSF trabajó por primera vez en Burkina Faso en 1995 | msf.org/burkinafaso

BURUNDI



En el distrito rural de Kabezi, la mejora en el acceso a la atención médica urgente ha conseguido una reducción notable de la mortalidad materna.

Las mujeres con complicaciones obstétricas tenían poco acceso a atención médica adecuada en Kabezi hasta que Médicos Sin Fronteras (MSF) abrió su Centro para Urgencias Obstétricas (CURGO) en 2006. Situado dentro del hospital de Kabezi, ofrece servicios obstétricos y quirúrgicos de alta calidad y gratuitos. El sistema de referencias y ambulancias también permitió que mujeres de 24 centros de salud de la zona pudiesen acceder al CURGO. En 2013 admitió a una media de 250 pacientes al mes.

El informe de MSF *Partos seguros: la reducción de la mortalidad materna en Sierra Leona y Burundi* evaluó el impacto de los esfuerzos realizados en Kabezi y en el distrito sierraleonés de Bo: la maternidad materna se había reducido en hasta un 74%. A lo largo de 2013, MSF formó y acompañó al personal sanitario burundés y traspasó el programa a las autoridades locales.

Fístula obstétrica

Paralelamente, MSF siguió tratando casos de fístula obstétrica en el centro de salud de Urumuri, en Gitega. La fístula, una lesión

provocada por complicaciones en el parto, causa dolor e incontinencia, y esta a su vez puede ser motivo de exclusión social e incluso familiar. El paquete asistencial incluye cirugía, fisioterapia y apoyo social las 24 horas del día.

Malaria

En 2013, el proyecto de MSF para pacientes con paludismo en Kirundo siguió apoyando a 44 centros de salud y dos hospitales, con servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria severa.

Séverine paciente de fístula obstétrica

El equipo de MSF me acogió en la 'aldea de mujeres'. Me siento bien aquí; solemos bailar. Todas las mujeres aquí padecen de lo mismo, y eso nos ayuda a afrontarlo. Dentro de una semana me operarán. Espero que vaya bien; estoy segura de que irá bien.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 233 | MSF trabajó por primera vez en Burundi en 1992 | msf.org/burundi

CAMBOYA



En Camboya, la prevalencia de la tuberculosis (TB) es una de las más altas del mundo: más del 0,8% de la población ya está infectada y cada año contraen la enfermedad unas 60.000 personas más.

La mortalidad por TB en Camboya es muy elevada y una de las causas es que menos del 20% de los infectados están

diagnosticados. Urge encontrar nuevos métodos para mejorar y ampliar la detección de la enfermedad. En 2013, el hospital provincial de Kampong Cham abrió un nuevo departamento de TB, con servicios integrales para pacientes confirmados o con sospecha de la enfermedad, tanto la TB regular como la resistente a los medicamentos (TB-DR); personas de toda la provincia acuden para hacerse los análisis. MSF también apoya el diagnóstico y seguimiento de pacientes en el distrito de Choeung Prey. Y en el de Tboung Khmum, MSF trabaja en la detección de la TB en los mayores de 55 años.

Por otra parte, en las provincias de Phnom Penh y Kandal, MSF lanzó una iniciativa conjunta con la organización local Comité de Salud de Camboya y con el Centro Nacional de Control de la TB y la Lepra (CENAT) para tratar a 20 pacientes con TB-DR; MSF se ocupará de su seguimiento hasta que concluyan la terapia. Gracias a esta colaboración, MSF ha supervisado a casi a la mitad de los diagnosticados con TB-DR en el país en 2013.

Malaria en Preah Vihear

MSF realizó un estudio de base en 2013 en este distrito para determinar la incidencia de la cepa de malaria *Plasmodium falciparum*



Registro de participantes en el estudio sobre malaria y resistencia a la artemisinina.

y su resistencia a la artemisinina. En 2014, MSF implantará un protocolo de tratamiento específico, para demostrar que la malaria resistente a la artemisinina puede eliminarse.

Traspaso del proyecto en las prisiones

Desde 2006, MSF trabaja en dos cárceles de Phnom Penh donde la tasa de mortalidad por VIH es muy elevada. A finales de junio, tras mejorar la atención a los pacientes y consolidarse los servicios médicos, los proyectos de TB y VIH se traspasaron a dos programas nacionales y a contrapartes locales.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 159 | MSF trabajó por primera vez en Camboya en 1979 | msf.org/cambodia

CAMERÚN



La centralización del sistema de salud y el coste de la atención médica suponen una barrera para muchos camerunenses. Son especialmente vulnerables quienes padecen enfermedades olvidadas como la úlcera de Buruli, presente sobre todo en zona rural.

La úlcera de Buruli es una enfermedad tropical que destruye los tejidos blandos y cutáneos, generalmente en brazos y piernas; sin tratamiento, puede causar infecciones secundarias y cicatrices, e incluso limitaciones de movilidad o discapacidad permanente. Pero cuando se diagnostica a tiempo, y aunque pueda ser necesaria la cirugía, la mayoría de los pacientes se curan con antibióticos. La forma de transmisión aún no se ha determinado con certeza; cerca de la mitad de los afectados en África son niños.

A las personas con sospecha de padecer la enfermedad se les realiza un examen médico y un análisis de laboratorio. Los pacientes confirmados son ingresados en el pabellón especializado de Médicos Sin Fronteras (MSF) en el hospital de Akonolinga: la atención se basa en el tratamiento con antibióticos, la cura de heridas, la cirugía y la fisioterapia. Además, MSF ofrece la prueba del VIH y quienes dan positivo (en 2013, el 12,5%, el triple de la prevalencia estimada) reciben atención integral para ambas enfermedades. En total, el equipo trató a 188 personas con heridas crónicas causadas por la úlcera, realizó

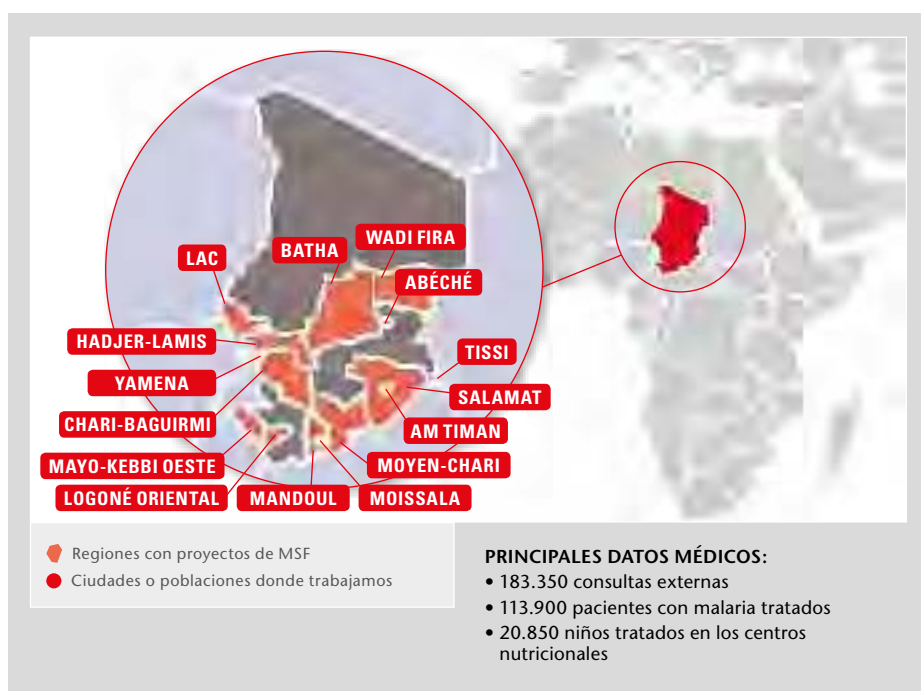
15.800 curas y 78 cirugías, y admitió a 48 nuevos pacientes.

Desde noviembre de 2011, MSF estudia la simplificación del diagnóstico de la úlcera en países de recursos limitados con prevalencia elevada. El objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios un árbol de diagnóstico que facilite la identificación de casos. La primera fase del estudio se completó este año, con 370 pacientes registrados.

En abril, MSF traspasó el programa de VIH en Douala al Ministerio de Salud, que ha adoptado el tenofovir como tratamiento antirretroviral (ARV) de primera línea.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 79 | MSF trabajó por primera vez en Camerún en 1984 | msf.org/cameroon

CHAD



Aunque el gobierno chadiano se ha comprometido a incrementar la inversión pública en salud, la calidad de la atención dispensada y los indicadores siguen siendo bajos, en especial para las comunidades rurales, los niños y los refugiados.

La mortalidad en niños menores de 5 años es elevada, y la cobertura de vacunación es baja. La gente a menudo muere de desnutrición y de enfermedades prevenibles como la malaria o el cólera, y las epidemias son recurrentes. La inestabilidad en los países vecinos también convierte a Chad en anfitrión de un elevado número de refugiados: en 2013



Un enfermero de MSF estabiliza a un paciente en el hospital de Tissi antes de su traslado a Abéché. Los enfrentamientos en Darfur a principios de año provocaron una afluencia de refugiados sudaneses.

llegaron 60.000 más, con necesidades urgentes de salud primaria y especializada.

Centrados en la malaria

La malaria es una de las principales causas de muerte entre los menores de 5 años, y sin embargo la mortalidad puede reducirse de forma sencilla con medidas como el uso de mosquiteras, la medicina preventiva y la detección y tratamiento tempranos.

En los últimos años, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha trabajado en la prevención y tratamiento de la malaria en los distritos de Moissala y Bouna (región de Mandoul). La unidad de MSF en el hospital de Moissala se centró en los niños con paludismo severo o complicado; también respaldó con medicamentos y personal a los centros de salud y a los promotores comunitarios de las zonas rurales. Durante el pico de malaria (de julio a octubre), las actividades se completaron con quimioprevención de la malaria estacional: consiste en la distribución preventiva de tratamiento antipalúdico a menores de 5 años y mujeres embarazadas. Esta estrategia ya había demostrado su eficacia a la hora

de reducir el número casos de malaria severa; en 2013, se administró a 53.000 niños en Moissala, confirmandose después una reducción del 60% en los casos de paludismo respecto a 2012.

En el hospital de Massakory (región de Hadjer-Lamis), MSF dio apoyo a la pediatría, y trató a 36.600 pacientes durante un pico agudo de malaria entre julio y diciembre. También trató a niños con desnutrición en el hospital y en las áreas de salud circundantes. Finalmente, lanzó una campaña de agua y saneamiento en las viviendas de la población, para ayudar a prevenir brotes de diarrea. En estos momentos, esta actividad beneficia a 900 familias en 20 aldeas.

La región de Salamat registró elevados niveles de malaria entre agosto y octubre, y MSF intervino desde el hospital de Am Timan con actividades móviles. Mientras, otro equipo en el hospital siguió proporcionando atención básica y especializada a mujeres y niños, con servicios de salud reproductiva, obstetricia de emergencia y tratamiento

para la tuberculosis y el VIH, incluyendo Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH). Los equipos realizaron 5.250 consultas ambulatorias, asistieron 1.895 partos e hicieron la prueba del VIH a 2.050 personas. El programa nutricional admitió a 9.990 niños en el hospital y en otros nueve puntos de atención (seis de los cuales fueron traspasados al Ministerio de Salud a finales de año).

Asistencia a refugiados sudaneses

Los nuevos enfrentamientos registrados en Darfur, en el vecino Sudán, desencadenaron a principios de 2013 una oleada de refugiados que entraron en Chad por la zona de Tissi. MSF abrió una sala de urgencias en la ciudad, un centro de salud en el campo de Ab Gadam y un dispensario en Um Doukhum. Las patologías más habituales eran la malaria, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y cutáneas y la desnutrición. El equipo realizó 52.820 consultas externas y trató a 10.400 personas por paludismo. Asimismo, proporcionó agua potable y construyó letrinas en el campo de Ab Gadam. En Goz Beida, otro equipo realizó consultas

médicas, aseguró acceso a agua potable y distribuyó artículos de primera necesidad, como mantas y kits de higiene.

Campañas ampliadas de vacunación

Los niños sin vacunar están más expuestos a las infecciones, con consecuencias que pueden ser mortales si además están desnutridos. MSF colaboró con el Ministerio de Salud en la ampliación de la cobertura de vacunación, organizando campañas para los desplazados y en respuesta a brotes. Así, en 2013, se lanzaron tres campañas contra el sarampión, que beneficiaron en mayo a 257.000 niños en la región de Ouaddai, y en septiembre a 102.000 niños en Guéréda y 68.100 más en Iriba.

A principios de febrero, otra campaña en Goz Beida atajó un brote de fiebre amarilla, enfermedad viral que puede causar problemas hepáticos graves y la muerte. En total fueron vacunadas 161.300 personas. En la región de Salamat se desarrollaron otras campañas, para responder a brotes de sarampión (12.250 vacunados) y meningitis (26.800).

Respuesta a emergencias

Tras las inundaciones de Maro (en la región de Moyen-Chari), MSF asistió a los refugiados procedentes de República Centroafricana asentados en los campos de Yaroungou y Moulá. Los equipos prestaron 12.200 consultas médicas, dieron apoyo nutricional a 2.630 niños y realizaron vacunaciones. En agosto, proporcionaron



Campaña de vacunación entre los refugiados centroafricanos.

asistencia a los refugiados en Koldaga y Moissala.

Traspaso de programas

En Abéché, MSF contaba desde 2008 con un programa de apoyo médico, rehabilitación y atención psicosocial a mujeres con fístula obstétrica. La fístula, una lesión derivada de complicaciones en el parto, causa dolor e incontinencia, y esta a su vez puede provocar rechazo familiar

y exclusión social. Hasta que comenzó el traspaso al Ministerio de Salud a finales de 2013, unas 850 mujeres habían pasado por la *aldea de mujeres*, un centro con 45 camas donde se benefician de cirugía reparadora y atención posoperatoria.

También fue traspasado al Ministerio de Salud, en febrero, el programa nutricional de emergencia de MSF en Bokoro (Hadjer-Lamis).

Nº de trabajadores a finales de 2013: 1.039 | MSF trabajó por primera vez en Chad en 1981 | msf.org/chad

CHINA



Las personas con VIH/sida en China experimentan graves dificultades a la hora de acceder a la atención médica.

Aunque la prevalencia del VIH en China es baja, garantizar una atención adecuada a quienes necesitan tratamiento sigue siendo difícil. En diciembre de 2003, China estableció la política *Cuatro servicios gratis y un apoyo*, que proporciona gratuitamente asesoramiento y diagnóstico, tratamiento antirretroviral, Prevención de la Transmisión de Madre a Hijos (PMT) y escolarización para huérfanos del sida, además de apoyo social a los pacientes. Sin embargo, muchos aún no se han beneficiado de estas medidas. Según el Ministerio de Salud, algunas regiones no están concienciadas y persisten la discriminación y el estigma.

La ONG local Aids Care China (ACC) dispensa atención de calidad y tratamiento en clínicas privadas, con el objetivo de demostrar su impacto positivo en los pacientes y promover

reformas que amplíen la asistencia. En octubre de 2011, a petición de ACC, Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a trabajar en una clínica cerca de la frontera con Myanmar, en Jiegao (provincia de Yunnan); en esta zona, hay un elevado número de usuarios de drogas intravenosas con VIH (chinos y birmanos), o coinfectados con VIH y tuberculosis, o con VIH y hepatitis C. Desde septiembre, y por un periodo de un año, MSF presta asesoramiento médico y en gestión de personal.

Inundaciones en Guangxi

En agosto, 127.000 personas resultaron damnificadas por las inundaciones y corrimientos de tierra en Guiping (provincia de Guangxi). MSF distribuyó kits de higiene, cubos, lonas de plástico y mosquiteras a 950 familias.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 5 | MSF trabajó por primera vez en China en 1989 | msf.org/china

COLOMBIA



Los testimonios recogidos por Médicos Sin Fronteras (MSF) entre 4.400 pacientes revelaron que el 67% de las personas que necesitaban apoyo psicológico habían sufrido, al menos, un episodio de violencia.

El conflicto armado ha tenido un impacto devastador en la salud de la población. En los últimos años, nuevos grupos paramilitares y cárteles de la droga se han sumado a la histórica confrontación del Ejército y con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN). Esto ha añadido nuevas dinámicas a la violencia ya existente. Gran parte de la actividad armada tiene lugar en los departamentos de Caquetá, Cauca, Putumayo y Nariño (sur): los civiles sufren y presencian masacres, amenazas, extorsiones, desplazamientos, heridas por explosión de minas, torturas, violencia sexual, reclutamiento forzoso y otros abusos.

La atención médica y psicológica apenas existe en zonas geográficamente tan remotas, a pesar de su vital importancia para las víctimas de la violencia. Desde hace tiempo, MSF cuenta con clínicas móviles y una red de puestos de salud, que proporcionan atención primaria, pediatría, referencias para urgencias, salud sexual y reproductiva (incluyendo controles prenatales y planificación familiar) y vacunaciones.



Una pareja participa en el programa de educación para la salud en su propia casa, en el marco del apoyo de MSF al Programa Nacional contra la TB.

En julio, MSF publicó el informe *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto en el sur de Colombia*, basado en los testimonios de pacientes atendidos en 2012. La violencia ha debilitado enormemente la salud mental de los civiles, y las personas atrapadas por el conflicto y otras formas de violencia carecen de un apoyo estatal adecuado a sus necesidades.

La tuberculosis, una prioridad

La tuberculosis (TB) se erige como uno de los principales problemas de salud pública, especialmente en la populosa ciudad portuaria de Buenaventura, donde el 9,5% de los nuevos casos de TB son resistentes a los medicamentos. MSF trabaja en dos estructuras de salud y supervisa 15 dispensarios más. En 2013, comenzaron el tratamiento 218 pacientes de TB y 47 con TB resistente y multirresistente.

Además de apoyar la estrategia nacional contra la TB, MSF lanzó varias iniciativas de testimonio e incidencia con contrapartes y autoridades para introducir la bedaquilina como tratamiento para la TB extremadamente resistente. Estos encuentros y negociaciones siguen en marcha.

Cierre de programas

En febrero, dadas las mejoras del sistema sanitario en Buenaventura, MSF cerró su proyecto de salud reproductiva. Y en diciembre, tras confirmarse los progresos en el acceso de la población rural de Nariño a la atención médica, las actividades se traspasaron a instituciones locales de salud.

Una desplazada de 50 años, originaria del Cauca, describe cómo ha cambiado su familia a causa de la violencia.

Hace varias noches que no duermo, tengo sueños en los que veo a mis vecinos. Lloran, suplican, piden misericordia. Me despierto llorando. Me pongo a pensar en la finca, en mis matas de jardín, en mis gallinas y el ganado, y en los perros que se querían venir con nosotros pero tocó espantarlos con piedras para que no nos siguieran. Nunca me había sentido así. Nunca había visto a mi esposo tan callado, nunca lo había visto llorar en silencio. Y qué decir de mi hijo: el muchacho ya no es el de antes. Ahora en su mirada ya no hay ternura; hay rabia, hay odio.

COREA DEL NORTE



Tras alcanzar un acuerdo con el Gobierno en mayo de 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha iniciado un nuevo proyecto en Corea del Norte.

La atención médica no se considera prioritaria en Corea del Norte, y gran parte de la asistencia se asigna a la producción autosuficiente de alimentos, a la ayuda alimentaria y a estrategias de prevención de enfermedades. Hay muy pocas organizaciones internacionales trabajando en el país, y se enfrentan a restricciones de movimientos y de acceso independiente a los pacientes.

MSF ha optado por un enfoque adaptado. Tras una larga ausencia del país, la organización regresó en 2012, y desde principios de 2013 ha realizado visitas regulares al hospital de distrito de Anju (en la provincia de Pyongan Sur), con el fin de mejorar la práctica médica en salud

materno-infantil. En mayo, finalmente, MSF y el Gobierno firmaron un acuerdo marco de colaboración y definición de las actividades de la organización.

En febrero, un primer equipo ya se había desplazado al país para trabajar en la actualización de los conocimientos médicos del personal del hospital de Anju. El primer módulo formativo se dedicó al manejo de la deshidratación y los estados de *shock* en pacientes pediátricos. El equipo regresó en junio para una segunda formación sobre soporte vital en obstetricia, y en octubre para una tercera sobre desnutrición y enfermedades respiratorias y neurológicas en los niños. Además, en cada visita, MSF suministró los medicamentos y el material médico asociado a cada uno de los módulos, así como la alimentación que necesitan los pacientes hospitalizados, sus cuidadores y el personal del hospital. Durante estas visitas, MSF también hizo el seguimiento y la supervisión de las actividades.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 5 | MSF trabajó por primera vez en Corea del Norte en 1995 | msf.org/dprk

COSTA DE MARFIL



Médicos Sin Fronteras (MSF) ha cerrado el último de sus programas de emergencia en Costa de Marfil, iniciado en respuesta a las necesidades médico-humanitarias provocadas por la crisis postelectoral de 2010 y 2011.

En general, la situación de seguridad se ha estabilizado y 2013 fue declarado *Año de la Salud*. Sin embargo, aunque la inversión pública en este sector ha aumentado, persisten las brechas en la cualificación del personal y la modernización tecnológica.

MSF cesó gradualmente los programas de asistencia a los desplazados por el conflicto armado de 2011. El único que siguió abierto (hasta finales de marzo) fue el de Taï (en la frontera con Liberia): apoyaba a los equipos del Ministerio de Salud en los servicios de consulta externa, pediatría y maternidad en un hospital de 20 camas. En total se realizaron 27.338 consultas.

Durante su trabajo en plena crisis en Duékoué y Abobo, MSF identificó la necesidad urgente de establecer servicios de atención materna vital. Las mujeres generalmente dan a luz en casa con la ayuda de parteras tradicionales, sin atención obstétrica si hay complicaciones. Esto provoca un sufrimiento innecesario y la muerte de muchas madres y bebés.

Para 2014, MSF está preparando junto con el Ministerio de Salud la apertura de un nuevo proyecto centrado en salud infantil en la región de Hambol. Este programa dispensará asistencia en partos complicados y servicios de urgencias pre y neonatales en el hospital de Katiola.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 74 | MSF trabajó por primera vez en Costa de Marfil en 1990 | msf.org/cotedivoire

EGIPTO



El acceso a los servicios médicos es complicado para los migrantes y las comunidades de las zonas remotas de Egipto.

En la clínica de Abú Elian, a las afueras de El Cairo, Médicos Sin Fronteras (MSF) ofrece atención sanitaria a madres y niños menores de 5 años. En 2013, realizó unas 1.700 consultas mensuales: un 70% eran niños con infecciones respiratorias, parásitos intestinales, enfermedades cutáneas y diarrea. La clínica cuenta con un sistema de referencias las 24 horas del día, y MSF paga los costes de hospitalización de las embarazadas que lo utilizan.

Asistencia a grupos vulnerables

Muchos migrantes y refugiados son víctimas de la violencia. En su clínica de salud mental de Nasr City de la capital, MSF siguió ofreciendo apoyo psicológico a este colectivo (con 742 nuevos pacientes y 2.530 sesiones de seguimiento), así como atención médica a supervivientes de violencia sexual (305 nuevos pacientes y 960 consultas de seguimiento).

Ampliación del tratamiento de la hepatitis C

La prevalencia de la hepatitis C en Egipto es elevada: un 12% de la población podría estar infectada. En los últimos dos años,

MSF ha mantenido conversaciones con el Comité Nacional de Hepatitis Vírica para evaluar la pertinencia de un nuevo proyecto que descentralice la atención a estos pacientes: al reducir distancia y costes, mejora su adherencia al tratamiento y con ella, las tasas de curación. MSF recibió autorización a principios de 2014 y lanzará la primera fase del proyecto en la gobernación de Fayum, al sur de El Cairo.

Ayuda durante el invierno y formación médica

Durante invierno de 2013-2014, que fue especialmente duro, MSF asistió en El Cairo y Alejandría a familias vulnerables previamente identificadas por contrapartes locales de salud: se prestaron consultas médicas y psicológicas y se distribuyeron kits de higiene y mantas.

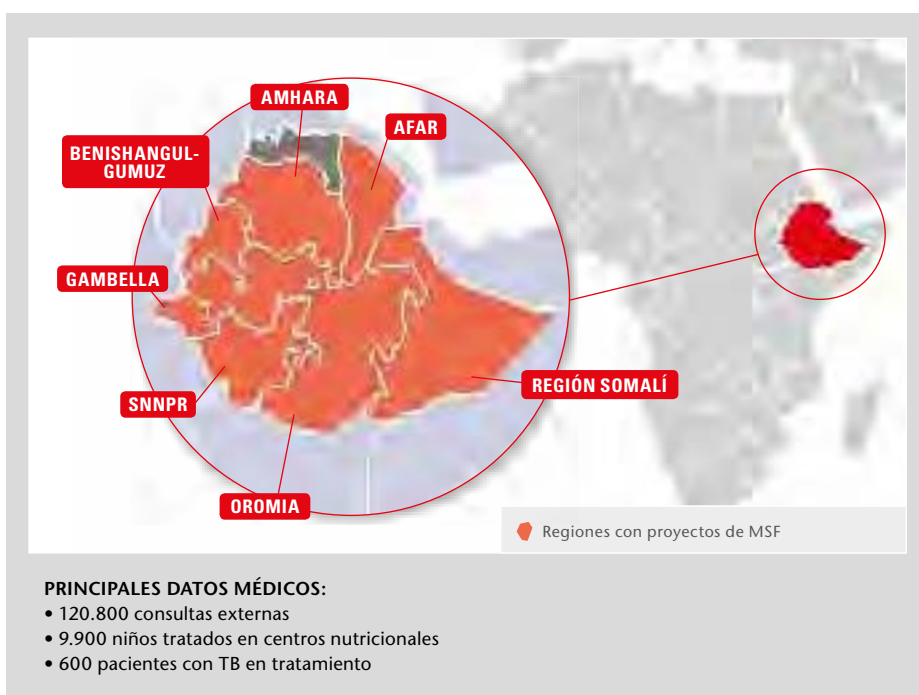
En la capital, MSF también dio formación a un grupo de médicos voluntarios y del Ministerio de Salud, para asesorarles en la respuesta médica en manifestaciones, en ámbitos como la atención rápida y efectiva o el manejo de elevados volúmenes de heridos.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 85 | MSF trabajó por primera vez en Egipto en 2010 | msf.org/egypt

ETIOPÍA

En Etiopía, los nómadas, los refugiados, las víctimas del conflicto y las poblaciones de las zonas más remotas carecen de acceso a la atención médica.

Ante la falta de servicios médicos para mujeres embarazadas y niños en Sidama, en la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNPR), Médicos Sin Fronteras (MSF) opera un proyecto de salud materno-infantil: consiste en una red de centros de salud en Mejo y Chire, reforzados con clínicas móviles a 15 emplazamientos más. MSF cuenta también con una casa de espera para mujeres con embarazos de alto riesgo: una o dos semanas antes del parto, son ingresadas para tenerlas lo más cerca posible de los servicios obstétricos. En 2013, este equipo realizó 10.460 controles pre y posnatales, asistió 800 partos y vacunó a 19.260 niños. Además, fueron ingresados 3.000 pacientes.



Por otra parte, el kala azar (leishmaniasis visceral) es endémico y a veces epidémico en Etiopía. En Abdurafi (región de Amhara), MSF trató a personas con kala azar y VIH y a aquellas co-infectadas con tuberculosis (TB). En 2013, MSF completó el traspaso de pacientes con VIH a la Oficina de Salud. El programa de Abdurafi también ofrece apoyo nutricional y nutrición terapéutica a menores de 5 años.

Brechas sanitarias en la Región Somalí

En la depauperada Región Somalí (Ogaden), la escasez de personal sanitario cualificado y el conflicto entre las fuerzas gubernamentales y varios grupos armados limitan enormemente el acceso a la atención médica. En Degahbur, MSF trabajó en el hospital regional, con obstetricia de emergencia, salud mental, atención a víctimas de la violencia (incluyendo violencia sexual), y tratamiento de la desnutrición y la TB. Además, las clínicas móviles recorrieron las *woredas* (distritos) de Birqod, Ararso y Degahbur. En total, MSF realizó 3.460 controles prenatales y trató a 960 niños desnutridos. Las sesiones de salud mental, individuales y en grupo, beneficiaron a 890 personas, y 430 pacientes iniciaron el tratamiento de la TB. Además, con el fin de mejorar la atención pediátrica, MSF se encargó de la construcción de una sala de hospitalización de 35 camas. También donó

medicamentos y material, y mejoró la calidad del suministro de agua en las estructuras de salud. Finalmente, llevó a cabo una campaña de vacunación contra el sarampión en colaboración con la Oficina de Salud.

MSF también apoyó al hospital de Wardher, centrándose en la atención especializada para niños gravemente enfermos o desnutridos, la maternidad y el tratamiento de la TB. MSF también dispensó atención primaria en el dispensario de Yucub, y aportó personal, formación y suministros a dos centros de salud (Yucub y Danod). Además, clínicas móviles regulares se desplazaron a nueve localidades vecinas, para ofrecer controles prenatales, nutrición terapéutica y vacunaciones. Las necesidades de otras 12 aldeas se cubrieron mediante una ambulancia gratuita. En total, MSF trató a 1.467 niños desnutridos, realizó 2.242 controles prenatales y asistió 325 partos.

Asistencia vital a los refugiados

MSF siguió prestando atención médica especializada a los refugiados somalíes y a la población local de Dolo Ado (en Liben, Región Somalí): hospitalización, obstetricia de emergencia y nutrición terapéutica para los niños. También vacunó contra el sarampión a 12.180 niños y, en colaboración con la Oficina

Regional de Salud, llevó a cabo varias rondas de inmunización contra la poliomielitis.

En la región de Benishangul-Gumuz (oeste), otro equipo asistió a los refugiados de Sudán del Sur. En el campo de Bambasi, MSF prestaba atención nutricional desde 2012, y una evaluación confirmó que la situación había mejorado enormemente. MSF siguió trabajando con las autoridades locales para mejorar la atención médica y nutricional en Bambasi, en Tongo y en el nuevo campo de Ashura. En estos campos, se realizaron 23.170 consultas y se proporcionó nutrición suplementaria a 21.025 niños.

Además, en julio, tras un estallido de violencia en Sudán del Sur, MSF empezó a asistir a unos 3.000 refugiados y a otras 3.000 personas de la comunidad local de Raad (en la región de Gambella). A finales de año, MSF había realizado 5.500 consultas y vacunado a 1.280 niños contra el sarampión y a otros 1.980 contra la meningitis.

Respuesta a la sequía y a las deportaciones

Afar sufrió la peor sequía de los últimos años, que debilitó enormemente el estado de salud y nutrición de la población. En abril, MSF intervino en el árido distrito de Teru, una zona de difícil acceso y escaso desarrollo: abrió un programa de nutrición suplementaria



MSF proporcionó atención médica a 1.880 niños en la *woreda* de Teru (Afar), golpeada por una larga sequía.

© Faith Schwieler-Miyandazi / MSF

y una unidad de hospitalización, y reforzó las actividades de tratamiento mediante clínicas móviles. En total, más de 1.880 niños recibieron atención médica.

En noviembre, Arabia Saudí empezó a deportar a los trabajadores extranjeros considerados ilegales: en Etiopía, 154.837 hombres, mujeres y niños llegaron al aeropuerto de Bole en diciembre. MSF dio apoyo psicosocial a 15.673 personas. Una quinta parte de los pacientes atendidos padecían problemas psicológicos, y 40 tuvieron que ser referidos al hospital psiquiátrico de Addis Abeba para recibir tratamiento especializado.

Cierre de proyectos

La TB es la segunda causa de muerte en Etiopía después de la malaria, y las cepas resistentes a los medicamentos parecen estar ganando terreno. MSF respaldó a la Oficina de Salud mediante un programa innovador de tratamiento en Dire Dawa. MSF traspasó el proyecto tras donar el equipamiento para diagnóstico, revisar los protocolos médicos y realizar algunas modificaciones en la sala de TB y en las casas de los pacientes, con el fin de que puedan recibir tratamiento a domicilio sin necesidad de largas hospitalizaciones.

La clínica de East Imey (Región Somalí) fue traspasada a la Oficina de Salud en marzo, y el centro nutricional terapéutico del campo de



Vista de uno de los puntos de entrada de los refugiados sursudaneses en la región de Gambella.

refugiados de Buramino cerró en abril. MSF también traspasó en junio sus actividades en un centro de salud en Mattar (al norte de Gambella), que incluían hospitalización,

maternidad y nutrición. En el primer semestre del año, MSF realizó 33.140 consultas médicas y 650 controles prenatales, y asistió 170 partos.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 1.226 | MSF trabajó por primera vez en Etiopía en 1984 | msf.org/ethiopia

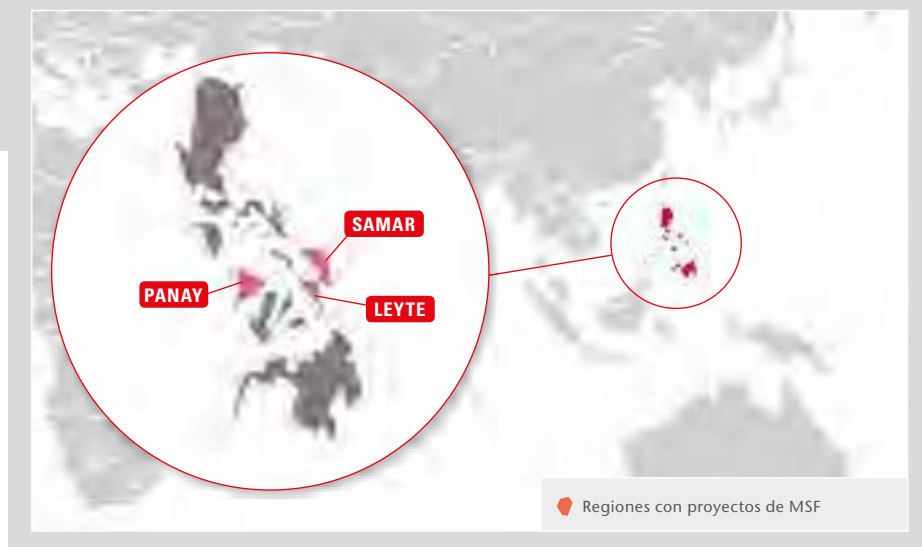
FILIPINAS

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 72.100 consultas externas
- 290 intervenciones quirúrgicas
- 29.100 kits de artículos de primera necesidad distribuidos

El 8 de noviembre, el tifón más grave del que se tiene noticia histórica arrasó parte de Filipinas, matando a 6.000 personas y desplazando a cerca de cuatro millones.

Cuando la ayuda internacional empezó a llegar, ya estaba en marcha una masiva respuesta local. El primer equipo de Médicos Sin Fronteras (MSF) llegó a Cebú el 9 de noviembre. El Haiyan había destruido hospitales y clínicas y desbaratado el sistema público de salud: urgía atender a los heridos y proporcionar ayuda en amplias áreas del país. MSF decidió cubrir los vacíos identificados en materia de atención médica urgente y rehabilitación de estructuras sanitarias.



Inicialmente gran parte de la asistencia se concentró en la ciudad de Tacloban y sus alrededores (en la isla de Leyte), una zona gravemente afectada por el tifón. El aeropuerto y el hospital seguían funcionando parcialmente. Los destrozos en las carreteras, la falta de combustible y la saturación de los

aeropuertos plantearon enormes problemas logísticos y el retraso de la asistencia a los filipinos, sobre todo durante los 10 primeros días. Dado que en Tacloban ya trabajaban muchas organizaciones, MSF optó por desplazarse a otras zonas —mediante camiones, barcas, aviones y helicópteros—

para evaluar las necesidades. Los equipos iniciaron de inmediato las actividades médicas y las distribuciones de artículos de primera necesidad en comunidades de Leyte, Samar y Panay, así como en islas más pequeñas de los alrededores.

Al principio, la atención prestada por MSF consistió sobre todo en cirugía y cura de heridas; al cabo de varias semanas, seguían llegando pacientes con heridas infectadas. También resultó crucial la atención a pacientes crónicos (diabetes, hipertensión, enfermedad renal) así como la atención psicológica a quienes habían perdido a familiares, amigos y pertenencias.

Isla de Leyte

En Tacloban, MSF levantó un hospital hinchable de 60 camas, con urgencias, consultas externas, quirófano y servicios de salud mental. Los equipos organizaron clínicas móviles en diferentes barrios para atender a quienes no podían acudir a los centros de salud. En el distrito de Palo, MSF trabajó en la ciudad de Tanauan y en Talosa, distribuyendo artículos de primera necesidad a 3.000 familias. En Burauen, otro equipo apoyó al hospital de distrito para que pudiera proporcionar una adecuada atención médica y psicológica: MSF aportó personal y suministros y aseguró la disponibilidad de agua potable y la eliminación de residuos.

Además, distribuyó artículos de primera necesidad (tiendas, kits de higiene y mosquiteras) y suministró agua potable. Más de 25.200 pacientes recibieron atención médica y 11.470 atención psicológica, y se distribuyeron artículos básicos a 48.500 personas.

Panay y las islas frente al litoral

Desde sus bases en los municipios de Carles, Estancia y San Dionisio, los equipos de MSF asistieron a las poblaciones de 21 islas del litoral. MSF rehabilitó 13 estructuras de salud a lo largo de la costa de Panay y en las islas cercanas; en estas últimas, además, vacunó a 4.650 niños contra la poliomielitis y a 14.990 contra el sarampión. También distribuyó 11.000 kits de artículos básicos y alimentos para 11.000 familias, así como 1,2 millones de litros de agua.

El tifón causó un vertido de petróleo en el puerto de Estancia. Un equipo proporcionó atención médica y distribuyó artículos de primera necesidad y unas 1.500 tiendas a los damnificados instalados en un centro de evacuación; también asistió a las familias vulnerables de los alrededores.

MSF traspasó sus actividades en Panay al Ministerio de Salud en enero de 2014. Para entonces, había realizado 12.675 consultas médicas y dado apoyo psicológico a 3.290 personas.

Este de la isla de Samar

El tifón causó daños irreparables en el Hospital Felipe Abrigo de Guiuan. A modo de solución temporal, MSF instaló una tienda-hospital de 60 camas, con quirófano, paritorio, maternidad y sala de aislamiento. Además, se prestó atención médica en varios centros rurales de salud, y se realizaron clínicas móviles en las islas más pequeñas al sur de Guiuan. Muchas personas padecían ansiedad, por lo que se organizaron sesiones de apoyo psicosocial (individuales y en grupo). Por su parte, los especialistas en agua y saneamiento aseguraron la adecuada eliminación de residuos y el suministro diario de agua potable para 20.000 personas. También se distribuyeron tiendas, utensilios de cocina, materiales de abrigo y kits de higiene en las comunidades aisladas de las islas de Manicani, Homonhon, Sulangan y Victory, así como materiales para que los vecinos pudieran reconstruir sus casas.

A lo largo de enero de 2014, fueron cesando muchas de estas actividades, aunque MSF mantuvo una importante presencia en las zonas donde los servicios de salud eran escasos o no estaban totalmente rehabilitados. En estos emplazamientos, MSF siguió trabajando en hospitales hinchables, proporcionando cirugía, atención hospitalaria y apoyo psicológico.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 89 | MSF trabajó por primera vez en Filipinas en 1987 | msf.org/philippines



© Laurence Hoenig/MSF

Damnificados por el tifón en la isla Gigante Norte hacen cola para recibir material de abrigo y kits de cocina e higiene.



© Julie Rémy

El Haiyan mató a miles de personas y desplazó a más de cuatro millones de supervivientes. También causó la destrucción de hospitales y viviendas.

FRANCIA



En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) cerró su programa para solicitantes de asilo en París.

Desde 2007, MSF proporcionaba atención médica y psicológica y apoyo social a personas solicitantes de asilo en París. Muchas de ellas llegaron a Francia huyendo de zonas de conflicto o de la persecución política, y acabaron viviendo en la calle, sin ni siquiera conocer el idioma. En su mayoría carecen de seguro médico y les resulta muy difícil acceder a la atención sanitaria.

En 2013, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales de MSF siguieron tratando y apoyando a los solicitantes de asilo que habían sufrido repetidas

experiencias traumáticas tanto en sus países como en el exilio. Se hizo especial énfasis en la ayuda psicológica a quienes no hablaban francés y no estaban recibiendo asistencia.

Tras valorar las limitaciones del programa, MSF decidió cerrarlo a finales de mayo. Los problemas más apremiantes de los migrantes en Francia se relacionan con las trabas administrativas y con cuestiones sociales, ámbitos que quedan fuera del alcance de MSF como organización médico-humanitaria.

MSF trabajó por primera vez en Francia en 1987 | msf.org/france

GEORGIA



La tuberculosis (TB) es un desafío mayúsculo en Georgia, y son muchas las personas afectadas por cepas resistentes a los medicamentos.

La falta de acceso al tratamiento de la TB y la escasa adherencia al mismo han desencadenado una verdadera emergencia de TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR), una forma de la enfermedad que no responde a dos de los principales antibióticos. Hoy, la TB-MDR no solo se desarrolla en los pacientes con TB, sino que también se propaga de una persona a otra. Existe tratamiento para esta cepa, pero es un curso de dos años a base de un cóctel de medicamentos que además puede tener graves efectos secundarios como depresión, pérdida de oído, náuseas y vómitos.

Médicos Sin Fronteras (MSF) trata a pacientes con TB-MDR en la provincia autónoma de Abjasia, donde también apoya al Programa Nacional de lucha contra la enfermedad. Las actividades incluyen formación, elaboración de protocolos de atención médica, respaldo en tareas de laboratorio y suministro de equipamiento y medicamentos.

Dado que el Programa Nacional está bien organizado, en estos momentos MSF negocia con el Ministerio de Salud la posibilidad de llevar a cabo ensayos clínicos de dos nuevos fármacos para la TB-MDR, que reducirían la duración del tratamiento y sus efectos secundarios.

Atención a la tercera edad

Por otra parte, MSF siguió asistiendo a poblaciones vulnerables, en el marco de su programa de acceso a la atención médica iniciado en 1993. La mayoría de los 50 pacientes del programa superan ya los 70 años, y viven en Sujumi, Abjasia y Tiflis. Son personas afectadas por graves enfermedades crónicas, que les han dejado postrados en cama y aislados. MSF les proporciona atención médica, con acento en la oftalmología, así como otras ayudas que puedan necesitar, como sillas de ruedas.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 39 | MSF trabajó por primera vez en Georgia en 1993 | msf.org/georgia

GRECIA



Los migrantes indocumentados y los solicitantes de asilo se enfrentan en Grecia a largos periodos de detención en centros donde los servicios médicos básicos son muy escasos.

Migrantes y solicitantes de asilo de todas las edades pueden ser sumariamente arrestados y quedar confinados en centros de detención hasta 18 meses. Sus posibilidades de comunicarse con sus familiares son pocas o ninguna, y su salud física y mental a menudo se deteriora.

Médicos Sin Fronteras (MSF) ofreció consultas médicas y apoyo psicosocial a los detenidos de los centros de Komotini, Filakio y Drama, y en las comisarías de Feres, Soufli, Tycherio e Iasmos (norte). También distribuyó artículos de primera necesidad (ropa, sacos de dormir, toallas y jabón) para garantizarles unos mínimos de higiene, salud y dignidad. El Centro Helénico para el Control y Prevención de Enfermedades asumió estas actividades en abril, pero MSF tuvo que retomarlas cinco meses más tarde en Filakio, Komotini, Feres, Soufli e Iasmos, tras constatar que las autoridades no estaban dispensando asistencia médica ni humanitaria. MSF también respondió a dos brotes de sarna (que se propaga rápidamente en condiciones de hacinamiento): más de

2.000 personas fueron tratadas entre enero y abril y entre septiembre y diciembre.

Sin acceso a la atención médica

Tras la crisis económica, el presupuesto de Sanidad fue recortado en casi un 40%, y las subvenciones para medicamentos, en un 50%. En consecuencia, la disponibilidad de fármacos es limitada no solo para los grupos vulnerables —como los parados o quienes no tienen seguro—, sino también para la población general. En octubre, un equipo de MSF empezó a trabajar en los comedores sociales de Atenas: proporcionó consultas médicas y atención *in situ*, referencias a los hospitales, referencias psicosociales para facilitar el acceso a albergues, y asistencia legal. Muchos de los pacientes eran parados o ancianos.

Las temperaturas bajo cero alcanzadas a principios de 2013 llevaron a las autoridades griegas a abrir albergues temporales para alojar a las personas sin hogar en Atenas. MSF lanzó una intervención de emergencia en enero.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 12 | MSF trabajó por primera vez en Grecia en 1991 | msf.org/greece

GUINEA

El sistema de salud guineano no tiene la capacidad de responder a todas las necesidades de la población. En particular, la incidencia de la malaria sigue siendo preocupante.

La malaria es prevenible y tratable, a pesar de lo cual es la primera causa de enfermedad y muerte en Guinea. Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió trabajando con el Ministerio de Salud en la prevención y tratamiento de esta enfermedad en Guéckédou, y dio apoyo al hospital de distrito, a siete centros de salud y a 12 dispensarios. MSF también formó a 53 promotores comunitarios para que puedan identificar y tratar a personas con malaria no complicada.

VIH

Aunque la prevalencia del VIH es relativamente baja, los afectados a menudo no pueden pagarse los antirretrovirales (ARV). Muchos también temen desvelar su condición debido al estigma social al que se exponen, y esto supone otra barrera al tratamiento. El

programa de MSF para pacientes de VIH en Conakry gestiona directamente un centro de tratamiento ambulatorio y apoya a cinco centros de salud. MSF ofrece un paquete sanitario gratuito e integral, que incluye tratamiento de Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH), atención psicosocial y tratamiento de la tuberculosis para pacientes coinfectados.

El programa fue traspasado al Ministerio de Salud en 2013, al igual que el proyecto de salud materna en Matam (Conakry).

Respuesta a brotes de cólera y meningitis

Durante el brote de meningitis en mayo, MSF trató a 132 pacientes, suministró medicamentos a las estructuras médicas y formó al personal local. Por otra parte, en



junio, MSF abrió un centro de tratamiento del cólera en la isla de Memgbe (frente a Conakry), donde fueron atendidas 80 personas; tras la intervención no se produjeron nuevos casos ni fallecimientos a causa del cólera.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 327 | MSF trabajó por primera vez en Guinea en 1984 | msf.org/guinea

HAITÍ

Más de tres años después del devastador terremoto, la maltrecha infraestructura médica pública sigue careciendo de recursos para responder a las necesidades de la mayoría de los haitianos. Los servicios de urgencias son los más precarios.

La atención sanitaria sigue siendo esencialmente privada y la mayoría de los haitianos no puede pagarla. En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió proporcionando servicios médicos urgentes.

El cólera sigue siendo una amenaza allí donde la gestión del agua y el saneamiento es deficiente. En general, las condiciones de vida en Haití han mejorado en los últimos años, pero en los campos de desplazados la higiene sigue siendo muy pobre y algunas personas aún carecen de acceso a agua potable a un precio asequible.

La crisis del cólera, desatada a los pocos meses del terremoto de 2010, aún no ha terminado: en cada estación de lluvias, el número de pacientes vuelve a niveles epidémicos. Desde octubre de 2010, más de 700.000 personas han contraído la infección:

un tercio de ellas han sido tratadas por MSF, que mantuvo Centros de Tratamiento (CTC) en los barrios de Delmas y Carrefour, en Puerto Príncipe. MSF también distribuyó kits de higiene, gestionó puntos de cloración de agua y organizó actividades de educación para la salud. En 2013, 85.000 personas recibieron información sobre prevención y se distribuyeron 5.240 kits de desinfección.

Históricamente, la atención médica de urgencias ha sido muy escasa en Haití, a menos que uno pudiera pagársela. El Centro de Referencias para Urgencias Obstétricas (CRUO) de MSF en Puerto Príncipe, un hospital de 130 camas, prestó atención gratuita las 24 horas del día a embarazadas con complicaciones como eclampsia, preeclampsia, hemorragias y rupturas uterinas. También ofreció servicios de salud reproductiva (incluyendo planificación



familiar) y tratamiento para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH), así como atención especializada a embarazadas con cólera (que son atendidas en una unidad de 10 camas llamada *Cholernité*, o *Colernidad*). En 2013, el CRUO asistió 5.450 partos.

Descentralización de la asistencia

MSF siguió gestionando su hospital temporal de 160 camas en la ciudad de Léogâne, establecido dentro de contenedores

adaptados tras el terremoto. Consciente de la fragilidad del sistema de salud, MSF amplió su programa para ayudar al Ministerio a restablecer unos servicios que estuvieran, como mínimo, al mismo nivel que los anteriores al desastre. El hospital dispensó atención primaria a mujeres y niños, así como servicios especializados (principalmente urgencias obstétricas); también mantuvo operativa una unidad de tratamiento del cólera. MSF está reduciendo sus actividades, y los partos y controles prenatales en embarazos sin complicaciones ya son atendidos por estructuras locales de salud. MSF también está identificando a potenciales contrapartes que puedan hacerse cargo de los casos complicados.

Hospital de Drouillard

En el hospital de Drouillard, cerca del barrio marginal de Cité Soleil (Puerto Príncipe), MSF atendió a pacientes traumáticos. El hospital, de 130 camas, cuenta con servicios de cirugía, cuidados intensivos, atención ortopédica y una unidad de quemados. Unas 13.200 personas recibieron tratamiento en 2013: más de un tercio de ellas habían sufrido accidentes de tráfico, una cuarta parte, accidentes

domésticos (un gran porcentaje eran niños menores de 5 años), y una quinta parte eran víctimas de la violencia (unos 50 pacientes con heridas de bala y 100 por arma blanca al mes). Este hospital es la única estructura con una unidad de quemados especializada en todo el país. MSF también mantuvo la unidad de tratamiento del cólera que, en caso necesario, puede transformarse en un CTC de 130 camas.

Centro de urgencias y estabilización de Martissant

MSF ofreció atención pediátrica, medicina interna y apoyo psicológico a pacientes y sus cuidadores en el centro de urgencias y estabilización de Martissant, que opera gratuitamente las 24 horas del día. Además, MSF cuenta con un servicio de ambulancias para referencias hospitalarias. En 2013, este centro atendió a más de 100 personas.

Tabarre

El centro quirúrgico Nap Kenbe, en Tabarre, siguió proporcionando servicios de urgencias y traumatología, ortopedia, fisioterapia y cuidados posoperatorios a la población del este de Puerto Príncipe.

Manise 19 años

Desde del terremoto, vivía en el campo de Canaan con mi prima. Me quedaba en la tienda de campaña para hacer la comida mientras ella iba a trabajar. Una noche, fui a buscar agua. Aparecieron dos hombres y me arrastraron hasta una tienda que estaba vacía.

Grité tanto que uno de ellos se marchó. El otro me agarró con fuerza y me golpeó una y otra vez. Eran las 8 de la tarde y había gente pasando por allí. Pero nadie me ayudó.

El embarazo fue bien hasta que se me empezaron a hinchar los pies. Y fue a peor. Un día perdí el conocimiento y me desperté en el hospital de MSF. No recuerdo el parto, tan solo vi al bebé a mi lado. Me preocupa no poder alimentar a mi hijo cuando sea demasiado mayor para darle el pecho. He pensado en pedir trabajo lavando ropa.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 2.324 | MSF trabajó por primera vez en Haití en 1991 | msf.org/haiti



Una madre alimenta a su bebé prematuro en Puerto Príncipe.

© Diana Zeyneb Alhindawi



© Yann Libessart

La unidad de quemados en el hospital de Drouillard en Puerto Príncipe es la única que existe en Haití.

HONDURAS

El sistema de salud pública en Honduras no puede hacer frente al elevado número de víctimas de la violencia, y la mayoría de personas vulnerables se quedan sin los servicios médicos que necesitan.

Los supervivientes de la violencia criminal raramente buscan ayuda médica o psicológica, por temor a sus agresores, y disuadidos por las muchas barreras con las que se topan. La escasez de personal y suministros en los hospitales y clínicas públicas es frecuente, y el personal sanitario es reacio a tratar a estos pacientes por miedo a represalias.

Con el objetivo de mejorar el acceso a la atención médica urgente, Médicos Sin Fronteras (MSF) mantuvo su programa integral de atención a víctimas de la violencia en Tegucigalpa, que presta tratamiento de calidad y seguimiento en traumatismos, urgencias y violencia sexual. También asegura el acceso a atención psicológica a las víctimas de la violencia en general.

Las urgencias del Hospital Escuela Universitario, el principal hospital público del país, siempre están abarrotadas, con unos 260

pacientes diarios. MSF ayudó a reorganizar sus servicios y trabaja ahora para mejorar el manejo de casos. De esta forma, las urgencias podrán hacer frente adecuadamente a estos grandes flujos, y reducir la probabilidad de que los pacientes traumáticos puedan sufrir discapacidades permanentes o incluso fallecer por culpa de una atención deficiente.

Una gran mayoría de quienes viven o trabajan en la calle (personas sin hogar, vendedores ambulantes, trabajadores del sexo) están expuestos a la violencia y excluidos del sistema de salud. MSF cuenta con varios equipos móviles, formados por un trabajador social, un psicólogo y un médico, que en 2013 visitaron 25 ubicaciones de toda la ciudad por semana, identificando las necesidades sociales, médicas y psicológicas de la población, y dispensando primeros auxilios *in situ*, atención preventiva y apoyo en salud mental. Además, MSF da apoyo a cuatro clínicas, que atendieron a más de



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 1.500 consultas de salud mental, individuales y en grupo
- 720 tratadas tras agresiones sexuales

1.040 víctimas de la violencia, incluidos 720 supervivientes de violencia sexual.

No hay un protocolo nacional para el tratamiento de las víctimas de violencia sexual en Honduras, lo que significa que carecen de acceso a una atención médica adecuada. MSF forma parte del comité que está desarrollando unas nuevas guías de atención médica.

Emergencia de dengue

En San Pedro Sula, la segunda ciudad del país, MSF respondió a una epidemia de dengue hemorrágico y trató a más de 600 niños en la pediatría del Hospital Mario Catarino entre agosto y noviembre. MSF también donó medicamentos y material médico.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 57 | MSF trabajó por primera vez en Honduras en 1974 | msf.org/honduras

INDIA

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 93.100 consultas externas
- 1.500 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea
- 820 pacientes con TB en tratamiento

Las poblaciones más aisladas y marginadas de India siguen teniendo dificultades para acceder a la atención médica.

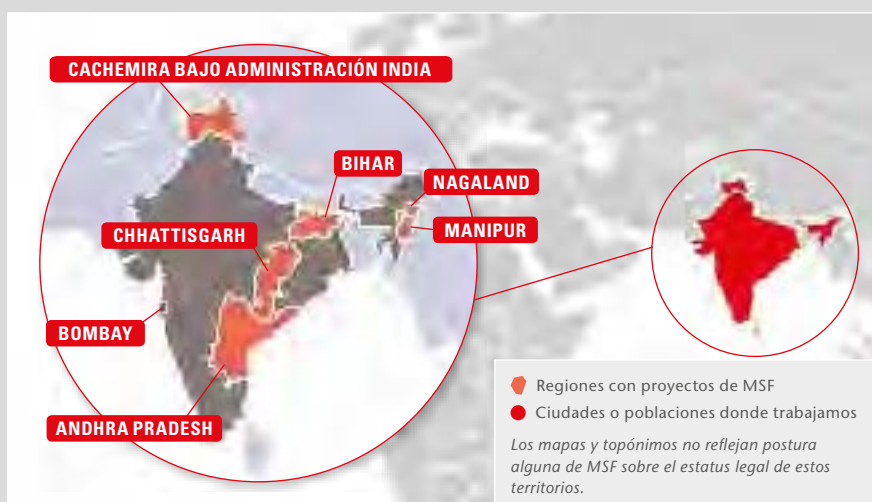
El conflicto de larga duración y baja intensidad en los estados de Chhattisgarh y Andhra Pradesh ha desplazado a parte de la población y reducido el acceso a la asistencia médica. Médicos Sin Fronteras (MSF) prestó atención primaria a las comunidades de la zona fronteriza, mediante clínicas móviles que se desplazaron semanalmente por el área sur de Chhattisgarh; también cubrió los campos de desplazados al otro lado de la frontera con Andhra Pradesh. Los pacientes padecían principalmente infecciones cutáneas, dolor corporal generalizado, infecciones respiratorias y malaria. Por otra parte, en su programa de salud materno-infantil en Bijapur (Chhattisgarh), MSF ofreció controles prenatales, inmunización y apoyo nutricional a embarazadas, además de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB). En noviembre, MSF abrió otra clínica en Mallampeta, una aldea remota en la frontera entre ambos estados. En total, en estas regiones, MSF realizó casi 52.600 consultas médicas y trató a 8.465 personas con malaria.

Atención sanitaria en Nagaland

Los servicios médicos escaseaban hasta hace poco en el remoto Nagaland, cuyo desarrollo se ha visto lastrado por años de inestabilidad. Desde 2010, MSF apoya al hospital de distrito de Mon: lo ha rehabilitado y ha modernizado algunos servicios clave (incluyendo farmacia, laboratorio, gestión de residuos, control de infecciones, y agua y saneamiento). MSF también ha formado al personal del hospital en el manejo de pacientes, en especial en los ámbitos de TB y salud sexual y reproductiva. En 2013, este equipo realizó 30.365 consultas externas, practicó 680 partos y trató a 15 pacientes con TB resistente a los medicamentos (TB-DR). El proyecto ha recibido el reconocimiento del gobierno local y de la comunidad, por su positivo impacto en el acceso de la población a la atención sanitaria.

Atención a pacientes de VIH y TB

En Bombay, MSF siguió tratando a pacientes con VIH y coinfecciones que estuvieran excluidos de los servicios públicos de salud.



No obstante, en 2013, la prioridad de MSF se reorientó hacia la crisis de salud pública que representa la TB-DR en la ciudad, y proporcionó tratamiento para las cepas más agresivas. MSF atendió a un pequeño grupo de pacientes agudos sin acceso al sistema público; la evidencia médica que se extraiga servirá para animar al Gobierno a mejorar la atención a estos pacientes y su tratamiento.

MSF gestionó una clínica de atención ambulatoria a pacientes en tratamiento antirretroviral (ARV) de tercera línea; también atendió a pacientes coinfectados con VIH y hepatitis B o C, o con TB-DR. Además, respaldó a un hospital público para pacientes de TB, con servicios de control de la infección y asesoramiento. Unos 300 pacientes recibieron tratamiento en 2013, incluidos 160

en ARV de segunda y tercera línea, 50 con coinfección por VIH y TB-DR, y 80 con TB-DR.

En el estado nororiental de Manipur, donde la prevalencia del VIH en adultos es la más alta del país, MSF atiende a pacientes con VIH y TB en tres clínicas, en los distritos de Churanchandpur y Chandel (una de ellas en la ciudad de Moreh, en la frontera con Myanmar). En 2013, iniciaron el tratamiento ARV más de 560 pacientes (en total lo recibían 1.244 al finalizar el año); otras 299 personas iniciaron el tratamiento para la TB y 30 más para la TB multirresistente (TB-MDR).

Atención a la salud mental

Décadas de conflicto en Cachemira han afectado a la salud mental de la población, y existe una urgente necesidad de apoyo



Clínica móvil de MSF en una aldea de Chhattisgarh.

psicológico a las víctimas de la violencia. MSF cuenta con un programa estable de salud mental en cinco puntos fijos de atención en los distritos de Srinagar y Baramulla. Los equipos también intervinieron en los hospitales de Srinagar, prestando primeros auxilios psicológicos a los pacientes. En junio, MSF también inició servicios de asesoramiento en Pattan. En total, este programa realizó 2.530 consultas de salud mental.

A mediados de junio, las intensas lluvias provocaron graves inundaciones en el estado de Uttarakhand (en los distritos de Uttarkashi, Chamoli, Rudraprayag y Pithogarh). En esta región existen muchos lugares sagrados para el hinduismo, y la mayoría de los 10.000 fallecidos eran peregrinos procedentes de todo el país y miembros de la comunidad local que les asistían. MSF lanzó una intervención de tres meses en Rudraprayag, y dio apoyo psicológico a los damnificados con ansiedad aguda: se realizaron más de 440 sesiones individuales y 37 en grupo.

Kala azar y desnutrición en Bihar

El kala azar es endémico en el distrito de Vaishali (estado de Bihar). La infección es casi siempre mortal si no se trata. MSF inició este proyecto en 2007, e introdujo el tratamiento con anfotericina B liposomal (L-AmB, en dosis de 20mg/kg) como terapia de primera línea. Actualmente lo dispensa en el hospital de distrito de Sadar y en cinco clínicas, y más de 10.000 pacientes se han beneficiado hasta la fecha, con una tasa de curación del 98%. Además, desde 2012, MSF colabora con la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) con un proyecto piloto sobre la seguridad y eficacia de dos terapias combinadas, y de una tercera alternativa de tratamiento consistente en monodosis de L-AmB. Los resultados iniciales han sido prometedores y el programa piloto se ampliará a otros distritos. Si estos nuevos regímenes demuestran buenos resultados, esta investigación podría mejorar los

protocolos nacionales de tratamiento del kala azar.

Por otra parte, en el distrito de Darbhanga, la desnutrición infantil es una crisis sanitaria crónica y poco conocida. El programa de MSF en Biraul se basa en la atención comunitaria y proporciona tratamiento semanal a los niños con desnutrición aguda severa. En 2013, estas actividades se ampliaron, y además MSF empezó a construir una unidad de cuidados intensivos para niños con desnutrición severa en el Hospital Universitario de Darbhanga. En paralelo, siguió trabajando con las autoridades sanitarias para definir un nuevo modelo de atención a niños con desnutrición severa adecuado al sistema público. Desde 2009, MSF ha tratado contra la desnutrición a más de 13.000 niños menores de 5 años en Darbhanga.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 672 | MSF trabajó por primera vez en India en 1999 | msf.org/india



En Bihar, los niveles de desnutrición son elevados en los niños de entre 6 meses y 5 años de edad. En la foto, un brazalete de medición del perímetro mesobraquial (MUAC), que se utiliza para determinar el estado nutricional del niño.

IRAK



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 193.800 consultas externas
- 10.800 sesiones de salud mental, individuales y en grupo

Miles de iraquíes carecen de los servicios médicos más básicos, una situación habitual agravada por la inseguridad crónica. En algunas zonas, la guerra ha dañado las infraestructuras médicas.

En 2013, se produjo en Irak un importante recrudecimiento de la violencia, lo que erosionó aún más la capacidad de las estructuras de salud de atender adecuadamente las necesidades de la población. Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en varios hospitales del país, y se centra en cubrir algunas de estas brechas en la atención sanitaria, formar al personal local y prestar asesoramiento técnico.

Niños y salud mental

En enero, MSF empezó a trabajar con la unidad de atención neonatal del Hospital General de Kirkuk, con formación y supervisión de los equipos médicos para asegurar los estándares básicos de atención a los neonatos y sus madres.

El hospital de Al Zahra es el principal hospital de referencia para obstetricia, ginecología y pediatría en la gobernación de Najaf. MSF formó al personal médico y de enfermería, e introdujo nuevos protocolos de tratamiento y metodologías

de documentación y análisis. También prestó apoyo en gestión hospitalaria, control de infecciones, rehabilitación y mantenimiento de estructuras, estandarización de la farmacia y procedimientos de esterilización y recogida de datos. También instruyó al personal del hospital sobre manejo de casos, con el fin de reducir la mortalidad neonatal. En 2013, se registraron 23.627 partos en este hospital, y más de 6.000 bebés fueron ingresados en cuidados intensivos.

Hospital de Hawija

Este hospital, el único con servicios especializados en todo el distrito, realizó más de 300 cirugías de urgencia al mes durante 2013. Además de proporcionar este servicio las 24 horas del día, MSF formó al personal del hospital en manejo de urgencias y control de infecciones. También realizó evaluaciones en varios centros de salud, para comprobar si las comunidades rurales tenían acceso a la atención primaria; esta información se utilizará para la planificación de nuevas actividades.



La crisis en Siria ha desencadenado un masivo éxodo hacia Irak: más de 200.000 refugiados cruzaron al Kurdistan iraquí en el segundo semestre de 2013.



Un bebé enfermo, acompañado por su madre y sus hermanos, permanece ingresado en la pediatría del hospital de Hawija.

Asistencia a los refugiados sirios

Irak acoge a un gran número de refugiados sirios: más de 200.000 habían cruzado al Kurdistan iraquí a mediados de 2013, según la ONU. La frontera solo abría intermitentemente, de forma que, en agosto, llegaron otros 50.000 refugiados más en apenas unos días. En septiembre, MSF abrió una clínica en el campo de Kaargosk (provincia de Erbil), que acoge a 12.500 refugiados, para dispensar atención médica y psicológica. Además, en septiembre, inició una clínica móvil para atender a los 3.000 refugiados del campo de Qushtapa (también en Erbil); esta intervención fue traspasada al Ministerio de Salud en diciembre.

En total, MSF realizó unas 18.900 consultas médicas en los campos de refugiados; un 30% de los pacientes eran niños menores de 5 años. En todos los grupos de edad, la principal patología eran las infecciones respiratorias.

MSF también es el principal proveedor de salud en el campo de Domiz. Inicialmente establecido para albergar a 1.000 familias, cuenta ya con una población de 45.000 personas, y a pesar de los esfuerzos de las autoridades locales, sus servicios ya no

pueden cubrir las necesidades básicas. Como resultado, la salud de los refugiados se ha deteriorado. Cada semana, MSF realiza unas 2.400 consultas médicas: muchos pacientes presentan infecciones respiratorias y diarrea acuosa, aunque también se atienden enfermedades crónicas y se dispensa salud reproductiva y salud mental. Durante el primer semestre, MSF distribuyó kits de higiene y proporcionó agua y saneamiento, con el fin de asegurar unos estándares mínimos.

Cirugía reconstructiva

En Irak, muchos pacientes con quemaduras y otras heridas traumáticas no reciben atención especializada. Para paliar este vacío, MSF gestiona una red de oficiales médicos de enlace en Bagdad, Nayaf, Kirkuk, Nínive, Erbil, Al Qadisiya, Al Anbar, Saladino, Basora y Diyala; estos enlaces identifican y, con la ayuda del personal administrativo en Bagdad, refieren a los pacientes al programa de cirugía reconstructiva de MSF en Ammán (Jordania). Allí, pueden beneficiarse de cirugía reconstructiva plástica, ortopédica y maxilofacial, fisioterapia y apoyo psicosocial. En 2013, 85 pacientes fueron referidos a Ammán, y se realizó el seguimiento de un total de 400 personas en Irak.

Salud mental: reducción del estigma

Las enfermedades mentales ni se discuten abiertamente ni se tratan en Irak. Desde 2009, MSF contaba con un proyecto de atención psicológica en Bagdad y Faluya; ofrecía asesoramiento individual y un teléfono de ayuda, y además trabajaba para reducir el estigma. En los primeros meses de 2013, fueron atendidas 775 personas en 2.027 sesiones. El programa fue traspasado al Ministerio de Salud en junio.

Apoyo a los servicios de salud

MSF donó antídotos y asesoró al Centro de Control de Intoxicaciones (estatal) en Bagdad. También respondió a una propuesta de colaboración del Departamento de Rehabilitación Médica, dependiente del Ministerio de Salud: especialistas de MSF evaluaron varios centros públicos de fisioterapia y rehabilitación en Bagdad, y ya han empezado a organizarse varias formaciones sobre fisioterapia hospitalaria.

IRÁN

Las tasas de consumo de drogas son elevadas en Irán, pero muchos usuarios tienen dificultades para acceder a la atención médica y psicológica que necesitan.

Las autoridades iraníes han reconocido que el consumo de drogas y el VIH constituyen un problema de salud pública que va en aumento, y han dado importantes pasos para la reducción del daño asociado al uso de sustancias intravenosas y la prevención del VIH en este colectivo. Sin embargo, las necesidades médicas siguen siendo agudas en los grupos de alto riesgo, especialmente en Teherán, donde usuarios de drogas, trabajadores del sexo y niños de la calle están estigmatizados y excluidos del sistema de salud.

En Darvazeh Ghar, uno de los barrios más pobres de la capital, Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió gestionando un centro de salud para mujeres y niños menores de 5 años excluidos de la atención sanitaria y refugiados indocumentados. En colaboración con las autoridades y varias organizaciones locales, MSF prestó servicios gratuitos de atención primaria, ginecología, planificación familiar y controles posnatales. En septiembre, inició un programa de salud mental, en el que un psiquiatra y un psicólogo proporcionan tratamiento y apoyo.

Por otra parte, según la Oficina de Extranjería e Inmigración, Irán acoge a 850.000 refugiados, afganos en su mayoría. Mientras que a los registrados se les concede un seguro de salud privado, los indocumentados tienen un acceso limitado a la atención sanitaria.



Nº de trabajadores a finales de 2013: 30 | MSF trabajó por primera vez en Irán en 1990 | msf.org/iran

ITALIA

A su llegada a Italia, migrantes y solicitantes de asilo se enfrentan a deficientes condiciones sanitarias en los centros de acogida y detención.

Las víctimas de torturas, tráfico de seres humanos y violencia sexual, y las personas con trastornos de salud mental, son muy vulnerables cuando llegan a Italia. Sin embargo, los servicios sanitarios disponibles son insuficientes en unos centros de acogida que están abarrotados y mal acondicionados.

Médicos Sin Fronteras (MSF) presta atención médica y psicológica a migrantes y solicitantes de asilo en los centros de acogida de Sicilia y Calabria. En la provincia siciliana de Ragusa, dispensa atención primaria a los migrantes; en Pozzallo, apoya a las autoridades de salud con la recepción y clasificación de pacientes en los puntos de llegada. En diciembre, MSF pidió el cierre temporal del centro de acogida de

Lampedusa, para que fuera rehabilitado y pudiera ofrecer unas mínimas condiciones de salubridad y dignidad; las autoridades respondieron positivamente y el centro fue clausurado para su reforma.

Asimismo, MSF mantuvo su programa piloto de diagnóstico precoz y tratamiento de la tuberculosis.

MSF también trabajó en las ciudades sicilianas de Trápani y Caltanissetta, en Milán y en Roma, colaborando con los ministerios de Salud y Asuntos Exteriores, y con las empresas que gestionan los centros de acogida y detención. En Lombardía, otro equipo trabajó con la ONG local OIKOS en las comunidades de migrantes latinoamericanos, para asegurarles diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas, endémica en sus países de origen.

Finalmente, MSF realizó durante tres meses una evaluación de las necesidades médicas de personas sin hogar a las que se había dado el alta en varios hospitales de Milán, Roma y Palermo. Como resultado, MSF iniciará un nuevo proyecto en Milán en 2014.



Testimonio de un refugiado sirio. Tras un ataque con armas químicas, huyó de su país con su familia. Cruzaron Líbano, Egipto y Libia antes de llegar a Pozzallo, Italia.

El viaje lo habían organizado hombres armados... A bordo no teníamos ni agua ni comida. Estábamos sedientos así que nos bebíamos el agua sucia del motor. Pasamos tres días en el mar antes de ser rescatados cerca de la costa de Sicilia. Lo único que busco es un lugar seguro para mi familia. Muchos sirios están atrapados en el infierno, atrapados por los combates, sin médicos ni comida.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 11 | MSF trabajó por primera vez en Italia en 1999 | msf.org/italy

JORDANIA

En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) mantuvo su programa de cirugía reconstructiva para víctimas de conflictos, y empezó a atender a heridos de guerra sirios. Además, amplió sus actividades con el fin de asistir a estos refugiados y aliviar la presión que suponen para las comunidades de acogida.

El programa de cirugía reconstructiva de Ammán atiende a pacientes con heridas graves que requieren atención especializada e integral. Muchos de ellos ya han sido atendidos en otras estructuras médicas, y una red de oficiales médicos de enlace se encarga de identificarlos para su referencia al hospital, donde pueden beneficiarse de cirugía reconstructiva ortopédica, maxilofacial y plástica, así como de fisioterapia y apoyo psicosocial. MSF también se encarga de su traslado y su alojamiento en

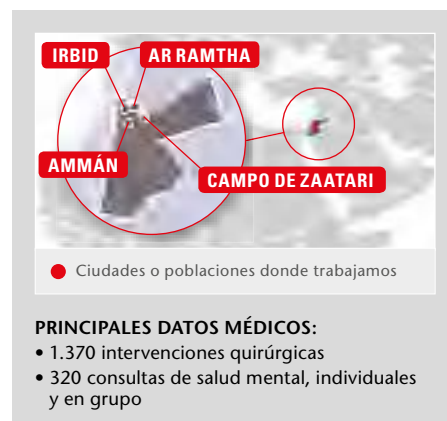
un centro de rehabilitación de la organización. En 2013, los cirujanos de MSF realizaron 1.370 cirugías a pacientes de Siria, Irak, Yemen y Gaza.

Además, MSF dispensó 300 consultas médicas y quirúrgicas al mes a refugiados sirios, en una clínica especial dentro de este complejo hospitalario. También les proporcionó servicios de fisioterapia y de referencia a especialistas.

En agosto, MSF abrió un proyecto para pacientes traumáticos en el hospital público de Ar Ramtha, a menos de 5 kilómetros de la frontera con la gobernación siria de Daraa (la región más afectada por el conflicto). Los pacientes gravemente heridos que cruzan la frontera por esta zona son trasladados al hospital; en general, son víctimas de bombardeos que no han recibido atención médica. Desde que comenzaron estas actividades, 181 pacientes han sido admitidos, realizándose 336 procedimientos de cirugía mayor. Esta estructura también ofrece sesiones de salud mental individuales y en grupo, así como fisioterapia.

Salud materno-infantil en Irbid

La gobernación de Irbid acoge a una de las mayores poblaciones de refugiados sirios que



existen fuera de los campos: más de 120.000 personas a finales de 2013. Una evaluación de MSF entre mayo y junio puso de manifiesto que la atención materno-infantil que recibían no era adecuada. En consecuencia, MSF abrió un nuevo programa en octubre, para proporcionar servicios de consultas y hospitalización tanto a los refugiados como a la comunidad local.

En el campo de refugiados de Zaatari, donde existían graves carencias en la atención infantil, MSF gestionó desde marzo un hospital pediátrico para niños de entre 1 y 10 años de edad. Hasta noviembre, cuando otros proveedores de salud asumieron la atención pediátrica, MSF atendió a 17.500 pacientes.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 72 | MSF trabajó por primera vez en Jordania en 2006 | msf.org/jordan



MSF gestiona en Ammán un programa de cirugía reconstructiva de alcance regional.

KENIA

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 415.700 consultas externas
- 13.200 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea
- 2.000 pacientes tratados tras agresiones sexuales

Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió luchando contra el VIH y la tuberculosis (TB). Por otra parte, la creciente inseguridad en los campos de refugiados perjudicó su acceso a la atención médica.

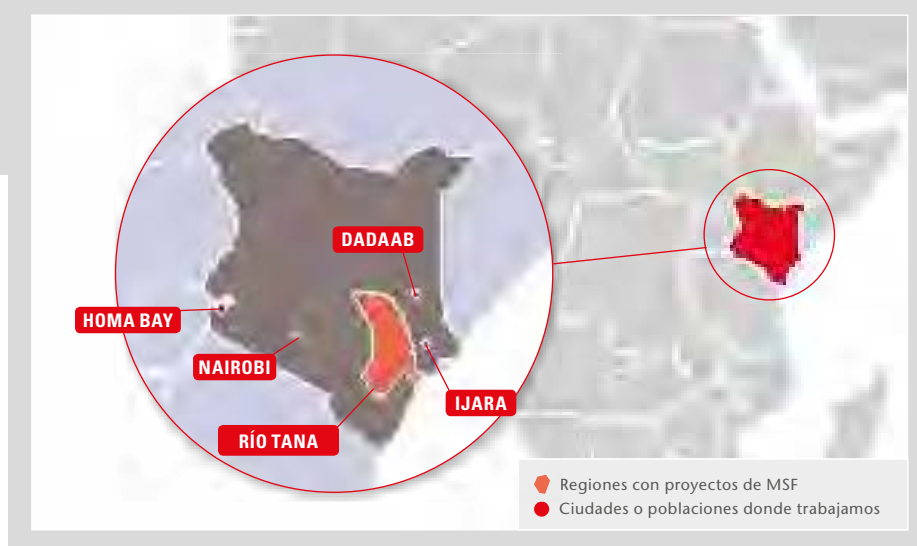
En los campos de refugiados de Dadaab, que acogen a más de 340.000 somalíes, las condiciones de seguridad se han ido deteriorando desde finales de 2011, y debido a ello, el acceso de las organizaciones humanitarias se ha reducido; MSF no puede mantener una presencia permanente de personal internacional en sus hospitales en Dagahaley. Además, muchas organizaciones han sufrido los recortes de fondos de los países donantes, por lo que el volumen de asistencia en los campos se ha reducido. El impacto de todo ello en Dadaab es palpable: apenas se invierte en el mantenimiento o mejora de las condiciones de refugio y saneamiento, lo que amenaza la salud de los refugiados y agrava el riesgo de epidemias.

En 2013, MSF gestionó un hospital de 100 camas en Dagahaley, con servicios de maternidad, cirugía de urgencia y tratamiento del VIH y la TB. Además, una red de puestos de salud ofreció consultas prenatales, curas quirúrgicas y salud mental. En 2013, MSF pasó 18.000 consultas al mes, y más de 700 pacientes fueron ingresados. Además, practicó 2.580 partos, trató a 4.100 niños con desnutrición en los programas ambulatorio y hospitalario, y realizó 10.800 consultas de salud mental.

En noviembre, los gobiernos de Kenia y Somalia y el Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados (ACNUR) definieron los procedimientos prácticos y legales de retorno voluntario de cientos de miles de somalíes a su país. Una evaluación realizada por MSF entre los pacientes de sus estructuras médicas en el campo de Dagahaley, en agosto, reveló que cuatro de cada cinco somalíes prefería no regresar debido a la inseguridad

Atención gratuita en barrios marginales

En el depauperado barrio de Kibera (Nairobi), MSF gestionó tres clínicas de atención primaria y tratamiento del VIH, la TB y



enfermedades crónicas no transmisibles. Además, 330 pacientes fueron atendidos tras sufrir agresiones sexuales en una cuarta clínica de MSF, que proporcionó profilaxis posexposición, apoyo psicológico y tratamiento médico las 24 horas del día. En 2013, estos equipos realizaron 142.000 consultas y dispensaron antirretrovirales (ARV) a 4.300 pacientes con VIH. En febrero, MSF abrió una clínica más en el sur de Kibera, con atención primaria, maternidad (con sala de hospitalización y servicio de ambulancia para urgencias obstétricas), atención integral a enfermedades crónicas como el VIH, y educación para la salud. El objetivo de esta clínica —que se traspasará al Ministerio de Salud a lo largo de un periodo de cinco años— es que el diagnóstico temprano,

el tratamiento y el seguimiento estén disponibles en un mismo punto de atención.

Más del 60% de todas las consultas en las clínicas de MSF en Kibera se debieron a infecciones respiratorias, diarrea y enfermedades cutáneas, derivadas de las pobres condiciones de higiene y saneamiento en este barrio.

En Nairobi, MSF también trabajó en Eastlands, una aglomeración de barriadas pobres o chabolistas que suman dos millones de habitantes. La clínica atiende, entre otros pacientes, a supervivientes de la violencia sexual: unas 150 personas al mes de media, que recibieron asistencia médica y psicológica. También fueron atendidos 476



Vecinos del barrio marginal de Kibera (Nairobi) esperan consulta en la clínica de MSF.

pacientes con TB y 40 con TB resistente a los medicamentos. MSF realizó una evaluación médica para detectar otras necesidades y determinar el impacto de la violencia sexual; en 2014, espera ampliar sus actividades. Finalmente, la clínica Blue House, donde MSF ha atendido a personas con VIH desde 2001, fue traspasada a la Fundación AIDS Healthcare.

Respuesta al VIH en Homa Bay

Otro programa de MSF que está siendo traspasado, en este caso al Ministerio de Salud y sus contrapartes, es el de VIH en Homa Bay; el proceso concluirá en principio en 2015. Unas 25.000 personas han sido atendidas desde 2001.

Sin embargo, MSF realizó un estudio en el área de Ndhiwa, que reveló una de las mayores tasas de incidencia del VIH del mundo. En consecuencia, empezó a planificar un nuevo proyecto para mejorar la respuesta a la epidemia en esta zona. Este programa comenzó su andadura en 2014.

Intervenciones de emergencia

A principios de año, MSF intervino en la región del delta del río Tana para asistir a las víctimas de la violencia intercomunitaria, y tuvo que ampliar sus actividades cuando las lluvias torrenciales de abril provocaron inundaciones y un importante desplazamiento de población. MSF prestó apoyo psicológico a las comunidades orma y pokomo (160 sesiones de salud mental, individuales y familiares) así como atención médica (4.900 consultas). Además, organizó más de 830 actividades comunitarias en los campos de desplazados, para la construcción de letrinas, la distribución de artículos de primera necesidad, la potabilización de agua y la habilitación de servicios de saneamiento.

En mayo, en la zona de Rahmu (condado de Mandera), se produjeron brotes esporádicos de violencia entre milicias locales. Muchas viviendas fueron saqueadas o destruidas. Un equipo de MSF se desplazó a la zona para distribuir artículos de primera necesidad y donar medicamentos y material médico al hospital de Rahmu: una vez allí, la organización también se hizo cargo de la

atención a parte de los heridos y de las referencias hospitalarias, y realizó formaciones para el personal del Ministerio de Salud. Esta intervención concluyó en agosto.

Charles 43 años

Sentí impotencia al enterarme de que era VIH-positivo, en 2003. Por aquel entonces, el estigma y la discriminación eran enormes. Antes de llegar MSF, pensaba que lo único que podía hacer era esconderme y esperar la muerte, igual que había visto desvanecerse a mis amigos y vecinos. Ahora tengo una familia y una niña preciosa de 5 años. El tratamiento antirretroviral ha traído esperanza a quienes la habíamos perdido, y ahora me beneficio de los buenos servicios de salud gratuitos que ofrece MSF. Como activista, sigo trabajando para conseguir mejores políticas y asegurar que todos los ciudadanos de Kenia que necesitan tratamiento puedan tenerlo.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 789 | MSF trabajó por primera vez en Kenia en 1987 | msf.org/kenya



Un equipo de MSF asiste a los damnificados por las inundaciones en el delta del río Tana.

KIRGUIZISTÁN



En el hospital de Kara-Suu, una médica explica una radiografía torácica a una paciente con tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR).

Médicos Sin Fronteras (MSF) estima que la incidencia de la tuberculosis (TB) podría ser entre 20 y 30 veces más elevada en la población penitenciaria que en la población general, y las tasas de mortalidad, hasta 60 veces más altas.

La población penitenciaria en la capital, Biskek, suma unos 9.000 reclusos. MSF continuó con su programa de TB y TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) en estos centros. En el caso de las instituciones para detenidos a la espera de sentencia, MSF proporcionó exámenes médicos completos y tratamiento inmediato.

El enfoque de este programa es integral: los pacientes recibieron tratamiento para otras enfermedades y vacunación contra la hepatitis B. El éxito del tratamiento de la TB depende de que no sea interrumpido, por lo que MSF se aseguró de que los reclusos puestos en libertad recibieran el seguimiento adecuado. La organización también ayudó a establecer protocolos de atención médica, reforzar el control de infecciones y mejorar el acceso a la atención sanitaria. Este programa se traspasará a finales de 2014.

MSF también apoyó activamente el desarrollo de un laboratorio de referencia nacional de nueva construcción en Biskek.

Atención ambulatoria a los pacientes con TB

El distrito de Kara-Suu (provincia de Osh) presenta algunas de las tasas de TB más elevadas del país. MSF dio apoyo al hospital, que cuenta con 80 camas reservadas a pacientes de TB y TB-DR. Este proyecto pretende convertirse en un modelo de atención sin cita previa: siempre que era posible, los pacientes eran atendidos por el sistema de salud comunitario, con tratamiento ambulatorio o a domicilio y sin necesidad de hospitalización. Además, para facilitar la adherencia al tratamiento, se ofreció asesoramiento psicológico a los pacientes y sus familias, así como paquetes sociales: apoyo nutricional, kits de higiene y ayudas económicas para el transporte.

Asimismo, MSF respaldó la rehabilitación del hospital y de otras estructuras básicas de salud, para asegurar un óptimo control de infecciones y mejores condiciones higiénicas. En colaboración con el personal de los centros de salud, se mejoró el manejo de casos clínicos y la identificación de personas con

Mukhtar

Aún recuerdo el día en que los médicos de MSF me dijeron, en el centro de TB, que ya estaba curado y que podía dejar la medicación. Tuve una extraña sensación de felicidad, que no puedo describir. Sigo sin poder creer que ya no tenga que seguir el tratamiento. He vencido a la muerte. Quiero agradecerlos a todos, y decir que la gente buena puede salvar el mundo.

TB, TB-DR y coinfección de VIH y TB. Además, MSF dispensó atención integral a las personas con cepas de TB resistente, y a quienes padecían otras enfermedades coexistentes.

En cuanto a la labor de testimonio, MSF ha conseguido que el Ministerio de Salud cambie sus políticas de lucha contra la TB y acepte el modelo de tratamiento comunitario como base de sus futuras estrategias contra la enfermedad.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 130 | MSF trabajó por primera vez en Kirguizistán en 2005 | msf.org/kyrgyzstan

LAOS



Médicos Sin Fronteras (MSF) cerró sus programas en Laos en diciembre de 2013.

En 2011, MSF inició un programa obstétrico, neonatal y pediátrico en la provincia de Huaphan (noreste), con el fin de reducir la mortalidad en menores de 5 años y la mortalidad materna en el embarazo y el parto. Estos servicios se prestaron desde cinco

hospitales de distrito y 10 puestos de salud en las áreas de Xiengkhor, Sop Bao, Ett, Xamtai y Kuan. Mediante clínicas móviles, MSF atendió también a algunas de las comunidades más remotas y desfavorecidas de la provincia. También mejoró las instalaciones de laboratorio y farmacia en toda la zona, así como las infraestructuras de agua, electricidad y saneamiento.

No obstante, a lo largo de este tiempo, la reducida tasa de frecuentación hospitalaria de los pacientes, la dispersión de las estructuras de salud y las dificultades en el reclutamiento de personal especializado y en la importación de medicamentos impidieron avanzar satisfactoriamente hacia los objetivos del proyecto en materia de atención a los pacientes y formación del personal local. En consecuencia, MSF dio por finalizadas sus actividades a finales de 2013.



Una comadrona examina a una paciente en presencia de su familia.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 46 | MSF trabajó por primera vez en Laos en 1989 | msf.org/laos

LESOTO



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 1.300 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea
- 1.400 partos asistidos

Más de la mitad de las muertes maternas en Lesoto se atribuyen al VIH y a la tuberculosis (TB).

Aunque la atención médica básica es gratuita, en realidad no siempre resulta sencillo conseguirla ya que Lesoto es un país muy montañoso y muchas personas viven lejos de las estructuras de salud. Además, los trabajadores sanitarios cualificados escasean.

El programa de salud materno-infantil de Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja para cubrir estas brechas: en 2013, proporcionó controles pre y posnatales, atención a urgencias obstétricas y asistencia integral a pacientes de VIH y TB. Estos servicios se prestan en el Hospital Saint Joseph de Roma, en seis clínicas en las llamadas tierras bajas y en otras tres de la zona remota de Semonkong. MSF gestiona también una ambulancia y un albergue para embarazadas.

El programa de VIH y TB continuó descentralizándose para acercar la atención especializada a las casas de los pacientes. Con el fin de cubrir la falta de recursos humanos, MSF formó al personal de enfermería, para que, bajo supervisión médica, pueda iniciar el tratamiento del VIH y la TB y se encargue del seguimiento de los pacientes. Además, los promotores

comunitarios de salud recibieron formación para que puedan asumir roles de apoyo clave.

En 2013 se lograron avances en varias áreas. En abril, todas las mujeres que dieron positivo en la prueba de VIH recibieron tratamiento de Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH). También se organizó un grupo de adherencia en uno de los centros de salud: los pacientes se reúnen para compartir experiencias y unir esfuerzos, por ejemplo turnándose en la recogida de medicamentos. También se lograron mejoras tecnológicas: se instalaron máquinas de recuento de linfocitos CD4 (indicador del nivel inmunitario) en nueve centros de salud y se introdujo la prueba rápida de TB GeneXpert.

MSF también recibió autorización para ampliar las actividades de medición de la carga viral en sus programas antes de que el Protocolo Nacional se modificara en este mismo sentido. Esta prueba determina si el paciente responde al tratamiento antirretroviral o si necesita pasar a un nuevo régimen de medicamentos.

MSF trabajó por primera vez en Lesoto en 2006 | msf.org/lesotho



Ha Seng es una de las clínicas apoyadas por MSF. Las mujeres acuden para controles pre y posnatales y atención obstétrica de urgencia.

LÍBANO

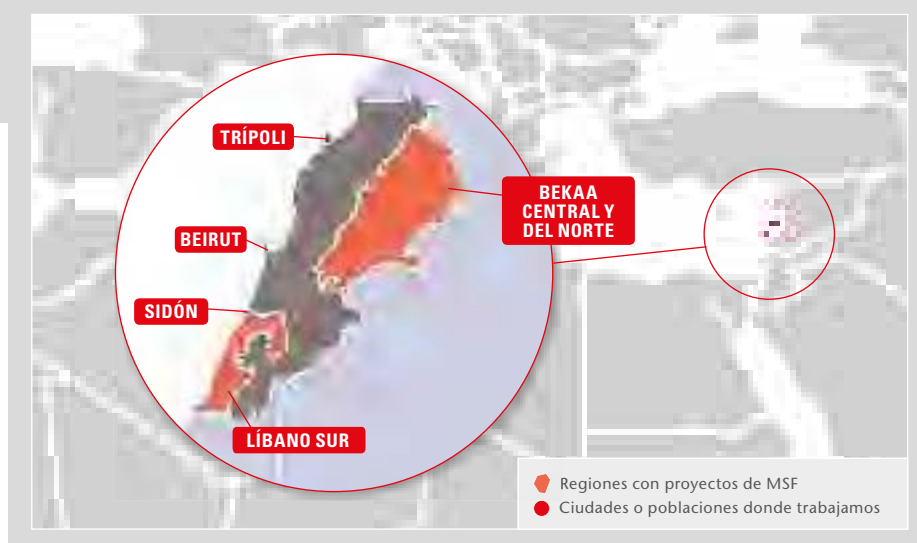
PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 114.200 consultas externas
- 6.700 sesiones de salud mental, individuales y en grupo

Cerca de un millón de refugiados sirios han llegado a Líbano, un país con apenas cuatro millones de habitantes.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades libanesas y de las organizaciones de ayuda internacional, las estructuras y programas establecidos para asistir a los refugiados sirios no pueden hacer frente a las necesidades de un volumen tan grande de personas.

El pico de refugiados agravó las tensiones en 2013 y erosionó aún más sus condiciones de vida. Según las evaluaciones realizadas por Médicos Sin Fronteras (MSF), el acceso a atención hospitalaria y a medicamentos gratuitos era muy limitado, y ni siquiera existía atención obstétrica. Acceder a los



servicios de salud era muy difícil: la mayoría habían llegado con lo puesto y no podían pagarlos.

En 2013, MSF trabajó en Trípoli, el valle de la Bekaa, Beirut y Sidón, atendiendo a las personas directa o indirectamente afectadas por la crisis siria: a los refugiados,

independientemente de su estatus legal, pero también a los libaneses vulnerables (en especial los retornados desde Siria) y a los refugiados palestinos.

La mayoría de palestinos que han llegado de Siria se concentran en Sidón, en el superpoblado campo de Ein el Hilweh; se remonta a 1948, es el campo de refugiados palestinos más grande de Líbano, y escenario habitual de enfrentamientos entre facciones políticas. Acoge a unas 75.000 personas, y muchas presentan síntomas de trauma psicológico y ansiedad, por lo que MSF se centró en la salud mental, y prestó atención psicológica desde el hospital de la ONG libanesa Human Call y dos clínicas. En el caso de los supervivientes de violencia sexual, recibieron además asistencia médica. Desde junio, MSF también atendió en el hospital a personas con enfermedades crónicas. Por otra parte, fuera del campo, MSF prestó atención psicológica a refugiados palestinos y sirios y a la comunidad local, en el hospital provincial de Sidón y en el de la Media Luna Roja Palestina. Otro equipo dio atención psicosocial a refugiados sirios que viven en edificios a medio construir en la zona.

En Trípoli, la segunda ciudad más grande de Líbano y anfitriona de la mayoría de refugiados sirios, MSF dispensó atención médica a enfermos agudos y crónicos, salud reproductiva y vacunaciones rutinarias. Estas actividades se realizaron en el Hospital Dar al Zahraa (público, en el distrito de Abu Samra), al que MSF apoyó con equipos, suministros, formación y gestión de las urgencias. También gestionó un programa de salud mental, que fue traspasado a la ONG International Medical Corps en septiembre. Además, en los dispensarios de Jabal Mohsen y de Bab el Tabbaneh, prestó tratamiento para enfermedades agudas, atención a la salud reproductiva y vacunaciones rutinarias.

Valle de la Bekaa

Un gran número de sirios entran por el valle de la Bekaa. Muchos sufren las consecuencias de haber interrumpido el tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión, el asma y la diabetes. Quienes se quedan, acaban instalándose en condiciones de hacinamiento, con familias de acogida o en edificios a medio construir o abandonados, en patios o en tiendas. MSF trabajó en las ciudades de Baalbek, Majdel Anjar (oeste de la Bekaa), Aarsal y Hermel (norte), tratando a enfermos agudos y crónicos y prestando atención en salud reproductiva. Entre los pacientes había refugiados palestinos y libaneses retornados.

A medida que se acercaba el invierno, MSF empezó a distribuir mantas, vales para combustible, kits de higiene y hornillos entre los más vulnerables. También ayudó a rehabilitar cinco edificios públicos en Aarsal para acomodar a los recién llegados (dos de ellos ya albergaban a familias sirias).

Beirut

MSF siguió trabajando en el campo de Shatila, que acoge a muchos de los palestinos llegados de Siria; se atendieron sus



Una trabajadora de MSF visita a una familia palestina en el campo de refugiados de Ein el Hilweh.



Una niña libanesa es atendida en el dispensario de Bab el Tabbaneh, en Trípoli.

© Nagham Awada / MSF

© Baozhu Wei / MSF



Estas dos familias sirias viven en un edificio a medio construir en los suburbios de la ciudad de Aarsal.

necesidades básicas y de salud mental, con especial atención a mujeres embarazadas y pacientes crónicos. Asimismo, puso en marcha un sistema de apoyo a los pacientes con necesidades quirúrgicas urgentes, que eran referidos a dos hospitales con los que MSF colabora.

Desde febrero, MSF cuenta con un pequeño equipo de atención primaria para los refugiados. Este programa está preparado para ampliarse en caso de gran afluencia de población.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 127 / MSF trabajó por primera vez en Líbano en 1976 | msf.org/lebanon

LIBIA

El sistema de salud libio se recupera gradualmente del conflicto de 2011, pero los efectos de la violencia aún perduran en la salud mental de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de una tercera parte de los libaneses se vieron directa o indirectamente expuestos al conflicto. En 2012, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático grave era del 12,4%, y la de la depresión severa, del 19,8%.

En agosto, Médicos Sin Fronteras (MSF) abrió un centro de salud mental en Trípoli para asistir a las personas con problemas físicos y mentales asociados a la violencia, ya fuera física, psicológica, sexual o asociada al conflicto.

El centro prestó atención integral a un amplio espectro de trastornos desde un enfoque multidisciplinario: médico, psiquiátrico y psicológico. MSF también formó a médicos del Ministerio de Salud, y estableció un sistema de referencias para pacientes de estructuras sanitarias básicas y programas de otras ONG (libias e internacionales) que necesitaran atención especializada.

Apoyo a emergencias

En marzo, unas 90 personas murieron en un brote de intoxicación por metanol en Trípoli y 1.000 más tuvieron que ser hospitalizadas. MSF envió desde Noruega a un grupo de toxicólogos para ofrecer asistencia técnica al Ministerio de Salud; además, proporcionó el antídoto necesario en estos casos, fomepizol, que actúa bloqueando la toxina. Los expertos de MSF también formaron al personal sanitario del Centro Médico de Trípoli y del Hospital Central para mejorar el diagnóstico y el tratamiento en caso de futuros incidentes.

Malak

23 años, refugiado sirio

Mi madre llegó ayer con mis dos hermanos pequeños desde Qara. Tuvieron un viaje difícil porque por el camino se produjeron constantes bombardeos. Tardaron 18 días en llegar hasta aquí. Fueron yendo de un barrio a otro hasta que se sintieron lo bastante seguros como para cruzar la frontera. Mi marido y yo vinimos en una furgoneta hace 10 días, con nuestros dos hijos (de 2 y 4 años de edad). En Qara, todo el mundo hablaba de que había que marcharse, se avisaban entre ellos de que la situación se ponía peligrosa. Los primeros dos días no nos movimos; pensamos que solo buscaban a los jóvenes para reclutarles. Pero cuando comprendimos que incluso las mujeres y los niños iban a ser perseguidos, nos fuimos...



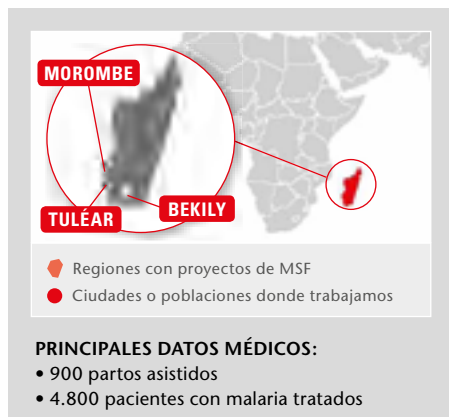
PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 300 consultas de salud mental, individuales y en grupo

En septiembre, MSF dio apoyo al Centro Médico de Sebha (sur) en la atención a un grupo de migrantes que habían sufrido graves quemaduras en un accidente de tráfico. Se distribuyeron suministros médicos para la atención a quemados, y el personal del centro recibió formación en el manejo clínico de estos pacientes.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 35 | MSF trabajó por primera vez en Libia en 2011 | msf.org/libya

MADAGASCAR



El ciclón tropical Haruna arrasó la costa suroeste de Madagascar el 22 de febrero de 2013, causando extensas inundaciones que, a su vez, provocaron el desplazamiento de más de 10.000 personas.

La población de las ciudades de Tuléar y Morombe fue la más afectada. Varias organizaciones de ayuda respondieron al desastre, incluido un equipo de Médicos Sin Fronteras (MSF), que organizó clínicas móviles hasta mediados de abril, y donó medicamentos a estructuras de salud tanto en las ciudades como en la periferia. De febrero a mayo, otro equipo también ayudó a las autoridades sanitarias a responder a un pico de malaria en Tuléar, Morombe y Betioky (realizó 5.761 consultas).

Tras el golpe de Estado de 2009, el presupuesto de servicios sociales se redujo, lo que ha tenido un grave impacto en el sector de salud. De hecho, la política de acceso gratuito a la atención sanitaria fue abolida en 2012. Al mismo tiempo, los donantes internacionales siguieron mostrándose reacios a liberar fondos que no fueran para intervenciones de emergencia. En consecuencia, la población de regiones remotas no tiene acceso a los servicios médicos porque estos son escasos.

Mejora de la atención médica en Androy

Desde 2011, MSF trabaja para mejorar la atención médica en la remota región de Androy: en el hospital de Bekily, aportó atención clínica y medicamentos a las urgencias, el departamento de hospitalización y la unidad prenatal y materna. También apoyó dos centros de salud con consultas externas, medicamentos y formación. Los pacientes presentaban un amplio espectro de problemas de salud, como malaria, tuberculosis o esquistosomiasis (enfermedad parasitaria curable endémica en el país). Además, MSF colaboró con el Centro de Análisis y Tratamiento de la Tuberculosis, analizando, sensibilizando y atendiendo consultas médicas. En 2013, 70 nuevos pacientes fueron admitidos para tratamiento.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 118 | MSF trabajó por primera vez en Madagascar en 1987 | msf.org/madagascar

MALAUI



El sistema de salud de Malaui depende en gran medida de la ayuda internacional: los donantes financian el 70% de los servicios generales y el 99% de los tratamientos antirretrovirales (ARV).



La carga viral de Marita Saga es indetectable: el tratamiento antirretroviral está funcionando.

© Sydelle Willow Smith

Malawi es uno de los 10 países con mayor incidencia de VIH en el mundo: se estima que más del 10% de la población está infectada. El sistema de salud padece una falta crónica de financiación y una grave escasez de trabajadores especializados, con una tasa de vacantes del 61% en los perfiles clínicos. Médicos Sin Fronteras (MSF) respalda la respuesta al VIH centrándose en mejorar la atención al paciente y reforzar el sistema de salud (mediante formación y apoyo técnico, modelos innovadores de tratamiento e investigación sobre la eficacia de los programas).

Chiradzulu

El programa del distrito de Chiradzulu, con actividades descentralizadas a 10 centros de salud, contaba con 28.000 pacientes en tratamiento ARV en 2013. A mediados de año, MSF instauró por primera vez la prueba de carga viral en un centro rural, con el apoyo del Fondo Internacional para la Compra de Medicamentos (UNITAID). Esta prueba mide la cantidad de virus en sangre, y permite determinar si el tratamiento está funcionando o si el paciente debe cambiar a un nuevo régimen.

Según un estudio de MSF en Chiradzulu, el 65,8% de quienes necesitan tratamiento ARV lo reciben. Una segunda encuesta reveló que la tasa de nuevas infecciones

es muy baja (0,4%), lo que sugiere que la distribución generalizada del tratamiento ha contribuido enormemente a la reducción de la transmisión.

Nsanje

El proyecto de los distritos de Nsanje y Chikhwawa (extremo sur del país), que comenzó en 2010, se centra en la mejora de los servicios de salud, con un componente de asesoramiento. En 2013, MSF se retiró de Chikhwawa y amplió su trabajo en Nsanje, para atender las necesidades de colectivos vulnerables, a los que ofrece diagnóstico y tratamiento: trabajadores del sexo, parejas discordantes (uno de los dos es VIH-positivo) y mujeres lactantes. Además, se integró en 14 clínicas el tratamiento para la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH). Cerca de 50 trabajadores sanitarios locales recibieron formación en 14 emplazamientos (un 88% completaron el programa).

Traspaso de Thyolo

En 2013, se completó el traspaso al Ministerio de Salud del proyecto de Thyolo, donde MSF proporcionaba ARV de primera línea. El Ministerio presta ahora el grueso de los servicios, pero MSF sigue trabajando en el distrito, con investigación sobre el resultado de los programas, respaldo a los grupos comunitarios de tratamiento, y servicios

David Chiradzulu

Empecé a tomar el tratamiento ARV en febrero de 2002. Hace dos meses me hice por primera vez la prueba de la carga viral. Antes solo me habían hecho el recuento de linfocitos CD4. Así que tras más de 11 años, me hace feliz saber que mi carga viral es indetectable y que mi tratamiento funciona. Además, ahora solo tomo un medicamento al día, ¡y me siento muy bien!

técnicos y clínicos para pacientes de VIH que necesitan atención especializada o avanzada.

Capacidades para zonas rurales remotas

A finales de 2013, había 49 estudiantes registrados en el Programa de Becas de MSF para Recursos Humanos Sanitarios Rurales. MSF recluta a estudiantes de los distritos de Thyolo, Nsanje y Chikhwawa y paga su formación como trabajadores sanitarios de nivel medio. En contrapartida, los estudiantes deben trabajar para el Ministerio de Salud en sus zonas de origen al menos durante cinco años.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 706 | MSF trabajó por primera vez en Malawi en 1986 | msf.org/malawi

MALI

Aunque en Mali la situación se estabilizó ligeramente durante la segunda mitad del año, muchas personas siguen temiendo regresar a sus hogares. La crisis de 2012 ha debilitado todavía más el sistema de salud, especialmente en el norte.

Muchos trabajadores sanitarios han huido de Mali y acceder a la atención médica sigue siendo difícil en todo el país, incluso en el sur. La desnutrición y la malaria son amenazas recurrentes.

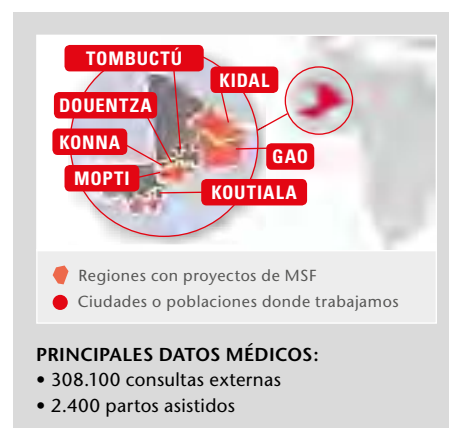
A principios de año, los ataques esporádicos y combates en torno a Gao, y el miedo a ataques aéreos y represalias, provocaron la huida de la población. Algunas familias abandonaron el país mientras que otras se escondieron en pequeñas aldeas, o en el campo en condiciones muy duras. Médicos Sin Fronteras (MSF) proporcionó atención médica en varias clínicas de la región: en Chabaria, Wabaria y Sossokoira, y desde junio también en Bazi Haoussa. Para finales de año, todas estas actividades habían sido

traspasadas a otras ONG y agencias de desarrollo.

Otro equipo trabajó en el hospital de 39 camas de Ansongo, al sur de Gao, con vacunaciones de niños (más de 8.500 fueron inmunizados contra el sarampión), servicios ambulatorios y de hospitalización, salud reproductiva y cirugía de urgencia.

Atención médica en Tombuctú

La inseguridad en Tombuctú y sus alrededores deterioró la situación alimentaria y sanitaria. Llegar a las estructuras de salud es difícil, sobre todo cuando hay que viajar por carreteras que son el blanco de grupos armados. MSF trabajó en todos los departamentos del hospital de Tombuctú (de 60 camas), en el hospital de Niafunké



y en cinco centros de salud de la periferia. En total, se realizaron 91.975 consultas, principalmente pacientes con malaria, complicaciones del embarazo, infecciones respiratorias y enfermedades crónicas.

Atención pediátrica

En el sur, MSF mantuvo su programa pediátrico en Koutiala (estado de Sikasso),

en colaboración con el Ministerio de Salud. MSF proporcionó atención integral gratuita, con el fin de asegurar el crecimiento y desarrollo de los niños y reducir el tiempo de hospitalización. MSF gestionó la unidad pediátrica del hospital de Koutiala: en 2013 fueron admitidos más de 5.300 pacientes, de los cuales 5.000 niños con desnutrición severa o complicada. Además, en cinco centros de salud periféricos, los equipos realizaron 82.000 consultas médicas (más de un tercio por malaria) y trataron a 3.460 niños con desnutrición severa.

MSF también ofreció atención pediátrica curativa y preventiva en el área de salud de Konsekoula, incluyendo el paquete completo de vacunación. Los equipos observaron que los niños atendidos presentaban menores tasas de desnutrición severa y menor retraso en el crecimiento.

Además, MSF implementó la quimioprevención de la malaria estacional durante el periodo de alta transmisión, entre julio y octubre. Una media de 163.000 niños recibieron tratamiento en cada una de las cuatro tandas de tratamiento antipalúdico, y se estima que cerca del 87% de los niños recibieron al menos tres de ellas. El porcentaje de niños con malaria no complicada en 2013 fue un 31% inferior al de 2012.



Esperando consulta en el centro de salud apoyado por MSF en Konna.

MSF también atendió a niños con desnutrición severa en la región de Mopti; estas actividades, iniciadas en 2012, fueron traspasadas a la ONG Save the Children en marzo. Antes, durante y después de los enfrentamientos que estallaron en el norte de Mali, MSF trabajó en los distritos de Mopti y Douentza, prestando atención

materno-infantil, atención básica y cirugía, en un centro de referencia en Douentza y en cinco centros de salud más: Konna, Boré, Douentza, Hombori y Boni. Estas actividades fueron traspasadas al Ministerio de Salud a finales de noviembre.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 610 | MSF trabajó por primera vez en Mali en 1992 | msf.org/mali

MARRUECOS



MSF traspasa sus proyectos de salud para migrantes.

Una de las rutas de la migración subsahariana hacia Europa pasa por Marruecos. Pero debido al refuerzo de las fronteras europeas, este país se ha convertido en un destino final inesperado, y a menudo también difícil, para

los migrantes. Muchos de ellos proceden de países en guerra.

Médicos Sin Fronteras (MSF) trabajaba en Marruecos desde 2002, centrándose en el problema de acceso de los migrantes a la atención médica y el trato inhumano al que son sometidos. MSF denunció su precaria situación en varias ocasiones, la última de ellas con el informe *Violencia, vulnerabilidad y migración: atrapados a las puertas de Europa* (2013).

En 2012, MSF empezó a reducir tanto sus actividades de apoyo a víctimas del tráfico de seres humanos en Rabat (en especial mujeres, muchas de ellas víctimas de violencia sexual), como las de atención sanitaria directa a los migrantes en Oujda y Nador. El traspaso a organizaciones locales de salud y de derechos humanos finalizó en febrero de

2013. MSF decidió retirarse de Marruecos tras constatar que el acceso a la salud de los subsaharianos había mejorado, y que otras organizaciones podían asegurar que reciben atención sanitaria y velar por el respeto de sus derechos.

Beatrice 52 años

Nos enviaron a Médicos Sin Fronteras. Nos dijeron que teníamos que hacernos la prueba del VIH. Yo he dado positivo. Mis hijos están sanos. Cuando rompí a llorar, el médico me dio ánimos. Me dijo que es bueno saberlo, porque ahora pueden ayudarme con el tratamiento.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 7 | MSF trabajó por primera vez en Marruecos en 1997 | msf.org/morocco

MAURITANIA

En enero, otros 15.000 refugiados cruzaron la frontera desde Mali, huyendo de la violencia, para asentarse con quienes ya estaban en el campo de Mbera en condiciones de gran precariedad.

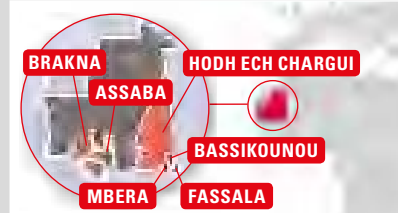
La presencia de grupos armados en Mali ha infundido un gran miedo en la población, y miles de personas han huido a Mauritania. A principios de 2014, más de 59.000 refugiados se asentaban en pleno desierto. Las tensiones étnicas en el norte de Mali han acabado con sus esperanzas regresar pronto a casa.

Médicos Sin Fronteras (MSF) trabajó en un dispensario en la frontera, en Fassala (también evaluó el estado nutricional de los niños de entre 6 meses y 5 años) y en tres centros de salud dentro del campo de Mbera. En 2013, MSF realizó unas 1.800 consultas semanales.

Vivir en el campo es muy difícil y sobrevivir depende de la ayuda externa. En abril, MSF publicó el informe *Atrapados en el desierto*, que reclamaba una mayor respuesta a las necesidades vitales de los refugiados

en Mbera. En general, las enfermedades detectadas son prevenibles, y se deben sobre todo a la falta de agua potable y de comida; en concreto, una encuesta reveló que los niños contraen desnutrición entre seis y ocho semanas después de llegar al campo. MSF trató contra la desnutrición severa a unos 300 niños al mes.

MSF también apoyó el centro de salud de Bassikounou, donde abrió un quirófano para intervenciones de urgencia para refugiados y comunidad local; también se estabilizó a los pacientes que necesitaban ser referidos al hospital de Néma. MSF practicó 160 cirugías en 2013, urgentes en su mayoría.



● Regiones con proyectos de MSF
● Ciudades o poblaciones donde trabajamos

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 168.600 consultas externas
- 3.900 niños tratados en centros nutricionales

Azarra*

40 años, originario de Tombuctú

Tardamos dos días en llegar a Fassala; estábamos cansados pero estábamos vivos y a salvo. Ahora nos toca adaptarnos a la vida en el campo de Mbera, pero es muy difícil. En Mali era pobre pero aquí es incluso peor: no tengo absolutamente nada y me siento como un extraño, lejos de mi país. Quiero que haya paz, para poder regresar al norte y volver a casa.

*El nombre es ficticio.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 307 | MSF trabajó por primera vez en Mauritania en 1994 | msf.org/mauritania

MÉXICO

La violencia continuada, principalmente la asociada a organizaciones criminales vinculadas al narcotráfico, tiene graves consecuencias para la salud de los colectivos más vulnerables, como los migrantes económicos y quienes huyen de amenazas y ataques en sus países de origen.

Cada año, unos 91.000 migrantes centroamericanos cruzan México en trenes de mercancías¹ con destino a Estados Unidos. Es un viaje peligroso: muchos de ellos son víctimas de asaltos, secuestros, torturas, violencia sexual, e incluso se exponen a ser asesinados. Por otra parte, las personas que viven en zonas afectadas por la violencia también sufren problemas de acceso a la atención médica, debido en parte al colapso de los servicios de urgencias. Los recursos sanitarios son escasos para estos colectivos, sobre todo para las víctimas de violencia sexual, y sus necesidades de salud mental no quedan cubiertas.

Los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) respondieron a las necesidades médicas y

psicológicas de las víctimas de la violencia directa e indirecta. Los proyectos de Ixtepec (estado de Oaxaca), Bojay (Hidalgo), Apaxco y Tultitlán (México) prestaron atención médica básica, salud sexual y reproductiva, y salud mental (con 1.389 consultas psicológicas en 2013). MSF también se encargó de las referencias hospitalarias y del seguimiento de los casos urgentes. El programa en Arriaga (Chiapas), centrado en los migrantes, concluyó en abril y las actividades se traspasaron al gobierno local.

Emergencia de dengue

En el estado de Guerrero y en especial la ciudad de Acapulco, se registró a principios de año un pico de dengue (una infección viral propagada por mosquitos). La respuesta



● Ciudades o poblaciones donde trabajamos

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 12.700 consultas externas
- 1.600 consultas de salud mental, individuales y en grupo
- 22 pacientes tratados tras agresiones sexuales

médica local comenzó de inmediato pero algunas actividades tuvieron que suspenderse debido a incidentes de seguridad. En octubre, MSF empezó a trabajar con instituciones locales como la Iglesia, para promover



Migrantes centroamericanos atraviesan México en tren para llegar a Estados Unidos.

la prevención del dengue y la educación comunitaria; además, contrató y formó a 140 trabajadores, y fumigó 7.200 casas.

Enfermedad de Chagas

El Chagas —enfermedad parasitaria que puede ser asintomática durante años pero que, sin tratamiento, puede causar graves

Migrante guatemalteco*

Estuve 16 días secuestrado cerca de Tenosique. Hablaron con mi cuñado pues nos obligaron a darles los teléfonos de nuestras familias. Pidieron 5.000 dólares [unos 4.000 euros] por nuestra liberación. Una vez pagado el rescate, nos dejaron tirados en Boca del Cerro, sin ropa y con moratones en todo el cuerpo. Pasé todo el día en la cima de la colina y después tuve que andar toda la noche hasta llegar a una ciudad. Algunas personas me ayudaron y me llevaron al hospital más cercano. Regresé a Guatemala, y 15 días más tarde volví a cruzar a México.

**En el anonimato por motivos de seguridad.*

complicaciones e incluso la muerte—, ya se considera una prioridad nacional de salud. MSF ha lanzado un nuevo programa en colaboración con las autoridades sanitarias, que se integra en el sistema de salud de San Pedro Pochutla (Oaxaca).

¹ Chávez Galindo, Ana María, y Landa Guevara, Ricardo Antonio, *Migrantes en su paso por México: nuevas problemáticas, rutas, estrategias y redes*, 2011.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 62 | MSF trabajó por primera vez en México en 1985 | msf.org/mexico

MOZAMBIQUE

Médicos Sin Fronteras (MSF) ha respaldado al Ministerio de Salud en la ampliación del tratamiento antirretroviral (ARV).

A pesar de los avances en la respuesta nacional al VIH en Mozambique, el virus sigue siendo responsable del 40% de la mortalidad adulta y del 14% de la infantil.

Una de las razones por las que los pacientes no reciben una atención médica adecuada es la falta de personal cualificado. Con el fin de superar este obstáculo, MSF ha optado por estrategias innovadoras en sus programas de VIH, como el empoderamiento de los pacientes y de los trabajadores sanitarios de menor cualificación.

Los programas en Maputo (en los barrios de Chamanculo y Mavalane) y en la provincia de Tete proporcionaron tratamiento integral a pacientes coinfectados con VIH y tuberculosis (TB); también dieron atención especializada a pacientes con cepas de TB resistentes a los medicamentos, con fracaso del tratamiento ARV de primera línea, o con otras enfermedades relacionadas con el virus

(sarcoma de Kaposi, cáncer de cuello uterino, etc.). Estos programas también incluyeron tratamiento pediátrico. Además, MSF apoyó la implementación de una política que amplíe el tratamiento ARV a todas las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años con VIH.

En Chamanculo, MSF trabajó en cinco centros de salud y en un centro de referencia para casos complejos de VIH (gestionados por el Ministerio de Salud). En Mavalane, dio apoyo a cuatro centros de salud y un dispensario; el 6% de los pacientes de VIH tratados eran menores de 15 años. En este mismo barrio, MSF cuenta con otro equipo en el Centro de Salud Primeiro de Maio, especializado en adolescentes: más de 600 jóvenes al mes se beneficiaron de asesoramiento, educación, diagnóstico y enlace con servicios médicos.

En Maputo y en el distrito de Changara, MSF introdujo la medición de la carga viral, que



permite evaluar la cantidad de virus en sangre y comprobar si el tratamiento funciona. También formó al personal de salud local, con el fin de apoyar el *Plan de aceleración* implantado por el Ministerio para ampliar el acceso a ARV.

Carla (Maputo)

Superó la TB multirresistente a los medicamentos

Siento que he vuelto a nacer. Me estuve medicando durante más de dos años, y por fin he terminado. Pensé en dejar el tratamiento, incluso pensé en el suicidio. Hoy tengo problemas de oído y necesito un audífono. Además, mis problemas de vista han empeorado. Fue un gran desafío pero ahora estoy curada de la TB multirresistente y puedo pensar en cumplir mis sueños.



Tras las inundaciones en Gaza, que interrumpieron los servicios médicos, MSF envió a un equipo de emergencia para apoyar al Ministerio de Salud con personal adicional y suministros.

Inundaciones en Chokwe

A principios de año, las intensas lluvias causaron graves inundaciones en la provincia de Gaza y en la ciudad de Chokwe, desbaratando el funcionamiento de las estructuras de salud, incluido el principal hospital. MSF apoyó al Ministerio de Salud aportando personal y suministros médicos. Durante los dos meses de intervención, MSF realizó más de 23.000 consultas, casi la mitad asociadas al VIH y la TB; el resto de pacientes padecían sobre todo infecciones respiratorias, diarrea y malaria.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 327 | MSF trabajó por primera vez en Mozambique en 1984 | msf.org/mozambique

MYANMAR



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 519.100 consultas externas
- 33.200 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea
- 13.600 pacientes con malaria tratados
- 3.300 pacientes con TB tratados

El estado de Rakhine sufre una crisis médica enquistada, y quienes prestan asistencia se enfrentan a retos cada vez más preocupantes.



Un paciente de TB resistente a los medicamentos es atendido en la clínica de MSF en Lashio (estado de Shan).

El estado de Rakhine sigue presa de la violencia y la segregación. Más de 100.000 personas malviven en campos de desplazados, casi incomunicados y sin acceso a atención médica, servicios básicos o agua potable. La población de los municipios más aislados (la mayoría en el norte) también sufre enormes dificultades a la hora de acceder a servicios médicos. La minoría rohingya sigue siendo muy vulnerable, y Médicos Sin Fronteras (MSF) no ha dejado de luchar para superar los importantes retos y obstáculos que dificultan la provisión de asistencia gratuita de calidad a quien la necesita.

En 2003, MSF trabajó en colaboración con las comunidades locales, ofreciendo atención médica básica, salud mental y tratamiento para el VIH y la tuberculosis (TB), y asistiendo en las referencias urgentes. MSF también trató a 10.816 pacientes con malaria, un 84% del total nacional. Estas actividades se desarrollaron en 10 municipios, con clínicas fijas y móviles en 24 campos de desplazados y varias comunidades remotas.

MSF siguió apelando al gobierno y a las comunidades de Rakhine a trabajar con las organizaciones internacionales para asegurar que todos los pacientes

con urgencias médicas puedan recibir asistencia independientemente de su etnia o procedencia.

Tratamiento del VIH y la TB

MSF es el mayor proveedor de atención a pacientes de VIH de Myanmar: más de 33.000, en un país donde menos de un tercio de quienes necesitan tratamiento antirretroviral (ARV) lo reciben. Las personas con VIH son más propensas a padecer TB y TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR): esta última es muy difícil de diagnosticar y de tratar (requiere dos años de terapia) y constituye un emergente problema de salud.

MSF gestionó proyectos de VIH y TB en los estados de Kachin, Shan, Rakhine y Tanintharyi (en Rangún y Dawei). En Rangún, después de tres años de trabajo con el Departamento de Prisiones, MSF cerró en diciembre su proyecto de VIH en la cárcel de Insein: desde su inicio, 1.400 reclusos recibieron asesoramiento y diagnóstico y se prestaron más de 15.000 consultas externas.

En 2013, siguió activo el proyecto lanzado el año anterior en Rangún en colaboración con el Ministerio de Salud, que ha tratado a 58 pacientes con TB-MDR.

Ko Min Naing Oo 37 años (Rangún)

La TB apareció en mi vida por primera vez en junio de 2000, y fui recayendo una y otra vez durante los siguientes 13 años. A los médicos les costaba cada vez más tratarla. Me administraron muchos tipos de pastillas e inyecciones a lo largo de los años pero nada parecía acabar definitivamente con ella.

Antes de empezar la medicación, podía llevar a cabo actividades físicas normales, pero luego siempre estaba cansado y agotado. Los efectos secundarios del tratamiento eran duros y difíciles de soportar. Me mareaba, me dolían las nalgas por culpa de las inyecciones y tenía problemas de oído. Cada vez que olía comida, sentía náuseas. Estaba irritable, y siempre cansado y débil, con diarreas y alucinaciones.

Intenté olvidar el dolor emocional pensando en otras personas que están en una situación socioeconómica peor que la mía y en peor estado de salud que yo. A menudo me decía que tenía que recuperar la salud para salvar a mi familia de la miseria.

Testimonio del blog de MSF 'La TB y yo'.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 1.299 | MSF trabajó por primera vez en Myanmar en 1992 | msf.org/myanmar

NÍGER

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

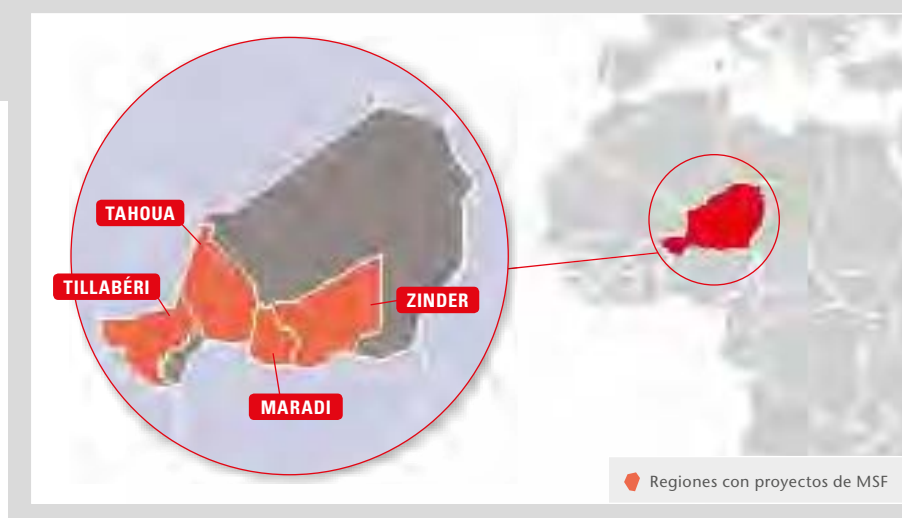
- 916.000 consultas externas
- 425.100 pacientes con malaria tratados

La quimioprevención de la malaria estacional (SMC) se utilizó en Níger por primera vez en 2013: combinada con la evaluación del estado nutricional de los niños y su tratamiento, esta estrategia aspira a reducir el sufrimiento y la mortalidad infantil.

Durante los meses entre cosechas, en el llamado periodo de escasez, la desnutrición infantil se dispara. Los más amenazados son los menores de 5 años: tienen pocas reservas y al mismo tiempo grandes necesidades nutricionales para crecer y desarrollarse.

Durante este periodo también llega la estación de lluvias, y con ella proliferan los mosquitos transmisores de la malaria. Se genera así un círculo vicioso para los niños: la desnutrición debilita su sistema inmunológico, haciéndoles más vulnerables a la malaria,

que causa anemia, diarrea y vómitos, lo que les lleva a la desnutrición o la complica. A menudo, esta combinación de malaria y desnutrición es mortal.





© Ramón Pereiro / MSF

En Bouza, MSF trabaja para mejorar la atención médica a los menores de 5 años y a las mujeres embarazadas: se centra en el tratamiento temprano y la prevención, especialmente de la desnutrición y la malaria.

Con el fin de priorizar la prevención de la malaria en Níger, Médicos Sin Fronteras (MSF) amplió en 2013 el alcance de sus actividades preventivas. Por primera vez, implantó la SMC, que ya había demostrado su efectividad en Chad y Mali. Durante los cuatro meses de lluvias, los niños recibieron un curso completo de medicación antipalúdica: 225.000 niños en cada una de las cuatro rondas realizadas en los distritos de Guidan Roumdji, Madarounfa (región de Maradi), Bouza, Madaoua (Tahoua) y Magaria (Zinder). La cobertura fue de entre el 94 y el 99%.

Aunque métodos habituales de prevención como las mosquiteras impregnadas siguen siendo la base de los programas, la SMC está demostrando ser muy útil para proteger a los niños más amenazados por la malaria severa allí donde la atención médica escasea. En paralelo, se desarrollaron los programas nutricionales de evaluación y tratamiento ambulatorio u hospitalario de los niños con desnutrición severa.

La meta de estos programas de nutrición y malaria es colocar la atención básica lo más cerca posible de quien la necesita, mediante la estrategia llamada PECADOM (*Prise En Charge À Domicile* o atención domiciliaria). En Bouza y Madaoua, MSF proporcionó diagnóstico y tratamiento domiciliarios a niños y embarazadas mediante agentes comunitarios

de salud desplegados en 111 puestos rurales: este personal recibe formación médica para detectar y diagnosticar la malaria, tratar los casos simples y referir los complicados. También está preparado para comprobar el estado nutricional de los niños y si están vacunados. Tras un brote de sarampión en marzo en Madaoua y Sabon Guida, MSF lanzó en mayo una campaña de inmunización que cubrió a 84.460 menores de 14 años.

Otro enfoque novedoso para prevenir la desnutrición aguda severa en algunas aldeas de Tahoua es el de las *mamans lumière* (las *mamás luz*): estas mujeres son instruidas sobre la mejor forma de preparar la comida para asegurar una nutrición óptima. Ellas, a su vez, comparten lo aprendido con otras mujeres de la comunidad.

En Madarounfa (Maradi), MSF proporcionó atención pediátrica en colaboración con la organización local FORSANI (Forum Santé Niger). Además, gestionó un programa de prevención de la malaria para niños menores de 2 años en tres de las cinco áreas de salud: se distribuyeron suplementos nutricionales y mosquiteras y los niños recibieron el paquete básico de vacunación. Por otra parte, tras las intensas lluvias que destruyeron casas y cosechas en julio, MSF distribuyó *kits* con mosquiteras, bidones para agua, jabón y mantas a 6.630 personas.

En Magaria (Zinder), MSF siguió descentralizando sus actividades nutricionales. Las consultas médicas se realizaron en las llamadas chozas de salud y en las propias viviendas de los pacientes, ahorrándoles así largos desplazamientos y permitiendo que los más vulnerables recibiesen atención en sus comunidades. En los centros de salud de Magaria, Dungass y Bangaza, se reforzó la observación y tratamiento de casos de desnutrición de grado intermedio, para mejorar la recepción y clasificación de pacientes y reducir las referencias hospitalarias. Finalmente, el centro de nutrición hospitalaria al que MSF ha apoyado en el hospital de Zinder durante años fue traspasado al Ministerio de Salud a finales de 2013. En todo caso, MSF está preparada para abrir un centro de tratamiento de 450 camas durante los picos de desnutrición.

Atención a los refugiados malienses

Desde 2012, el conflicto en Mali ha causado desplazamientos masivos de población a través de las fronteras. MSF proporcionó atención básica y especializada (incluyendo vacunación) a los refugiados malienses y a las comunidades locales de la región de Tillabéri: en total, unas 57.500 consultas. También respondió a un brote de cólera en mayo, con 1.500 pacientes tratados. En septiembre, la atención médica a los refugiados se traspasó



Los niños esperan con sus madres durante una de las rondas de quimioprevención.

a la Media Luna Roja de Qatar y al Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados (ACNUR). MSF también trabajó en el campo de Abala (a unos 250 kilómetros al norte de Niamey), prestando atención primaria y especializada a 14.000 refugiados malienses y a unos 33.000 residentes locales. Las urgencias obstétricas y quirúrgicas fueron referidas al hospital del distrito.

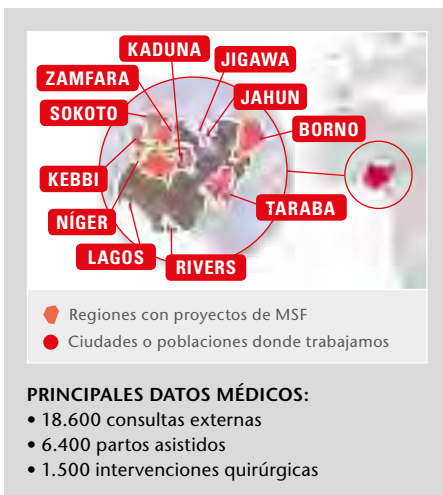
Mariana Assoumane

26 años, aldea de Tounfafi, Madaoua

Los promotores comunitarios de MSF nos dijeron que viniésemos aquí para recibir la medicación que previene la malaria. Nos hemos dado cuenta de la importancia de este tratamiento y por eso tantas personas acuden aquí para tomarlo. Mis hijos suelen contraer malaria. Sus cuerpos hierven de fiebre, y sufren convulsiones, vómitos y diarrea. Este año, hay menos casos de fiebre.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 1.879 | MSF trabajó por primera vez en Níger en 1985 | msf.org/niger

NIGERIA



Los indicadores de salud de la población del norte de Nigeria siguen siendo pobres, y los brotes de sarampión, meningitis y cólera son frecuentes.

En 2013, el incremento de la violencia erosionó aún más el acceso de la población a una adecuada atención médica, ya de por sí limitado. Los grupos Ansaru y Boko Haram amenazan la seguridad de la población y de las organizaciones de ayuda.

Allí donde pudo, Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió prestando atención especializada a personas vulnerables y respondiendo a brotes de enfermedad.

Contaminación por plomo en Zamfara

El aumento del precio del oro renovó el interés en las minas del estado de Zamfara. En algunas comunidades, las prácticas inseguras de la minería artesanal causaron una grave contaminación: los yacimientos de oro contienen altas concentraciones de plomo que, al pulverizarse la roca, queda en el aire y se deposita en la tierra. El plomo entra en el organismo por los pulmones o el aparato digestivo, y es especialmente perjudicial para los niños: puede causarles daños cerebrales, problemas de riñón e incluso la muerte. MSF examinó a más de 1.570 niños en 2013, y realizó unas 10.800 consultas a menores de 5 años. Desde que comenzó el programa, han sido examinados 4.804 niños, y 4.306 han recibido tratamiento. MSF sigue apremiando al Gobierno para que limpie las aldeas aún

afectadas y sus pozos y acuíferos (retirando tierras, escombros y residuos contaminados), y siga tratando a los niños.

Atención materna y cirugía para fístula

En el estado de Jigawa, apenas existe atención especializada para las embarazadas, y la mortalidad en el embarazo y el parto es elevada. Además, entre 400.000 y un millón de mujeres sufren fístula obstétrica en todo el país: esta lesión, causada por complicaciones en el parto, provoca dolor e incontinencia, lo que a su vez puede generar rechazo familiar y social. En el hospital de Jahun, MSF trató urgencias obstétricas (8.390 mujeres atendidas en 2013), y ofreció cirugía de reparación de la fístula (370 pacientes operadas).

Además, MSF mantuvo su programa de salud materno-infantil en Goronyo (estado de Sokoto), donde la incidencia de la malaria es alta. El proyecto tuvo que cerrar en junio debido a la inseguridad.

Urgencias en Borno

La violencia continuada en el noreste del país causó desplazamientos de población a otros estados, incluyendo Abuja, y a países vecinos (Níger, Camerún). MSF atendió a 3.750 personas en Baga y Chibok. De nuevo, debido

a la inseguridad, la intervención tuvo que terminar en octubre.

Sarampión y cólera

En enero, el estado de Katsina sufrió un brote de sarampión. MSF donó medicamentos a 300 clínicas públicas, que de esta forma pudieron tratar a 14.290 personas. Además, unos 217.490 niños fueron vacunados en Bakori, Sabuwa, Funtua, Dandume y Faskari.

Entre marzo y julio, otro equipo respondió a un brote de sarampión en Kebbi, Sokoto y Zamfara: fueron tratadas 47.585 personas y se donaron 3.600 kits de tratamiento. Finalmente, más de 2.000 pacientes de cólera fueron tratados en Rini y Gusau entre septiembre y finales de diciembre.



En el hospital de Jahun, MSF atiende urgencias obstétricas y proporciona cirugía para la fístula. En la foto, varias pacientes de fístula muestran sus proyectos artísticos.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 649 | MSF trabajó por primera vez en Nigeria en 1971 | msf.org/nigeria

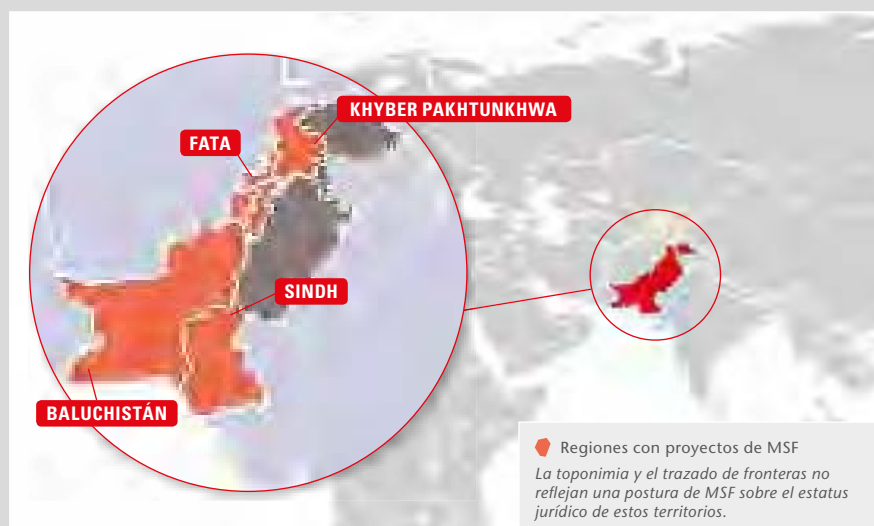
PAKISTÁN

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 252.500 consultas externas
- 3.900 intervenciones quirúrgicas
- 22.700 partos asistidos
- 8.400 consultas de salud mental, individuales y en grupo

Proporcionar ayuda médica de emergencia a las comunidades remotas es la prioridad de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Pakistán, pero la accesibilidad y la seguridad son muy problemáticas tanto para la organización como para los pacientes.

Aparte de las carencias generales en el sistema de salud, quienes viven en zonas remotas, los desplazados y las víctimas directas del conflicto padecen una falta crítica de servicios médicos, en especial en lo que a atención a urgencias y salud materno-infantil se refiere. Los programas de MSF intentan responder a estas necesidades.



Khyber Pakhtunkhwa

El distrito de Hangu linda con tres áreas tribales: Waziristán Norte, Orakzai y Kurram, tres de las zonas más expuestas a la violencia desde que comenzaron las operaciones militares en respuesta a la agresiva campaña lanzada en 2007 por los talibanes pakistaníes. También se producen enfrentamientos esporádicos entre comunidades suníes y chiíes. En

el Hospital General Hangu Tehsil, MSF prestó servicios de urgencias (más de 25.000 pacientes en 2013) y cirugía (1.407 intervenciones). Además, MSF dio apoyo a la maternidad del hospital, atendiendo partos complicados y formando al personal local sobre procedimientos obstétricos y protocolos de higiene.



© Haroon Khan/MSF

Una pequeña paciente es atendida en una clínica de las afueras de Karachi.

En Peshawar, MSF gestiona desde 2011 un hospital para mujeres de 32 camas: ofrece atención a urgencias obstétricas, incluida cirugía. Una tercera parte de las 3.717 pacientes admitidas en 2013 eran desplazadas o refugiadas. Además, se creó una red de referencias desde los centros de salud rurales, las comunidades y los campos de desplazados o refugiados, que se está ampliando a áreas tribales vecinas. También se abrió una unidad de neonatología, con cinco camas, que se ampliará con otras 10 en 2014.

En el hospital de distrito de Timurgara (Lower Dir), aumentó considerablemente el volumen de pacientes en urgencias (más de 100.000, un 33% más que en 2012) y en reanimación (unos 22.000). En obstetricia, MSF practicó unos 7.000 partos en 2013. También dio apoyo al banco de sangre y a la mejora de los protocolos de esterilización y gestión de residuos, y reforzó la educación para la salud y la higiene (con unas 56.000 sesiones). Además, realizó más de 5.300 consultas de salud mental y 26.900 sesiones con madres e hijos.

Áreas Tribales bajo Administración Federal (FATA)

El conflicto en Kurram ha provocado el aislamiento de las comunidades locales, el cierre de las rutas de suministro y el casi total colapso del sistema de salud público. El sarampión es muy frecuente y existen graves lagunas en la atención primaria, por ejemplo en vacunación. La zona apenas es accesible al personal internacional de MSF, por lo que es el personal local de la organización el que presta los servicios pediátricos en los hospitales del enclave suní de Sadda y la comunidad chií de Alizai. En 2013, tras la ofensiva militar contra el valle de Tirah en la vecina Khyber, miles de familias se desplazaron al campo de Nuevo Durrani y en torno a Sadda.

En Bajaur, tras años de violencia, el acceso de la población a los servicios médicos es muy limitado. En marzo, personal local de MSF lanzó varias clínicas móviles en las estructuras de salud de Talai, Kotkay y Derakai, para prestar atención primaria y vigilar enfermedades infecciosas como el sarampión y la diarrea.

Baluchistán

La provincia más grande de Pakistán es remota y rural, y alberga a muchos refugiados afganos. Sus indicadores de salud son de los peores del país ya que a menudo no es posible conseguir atención médica debido a la complicada orografía, la inseguridad y la dispersión de las estructuras de salud.

En Quetta, la atención pediátrica pública y privada es insuficiente, y muchos ni siquiera pueden permitirse pagar las tarifas. MSF trabajó en el Hospital Pediátrico de Quetta: trató a niños desnutridos en programas ambulatorios y hospitalarios, y se ocupó de la neonatología. También ofreció sesiones de asesoramiento individual y familiar.

Otro equipo de MSF gestionó un centro de salud materno-infantil cerca de Kuchlak, en el que también dio apoyo nutricional a niños menores de 5 años. Este programa cuenta con un paritorio, un sistema de referencia de urgencias obstétricas a Quetta, apoyo psicosocial, y detección y tratamiento de la leishmaniasis cutánea.

En el Hospital General de Chaman, MSF se encargó de las urgencias neonatales y de la obstetricia. En 2013, el 17% de los pacientes de urgencias eran víctimas del conflicto. Además, en colaboración con el Ministerio de Salud, se administraron 2.500 vacunas contra el sarampión.

En los distritos de Jaffarabad y Nasirabad (este), MSF siguió prestando servicios de salud materno-infantil en el hospital de Dera Murad Jamali y en cuatro centros de salud. El desplazamiento asociado al conflicto ha exacerbado la desnutrición, y la cobertura de vacunación es baja: MSF vacunó a 7.500 niños en colaboración con el Ministerio, y trató a unos 9.600 en el programa nutricional terapéutico del hospital; además, realizó 6.000 controles prenatales.

Atención sanitaria en Karachi

La Colonia Machar, un barrio marginal de la periferia de Karachi, alberga a muchos migrantes indocumentados sin acceso a la atención médica. En colaboración con la ONG médica local SINA Health Education

and Welfare Trust, MSF gestionó una clínica que presta servicios gratuitos de obstetricia y urgencias las 24 horas del día, así como apoyo a la salud mental. En 2013, realizó más de 35.000 consultas de atención básica, 7.600 niños fueron examinados para evaluar su estado nutricional y más de 80.000 personas participaron en sesiones de educación para la salud.

Respuestas de emergencia

Junto con el personal del Ministerio de Salud, MSF trató a 110 personas heridas por artefactos explosivos durante la ola de violencia electoral en Khyber Pakhtunkhwa y FATA en mayo. Las víctimas fueron sobre todo civiles.

MSF respondió a brotes de dengue y diarrea acuosa en Timurgara y Swat (entre agosto y noviembre) y de sarampión en Upper Dir (junio y julio), y a un terremoto en el distrito de Mashkel (Baluchistán) en abril. En esta misma provincia, MSF estaba preparada para intervenir tras el terremoto de Awaran de septiembre, pero el Gobierno no lo creyó necesario.

Faiz Bibi

Aldea de Kirani, oeste de Quetta

Mi bebé, que tiene un mes, ha tenido neumonía. Tuvo mucha fiebre durante dos días y respiraba mal, y cada vez estaba más aletargado. Mi casa está lejos, y el niño se puso peor por la noche. Por la mañana, le dije a mi marido que me lo llevara a algún sitio, donde fuera, para que le viera un médico. Le pregunté al conductor de un 'tuk-tuk' [pequeño taxi] y me dijo que en el hospital de MSF le darían al niño el mejor tratamiento.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 1.528 | MSF trabajó por primera vez en Pakistán en 1986 | msf.org/pakistan

PAPÚA NUEVA GUINEA



● Ciudades o poblaciones donde trabajamos

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 34.700 consultas externas
- 3.600 consultas de salud mental, individuales y en grupo

La violencia sexual y doméstica constituye una emergencia médico-humanitaria en Papúa Nueva Guinea, y sus consecuencias se dejan sentir en las personas, en las familias y en toda la nación.

A pesar del elevado nivel de violencia sexual, doméstica, social y tribal en todo el país, la atención a las víctimas sigue siendo insuficiente y, en muchos lugares, inexistente. Aún no existen programas de prevención o respuesta a la violencia, y quienes la sufren carecen de acceso a una atención médica gratuita y confidencial de calidad.

a las víctimas de la violencia doméstica y sexual en los centros de salud y de apoyo familiar esparcidos por todo el país. Con este modelo, en una sola cita médica se cubren los cinco servicios esenciales: primeros auxilios médicos y psicológicos, profilaxis para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, contracepción de emergencia y vacunaciones para la hepatitis B y el tétanos.

En junio, MSF traspasó su proyecto con víctimas de la violencia conyugal y sexual al Hospital General de Angau (en Lae), pero siguió prestando apoyo técnico. Además, en el hospital de Tari (en el sur de las llamadas tierras altas), otro equipo practicó 830 procedimientos de cirugía mayor, al tiempo que seguía gestionando un centro de apoyo familiar (donde realizó 1.231 consultas). En marzo, MSF lanzó en Port Moresby un programa de formación de ámbito regional. El objetivo es impulsar la implantación de un modelo de atención médica integral

Centro de salud de Buin

El acceso a la atención médica en el distrito de Buin mejoró significativamente durante los últimos años. Asimismo, hubo una mayor implicación de los servicios provinciales de salud y de la Agencia Australiana de Desarrollo Internacional (AusAID). Por todo ello, MSF ha empezado a planificar el cierre de su proyecto. En 2013, el equipo del centro de salud realizó 3.894 controles prenatales y 979 consultas de planificación familiar, y practicó 870 partos.



Paciente atendida en el hospital de Tari. Había sido agredida por su marido.

© Kate Geraghty / Fairfax

Nº de trabajadores a finales de 2013: 214 | MSF trabajó por primera vez en Papúa Nueva Guinea en 1992 | msf.org/png

PARAGUAY



En diciembre, MSF dio por concluido el proyecto iniciado tres años atrás para mejorar la sensibilización sobre la enfermedad de Chagas, su diagnóstico y tratamiento.

La atención médica para los pacientes del Chagas —causado por un parásito transmitido por una chinche, y que es potencialmente mortal— es muy escasa en zonas rurales remotas como el Chaco.

En Boquerón, Médicos Sin Fronteras (MSF), en colaboración con el Ministerio de Salud, implantó una estrategia piloto para llevar diagnóstico y tratamiento a las comunidades más aisladas. Las actividades se integraron en el Hospital Regional de Boquerón, en dos hospitales más pequeños y en 15 centros y puestos de salud. Los equipos móviles también se desplazaron a 120 municipios carentes de infraestructuras médicas.

Además, MSF organizó actividades de educación comunitaria en todo el país, así como talleres formativos y reuniones

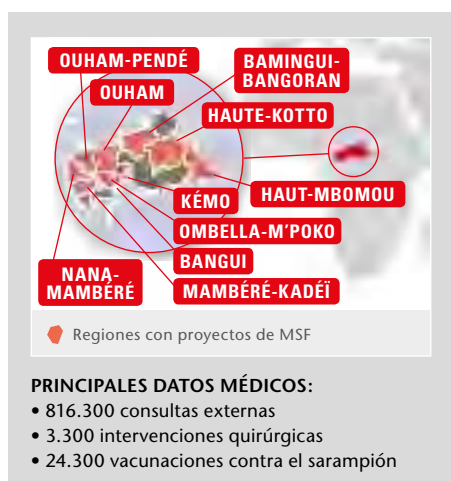
académicas para el personal sanitario y los especialistas en control entomológico. Además, con la ayuda del colectivo de maestros, MSF elaboró la *Guía escolar sobre el Chagas*, y 196 personas fueron formadas para utilizarla como herramienta de educación para la salud.

A lo largo de este proyecto, MSF realizó la prueba del Chagas a 15.330 personas, y dio tratamiento a 1.632.

MSF sigue apoyando a las autoridades paraguayas en el desarrollo de un protocolo nacional para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad: la organización apuesta por integrar la atención al Chagas en el sistema de salud, y por acompañarla de programas de educación comunitaria y control vectorial.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 55 | MSF trabajó por primera vez en Paraguay en 2010 | msf.org/paraguay

REPÚBLICA CENTROAFRICANA



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 816.300 consultas externas
- 3.300 intervenciones quirúrgicas
- 24.300 vacunaciones contra el sarampión

La escalada de violencia extrema en República Centroafricana (RCA) a lo largo del año desencadenó una emergencia humanitaria masiva y aguda, que vino a sumarse a la crisis médica crónica ya existente en el país.

Durante más de 20 años, RCA ha sufrido muchas crisis políticas y militares. La población tiene enormes dificultades para conseguir atención médica, debido a su desplazamiento recurrente y a las deficiencias de un sistema de salud disfuncional y de pocos recursos. Como resultado, muchas personas mueren por enfermedades fácilmente prevenibles y tratables, como la malaria, las infecciones respiratorias o las enfermedades diarreicas. Ya antes de la presente crisis, las tasas de mortalidad en algunas regiones quintuplicaban el umbral de la emergencia.

Cuando el conflicto comenzó su escalada, Médicos Sin Fronteras (MSF) ya estaba respondiendo a esta crisis crónica de salud en siete proyectos: Batangafo, Boguila, Carnot, Kabo, Ndélé, Paoua y Zémio. A pesar de algunas interrupciones debidas a la inseguridad, estos proyectos se adaptaron y en 2013 siguieron dispensando atención médica y respondiendo a emergencias derivadas de los movimientos de población, con atención primaria y especializada, servicios de maternidad, pediatría, nutrición y cirugía, atención al VIH y la tuberculosis, y salud mental.

A principios de 2013, el grupo rebelde Séléka se hizo con el control de varias ciudades estratégicas, y en marzo tomó la capital, Bangui; el golpe de Estado condujo a la gradual desestabilización de todo el país a lo largo de los siguientes meses. Las tensiones, la violencia y los ataques contra la población civil fueron incrementándose y propagándose. A principios de septiembre, los grupos de autodefensa anti-Balaka lanzaron a su vez una ofensiva contra Séléka y de paso contra la población civil del noroeste.

MSF atendió a los heridos y desplazados por la violencia y a quienes necesitaban otro tipo de atención médica: se organizaron clínicas móviles y los equipos dieron apoyo a las estructuras médicas públicas. Además, aseguró el acceso a agua potable y mejoró las condiciones de higiene de los desplazados.

Durante el primer semestre, se abrieron y cerraron en Damara y Sibut proyectos de emergencia para apoyar a los hospitales locales; el equipo de Damara también atendió a los desplazados escondidos en el bosque. En total, ambos proyectos realizaron más de 12.800 consultas. En 2013, también se lanzaron intervenciones de

emergencia en Bangui, Bouca, Bossangoa, Bria, Sibut, Damara y Gadzi, y se desplegaron equipos en Yaloke y Bouar: las actividades incluyeron cirugía de urgencia y atención primaria, por ejemplo para pacientes con malaria, infecciones respiratorias y cutáneas, enfermedades diarreicas y desnutrición.

A principios de diciembre, la violencia y el caos se apoderaron de Bangui. A pesar de la llegada de fuerzas internacionales, hubo enfrentamientos, ataques, linchamientos y represalias. Según estimaciones de la ONU, solo durante las dos primeras semanas de ese mes, unas 214.000 personas huyeron de sus casas: cientos de miles se instalaron en campos improvisados, como el aeropuerto de Bangui (100.000 personas), el monasterio de Boy-Rabé (15.000) y el Centro Don Bosco (15.000).

En estos campos, las condiciones de vida eran y siguen siendo deplorables. Sin apenas organizaciones prestando ayuda de emergencia, MSF tuvo que lanzar operaciones de gran amplitud para asegurar el suministro de agua potable y unos estándares básicos de

higiene y gestión de residuos; en el centro de Don Bosco, por ejemplo, MSF proporcionó 30 metros cúbicos de agua al día y excavó 20 letrinas, a las que se añadieron más tarde otras 150, y 350 más en el campo del aeropuerto de Bangui. Además, MSF gestionó una planta de potabilización de agua, con un suministro diario de 600.000 litros. También distribuyó artículos de primera necesidad a la población desplazada de Bangui. MSF se centró en cirugía traumática y atención primaria. Sin embargo, las necesidades vitales de los desplazados seguían sin respuesta, debido a la escasa movilización de otras organizaciones humanitarias. En el Hospital Castor de Bangui, los cirujanos atendieron a 465 pacientes traumáticos en solo tres semanas. MSF también apoyó el programa de vacunación contra el sarampión del Ministerio de Salud.

MSF reclamó repetidamente a las partes en conflicto que permitiesen a los enfermos y heridos acceder a la atención médica, y cesaran sus ataques contra los civiles, los pacientes y el personal sanitario. También denunció la falta de movilización de las

agencias de Naciones Unidas, y solicitó el despliegue de más medios y recursos, instando a la ONU y a otras organizaciones de ayuda a dar una respuesta adecuada a las enormes necesidades existentes. Para finales de 2013, MSF contaba en RCA con más de 250 trabajadores internacionales y 2.500 centroafricanos, que proporcionaban atención médica gratuita a unas 600.000 personas en siete hospitales, dos centros de salud y 40 dispensarios. En el momento de redactar este artículo, MSF era el principal empleador de RCA.

Según las estimaciones de finales de 2013, más de 700.000 centroafricanos se habían visto obligados a desplazarse dentro del país y otros 75.000 habían huido a países vecinos.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 1.631 | MSF trabajó por primera vez en RCA en 1996 | msf.org/car



Miles de habitantes de Bangui se refugiaron en campos improvisados en el aeropuerto M'poko de Bangui.



© Juan Carlos Tomasi/MSF

La violencia en Bouca obligó a muchas personas a abandonar sus hogares; cuando estos fueron destruidos, se refugiaron donde pudieron.

REPÚBLICA DEL CONGO



En abril, más de 36.000 refugiados de la vecina República Democrática del Congo (RDC) fueron repatriados a su provincia de origen, Ecuador.

En 2009, Médicos Sin Fronteras (MSF) abrió un programa de emergencia para atender a los refugiados congoleños y a la comunidad local del distrito de Bétou (en Likouala), reforzando y ampliando los servicios del hospital y los centros de salud de la zona. En el hospital fueron admitidos unos 450 pacientes al mes y, entre noviembre de 2012 y mayo de 2013, 9.800 personas con malaria recibieron tratamiento.

Como muchos niños padecían enfermedades prevenibles como el tétanos, la poliomielitis y el sarampión, 13 equipos de MSF lanzaron una campaña de vacunación puerta a puerta por todo el distrito: fueron inmunizadas 97.500 personas entre diciembre de 2012 y mayo de 2013. Tras la mejora de la seguridad en RDC y la repatriación de los refugiados, MSF cerró su proyecto de Bétou en junio. MSF también colaboró con las autoridades de salud para mejorar los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis, el VIH, la lepra y el pian.

Tratamiento del pian

El pian es una infección bacteriana, contagiosa pero curable, que causa lesiones cutáneas que pueden derivar en desfiguraciones y discapacidad; es endémico en el bosque tropical del norte de Congo, y concretamente en el distrito de Bétou. En 2012, MSF llevó a cabo una campaña de tratamiento entre los pigmeos aka; entre abril y mayo de 2013, los equipos regresaron a esta zona remota para una segunda ronda que llegara a quienes no fueron tratados el año anterior.

Respuesta al cólera

La respuesta al brote de cólera que empezó en Pointe-Noire en noviembre de 2012 concluyó en mayo. Además de abrir un centro de tratamiento en el hospital de Loandjili y cinco centros de rehidratación, MSF formó al personal médico y ayudó a las autoridades locales a establecer medidas preventivas.

MSF trabajó por primera vez en República del Congo en 1997 | msf.org/congo

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 1.654.100 consultas externas
- 106.600 pacientes hospitalizados
- 1.223.300 vacunaciones durante brotes de sarampión
- 10.900 pacientes con cólera tratados

En República Democrática del Congo (RDC), el sistema de salud es disfuncional. La población carece de atención médica básica, y en 2013 estuvo sometida a diversos brotes de enfermedades prevenibles como el cólera, la malaria y el sarampión. Por otra parte, el conflicto siguió activo en las provincias del este, y provocó el desplazamiento de miles de personas.

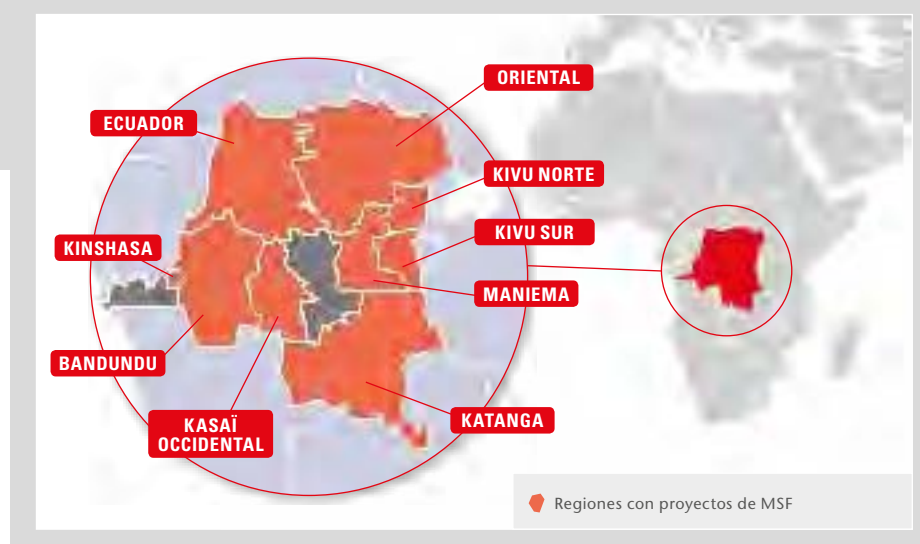
La penuria de la población congoleña es extrema, por culpa de décadas de conflicto y violencia y de la falta de inversión en el sistema de salud. A pesar de la necesidad de respuestas rápidas y flexibles a la crisis aguda que sufre el este del país, la ayuda humanitaria sigue concentrada en los alrededores de las grandes ciudades y en lugares considerados seguros. Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja para incrementar la disponibilidad de atención médica y mejorar la respuesta a emergencias.

En julio de 2013, Chantal, Philippe, Richard y Romy, cuatro trabajadores congoleños de MSF que realizaban una misión exploratoria, fueron secuestrados durante un ataque a Kamango, en Kivu Norte. En el momento de redactar esta memoria, un equipo de MSF sigue intentando localizarlos.

En 2013, las epidemias de sarampión siguieron proliferando. Algunas áreas de salud estaban sobrecargadas debido al número de casos, y MSF lanzó varias campañas de emergencia, vacunando a 1,2 millones de niños de entre 6 meses y 15 años de edad.

Kivu Norte

El centro de salud de MSF en el campo de desplazados de Mugunga III proporcionó atención primaria, cura de heridas y atención a víctimas de la violencia sexual: más de 41.800 consultas en 2013 y 840 personas atendidas tras agresiones sexuales. Otro



equipo, centrado en la prevención y el tratamiento del cólera en Goma, trató a 1.660 pacientes. MSF también asistió a los desplazados de la periferia de Bulengo, incluyendo apoyo psicológico a las víctimas de la violencia sexual.

En el hospital de Rutshuru —región controlada por los rebeldes del Movimiento 23 de Marzo (M23) hasta su retirada forzosa en octubre—, MSF ofreció atención médica integral, incluyendo cirugía, cuidados intensivos, urgencias y asistencia a las víctimas de violencia sexual. Durante 2013, realizó 7.600 intervenciones quirúrgicas.

En Masisi, MSF dio apoyo al Hospital General (medicina interna, cirugía, ginecología, maternidad, pediatría y neonatología) y a dos centros de salud (Masisi y Nyabiondo). También gestionó una *aldea de mujeres* con 76 camas, en las que las embarazadas de alto riesgo son admitidas cuando se acerca el parto. Agentes comunitarios asesoraron a los supervivientes de violencia sexual. Hasta junio, MSF también atendió a los desplazados del campo de Rubaya y a la comunidad local.

En el hospital de Mweso, MSF proporcionó servicios médicos integrales, incluyendo atención psiquiátrica. El proyecto de Kitchanga cerró a mediados de año, y sus programas de salud mental y atención a víctimas de violencia sexual fueron traspasados al proyecto de MSF en Mweso, que asumió también las actividades en Mpati y Bibwe. Otras actividades fueron traspasadas a la ONG Merlin. En 2013, el proyecto de Mweso tuvo que suspender su actividad en dos ocasiones debido a incidentes de seguridad. A pesar de todo, los equipos

pasaron 140.000 consultas, practicaron 1.300 cirugías y asistieron 4.500 partos.

En Pinga, MSF trabajó en atención primaria y psicosocial, y en la prevención de brotes epidémicos y la respuesta a los mismos. Aquí también una amenaza de seguridad obligó a suspender actividades en julio, y para finales de año aún no habían podido reanudarse. En total se realizaron 34.389 consultas ambulatorias, 5.100 consultas por malaria y más de 900 sesiones de salud mental.

Finalmente, en marzo, 51.000 niños fueron vacunados contra el sarampión en Vuhovi.

Kivu Sur

Kivu Sur acogía a 800.000 desplazados en 2013, la mayoría en Kalehe y Shabunda. MSF dispensó atención primaria en los hospitales de Kalonge, Shabunda y Matili, y en 15 centros de salud de los alrededores. También apoyó a un hospital y a tres centros de salud en Minova, zona de conflicto afectada por llegadas masivas de desplazados; todo ello se completó con clínicas móviles.

En Fizi, MSF trabajó en los hospitales de Baraka y Lulimba y en seis centros de salud, con atención primaria y especializada, cirugía, salud reproductiva, atención neonatal, vacunación, nutrición, atención a supervivientes de violencia sexual, y tratamiento para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijos (PTMH), la tuberculosis y el cólera. Además, MSF apoyó a dos Centros de Tratamiento del Cólera (CTC) permanentes y construyó un nuevo hospital de 100 camas en Lulimba.



© Colin Delfosse

Una desplazada del campo de Rubaya en Masisi (Kivu Norte) observa las tiendas improvisadas.

Los equipos de emergencia de MSF respondieron a varios brotes de enfermedad: cólera (seis intervenciones), sarampión (160.000 niños vacunados), rabia (100 personas vacunadas en Lamera) y malaria (64.000 pacientes tratados en Fizi y 43.000 en la remota zona de Shabunda).

En total, en 2013 MSF realizó más de 565.000 consultas externas en Kivu Sur.

Katanga

En Katanga, la asistencia humanitaria apenas llega y los servicios de salud de calidad escasean (y cobran tarifas que la mayoría no se puede permitir). MSF trabajó en la pediatría del hospital de Kabalo y en 15 centros de salud, atendiendo sobre todo casos de malaria. Tras un brote de sarampión, MSF dio tratamiento hospitalario y lanzó una campaña de vacunación selectiva. Asimismo, después de que una encuesta revelara una desnutrición generalizada, abrió un centro de nutrición hospitalario y otros tres ambulatorios.

En abril, MSF dio por finalizada la intervención de cólera lanzada en noviembre de 2012 en Lubumbashi, donde había construido un CTC de 80 camas. En total, fueron tratados 5.904 pacientes.

En Shamwana y alrededores, MSF siguió ofreciendo servicios de atención médica integral; respondió a brotes de cólera en Kaiseng y Lukanzola; y vacunó contra el sarampión a más de 150.300 niños en Moba.

Finalmente, el proyecto de Kalemie, cuyo objetivo era reducir la incidencia del cólera, suspendió actividades en noviembre tras dos ataques consecutivos contra MSF. También fue cancelada una campaña de vacunación contra esta enfermedad.

Oriental

En Geti (Irumu Sur), MSF siguió dando apoyo al centro de salud, y realizó 59.567 consultas, un 41% más que el año anterior. Los enfrentamientos entre el Ejército y los grupos rebeldes causaron un masivo desplazamiento de población en agosto y un incremento de pacientes en el hospital de Geti, al que MSF tuvo que dar apoyo: se practicaron 726 partos y fueron operados 106 heridos. MSF también gestionó dos clínicas móviles, mejoró las condiciones de agua e higiene de los desplazados, distribuyó 10.000 kits de artículos de primera necesidad y lanzó dos campañas de vacunación contra el sarampión (para un total de 42.567 menores de 15 años).

MSF siguió trabajando en las urgencias del hospital de Dingila y, en colaboración con el Ministerio de Salud, diagnosticó y trató a pacientes de enfermedad del sueño en Ganga-Dingila y Ango (Bas-Uélé). De las 73.336 personas a las que se realizaron las pruebas, 1.358 recibieron tratamiento.

Por otra parte, durante el brote de sarampión en Bas-Uélé, MSF trató a 30.200 pacientes en las áreas de salud de Ganga-Dingila, Buta, Aketi, Bondo, Likati, Titule y Poko, y vacunó a 189.000 niños en Ganga-Dingila, Buta, Aketi, Bondo y Likati.

Kinshasa

En el hospital de Kabinda, MSF siguió gestionando el programa de VIH, cuyas actividades se han ido descentralizando; por ejemplo, la distribución de antirretrovirales (ARV) para pacientes estables se realizaba ya desde un programa comunitario. En total, más de 5.500 pacientes lo reciben.

Popol 52 años

No quería decirle a nadie que tenía VIH. Después del diagnóstico, tenía que empezar el tratamiento. Un tratamiento que cuesta 200 dólares [unos 150 euros]. Pero yo no tenía dinero, no tenía ni 10 dólares. Un médico me refirió [a MSF] para que me atendieran gratis.

Trabajo en una tienda, y así es como puedo alimentar a mi esposa, a mi hija y a mi hijo. Ya trabajaba ahí antes, pero estaba enfermo todo el tiempo, y no servía para nada. Así que me despidieron. Me quedé en casa. Cuando empecé con los ARV, recuperé la salud poco a poco. Pero no tenía nada que llevarme a la boca. Un amigo me aconsejó que fuera a ver a mi antiguo jefe y se lo explicase todo. Le dije que era VIH-positivo, que estaba tomando medicación gratuita, y que ya había recobrado las fuerzas. Mi jefe pensó que había sido valiente al ir a contárselo de aquella manera y volvió a contratarme.

RUSIA

En Chechenia, Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en colaboración con las autoridades sanitarias para reforzar la respuesta a la tuberculosis (TB) y a sus formas resistentes a los medicamentos (TB-DR).

Años de conflicto en el norte del Cáucaso han debilitado el sistema de salud, y la TB ha resurgido, en especial la TB-DR. Diagnósticos erróneos, tratamientos interrumpidos y la cuestionable calidad de los fármacos disponibles han contribuido a la propagación de las cepas resistentes.

En 2013, en colaboración con el Ministerio checheno de Salud, MSF mantuvo su programa integral de diagnóstico y tratamiento, que promueve un enfoque centrado en el paciente: debido a la dureza de la terapia y al difícil manejo de los efectos secundarios, es esencial prestar apoyo psicosocial a los pacientes y sus familias. Para ello, MSF cuenta con equipos de educadores para la salud y asesores en materia de adherencia.

Atención a pacientes con enfermedades cardíacas

La tasa de enfermedades cardíacas es muy alta en Chechenia, y los servicios médicos no están a la altura de las necesidades de quienes padecen síndromes coronarios u otras urgencias cardiovasculares. En Grozni, MSF está mejorando la unidad cardíaca del Hospital de Urgencias de la República, mediante la formación del personal y la compra de equipamiento y medicamentos para atención especializada. En 2013, MSF realizó una formación específica sobre fibrinólisis (proceso de disolución de coágulos), y mejoró los procedimientos de laboratorio y la calidad de las consultas pre y poshospitalización.



Apoyo a la salud mental

En Grozni y en municipios de los distritos montañosos, otro equipo de MSF siguió ofreciendo asesoramiento a pacientes que aún experimentan los efectos psicológicos de la exposición a la violencia y la muerte.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 153 | MSF trabajó por primera vez en la Federación rusa en 1992 | msf.org/russianfederation

SIERRA LEONA



Médicos Sin Fronteras (MSF) reorientó su trabajo para poder centrarse en la mejora de la atención pediátrica y el diagnóstico de la fiebre de Lassa.

Más de una década después de la guerra civil, Sierra Leona sigue en vías de recuperación. Las lagunas sanitarias son sistémicas y acceder a una atención de calidad es difícil. El Gobierno estableció la gratuidad de la atención a mujeres embarazadas y niños, lo que ha mejorado el acceso, pero muchas personas siguen muriendo de enfermedades tratables como la malaria, el sarampión, las infecciones respiratorias y la fiebre de Lassa (fiebre hemorrágica viral endémica en el país).

En el distrito de Bo, MSF siguió gestionando el hospital de 220 camas de Gondama, que trata urgencias pediátricas y obstétricas. En 2013, las ambulancias aseguraron las referencias desde nueve centros de salud comunitarios hasta el hospital, y una ambulancia adicional trasladó a pacientes de fiebre de Lassa al hospital de Kenema. MSF también aportó personal, medicamentos y material al centro de salud de Gondama y a una clínica pública cercana.

MSF construirá un hospital de 60 camas más cerca de la ciudad de Bo, que sea fácilmente accesible para pacientes, personal y suministros. Esta estructura, más espaciosa, permitirá mejorar los protocolos de control de infecciones y contará con una sala de aislamiento y un laboratorio modernizado.



Un pequeño paciente es examinado en el hospital de Gondama, en Bo.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 619 | MSF trabajó por primera vez en Sierra Leona en 1986 | msf.org/sierraleone

SIRIA

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

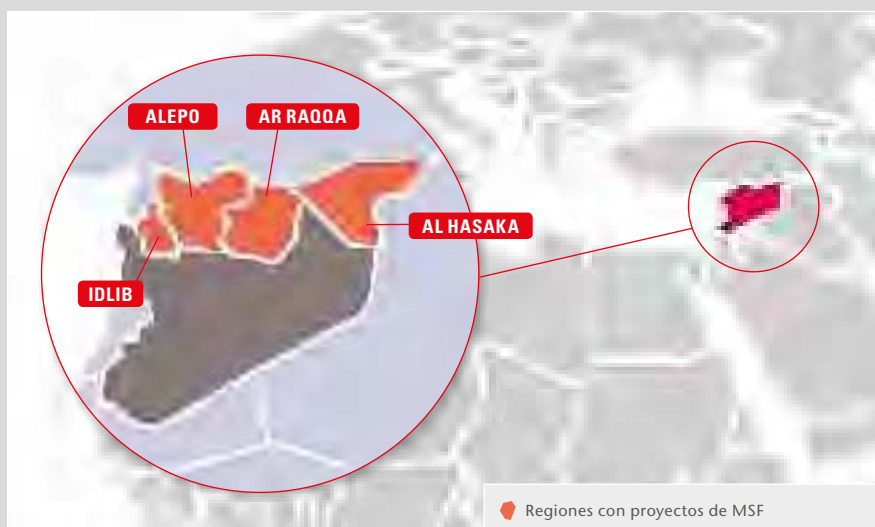
- 108.300 consultas externas
- 4.900 intervenciones quirúrgicas
- 1.800 partos asistidos
- 18.700 artículos de primera necesidad distribuidos

Con la violencia implacable como telón de fondo, en 2013 la población siria soportó carestía de alimentos, un errático suministro de agua potable y electricidad, y el colapso del sistema de salud.

El conflicto en Siria ha diezmando lo fue en tiempos un sistema de salud perfectamente funcional. Varias regiones son inaccesibles para las organizaciones humanitarias, y el conflicto ha causado de forma indirecta unas enormes necesidades médicas que son en su mayoría invisibles. En un principio, Médicos Sin Fronteras (MSF) se centró en la atención urgente y la cirugía traumática en el norte. A medida que la situación se deterioraba, las actividades se fueron ampliando: atención primaria, salud materna, salud mental y campañas de vacunación contra el sarampión. MSF también donó suministros y medicamentos para enfermedades transmisibles como el tifus, afecciones crónicas como el asma y la diabetes, y patologías cardiovasculares y renales.

En la gobernación de Idlib, MSF mantuvo operativo su quirófano para pacientes traumáticos (heridas de bala y metralla, y quemaduras), instalado en una vivienda; también proporcionó fisioterapia y cuidados posoperatorios. En febrero, tras constatar que muchas personas padecían ansiedad, se organizaron servicios de salud mental.

Más de 60.000 desplazados están asentados en el área circundante al hospital. Con el fin de mejorar sus condiciones de higiene y cobijo, MSF construyó 60 letrinas y 40 duchas, y distribuyó tiendas, mantas y lonas de plástico. El conflicto ha desbaratado la atención preventiva, por lo que, además, entre febrero y mayo, fueron vacunados cerca de 3.330 niños contra el sarampión y la poliomielitis. Estas vacunaciones se hicieron rutinarias en los campos a partir de noviembre, en colaboración con dos ONG locales, y cada mes fueron inmunizados un millar de niños. Además, 70 promotores comunitarios de salud se encargaron de la vigilancia epidemiológica y la educación para la salud. Dos clínicas ambulatorias completaron estas actividades en noviembre.



A finales de 2012, el hospital de campaña que MSF había instalado en una cueva de las montañas de Jabal Al Akrad fue trasladado a una granja. En 2013, se realizaron más de 520 cirugías y 15.550 consultas urgentes. Cuando la seguridad lo permitió, MSF también organizó clínicas móviles, donó medicamentos y equipamiento a las estructuras médicas locales, y distribuyó artículos de primera necesidad. Entre el hospital y las clínicas, se realizaron más de 30.600 consultas. En junio, MSF abrió otras dos clínicas de salud primaria.

Gobernación de Alepo

Desde 2012, MSF cuenta en esta gobernación con un hospital, que trata a niños y heridos, realiza cirugía, presta salud materna y obstétrica, y atiende a pacientes

agudos y crónicos. Desde julio cuenta también con servicios de salud mental.

Ante el evidente incremento de las necesidades, MSF abrió un segundo hospital en mayo, con servicios de cirugía traumática, atención a quemados, obstetricia y hospitalización. Entre mayo y diciembre, realizó más de 1.300 cirugías y 14.300 consultas.

En julio, MSF abrió un tercer hospital, a las afueras de Alepo ciudad, para atender a las víctimas directas e indirectas del conflicto; cuenta con urgencias, consultas externas y 12 camas de hospitalización.

Decenas de miles de desplazados viven en campos en la zona de Al Safira; en octubre MSF donó tiendas y medicamentos. Cuando



Este campo de tránsito de la gobernación de Alepo acoge a miles de desplazados.



© Robin Meldrum / MSF

En lo que solía ser una granja de pollos, MSF instaló un hospital provisional con un quirófano hinchable (una forma eficiente de garantizar un entorno estéril).

muchos de ellos huyeron al norte tras un repunte de la violencia, MSF apoyó a los voluntarios sirios que les atendían en un centro de salud en Manbij; también ayudó a organizar una campaña de vacunación y distribuyó tiendas de invierno y lonas de plástico, y colaboró en la reapertura de la pediatría del hospital de la ciudad de Al Bab.

Gobernación de Ar Raqqa

En mayo, MSF abrió una nueva clínica dentro del hospital público de Tal Abyad, y desde julio dio apoyo a la pediatría; también hizo donaciones para sostener los servicios de diálisis. Además, equipos móviles asistieron a los desplazados instalados en escuelas abandonadas: se realizaron más de 12.600 consultas externas, 27.000 niños fueron vacunados contra el sarampión, y se distribuyeron artículos de primera necesidad (como mantas y kits de higiene).

Gobernación de Al Hasaka

En julio, MSF empezó a apoyar, con personal cualificado y medicamentos, la sala de traumáticos de un hospital en Al Hasaka. La frontera con Irak reabrió en agosto y MSF instaló un puesto de salud para asistir a quienes esperaban para salir de Siria.

La frontera cerró de nuevo a finales de septiembre, cuando muchos aún esperaban a cruzar en las aldeas cercanas, aunque el flujo de llegadas fue remitiendo. Para finales de año, MSF había realizado 3.110 consultas, y en todo momento estuvo preparada para recibir grandes volúmenes de heridos.

Donaciones y apoyo remoto

Las restricciones de acceso y los problemas de seguridad son los principales obstáculos a la prestación de asistencia médico-humanitaria en Siria. Allí donde MSF no pudo enviar a sus equipos debido a la inseguridad o la denegación de acceso por parte del Gobierno, aportó medicamentos, equipamiento y asesoramiento médico. En 2013, MSF donó una media diaria de tres toneladas de materiales a una red de 40 hospitales y 60 puestos de salud en siete gobernaciones.

A finales de año, más de cuatro millones de sirios estaban desplazados dentro del país y dos millones más habían cruzado a países vecinos. MSF también proporcionó ayuda médica urgente en Líbano, Irak, Jordania y Turquía.

Un hombre llevó a su hermana a un hospital de campaña de MSF

Escuchamos explosiones. Le dije a mi hermana que buscara refugio porque se oía muy cerca. Estaba detrás de mí, a unos cinco metros. Una bomba le cayó cerca. Quedó cubierta de escombros. Grité: "¿Hermana, estás herida?". Me respondió: "¡Sí!". Corrí a su lado y vi que tenía heridas de metralla en la cara. Sangraba por el cuello. Pedimos un coche a gritos. Por suerte, había uno cerca. La llevamos al hospital y allí detuvieron la hemorragia. Ahora está estable.

Si no hubiera habido un hospital, habría muerto. Necesitamos atención médica. Mi hermana necesita médicos, atención, medicamentos. Como sabéis, aquí no tenemos nada. Necesitamos que nos ayuden con medicamentos, médicos y ambulancias para trasladar rápidamente a los pacientes. Necesitamos de todo.

SOMALIA

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 318.400 consultas externas
- 6.150 partos asistidos
- 15.600 niños tratados en centros nutricionales
- 28.600 vacunaciones rutinarias

En agosto, tras 22 años de trabajo ininterrumpido, Médicos Sin Fronteras (MSF) cerró todos sus proyectos en Somalia.

Tomar la decisión de dejar Somalia no fue fácil. Tras una serie de violentos ataques perpetrados contra el personal de MSF, con la aceptación tácita o la complicidad activa de grupos armados y autoridades civiles, quedó claro que ya no se daban las condiciones mínimas de seguridad para el trabajo médico-humanitario: a mediados de septiembre, MSF dejó de dar apoyo a las estructuras de salud somalíes y, siempre que fue posible, traspasó sus programas a entidades gubernamentales y a organizaciones humanitarias.

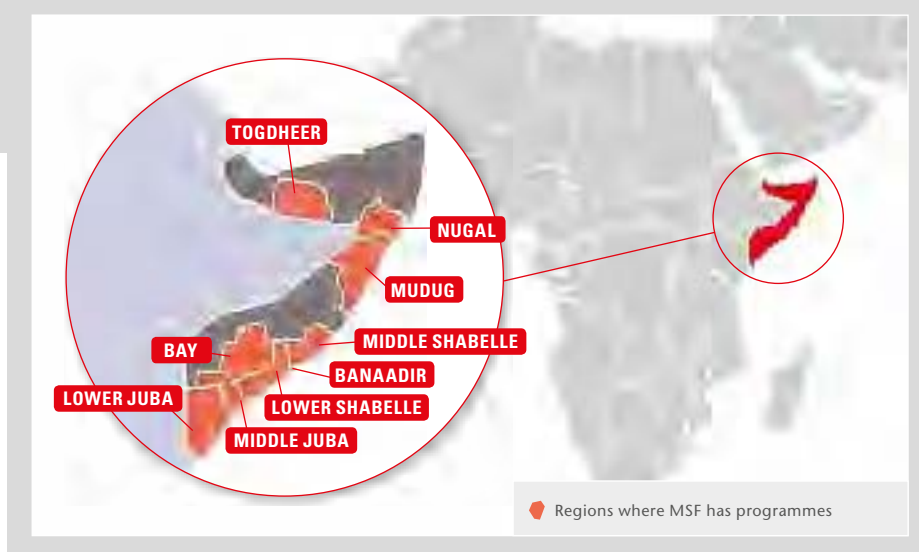
Aunque la situación humanitaria ha mejorado desde la crisis nutricional de 2011, el persistente conflicto en el sur y centro del país, junto con los desastres naturales y los recurrentes brotes epidémicos, suponen una enorme presión para el débil sistema de salud. En muchas regiones, el acceso a la atención médica es extremadamente limitado y las tasas de mortalidad en mujeres embarazadas y niños son de las más altas del mundo. Cientos de miles de somalíes siguen desplazados dentro del país o refugiados en países vecinos, en precarias condiciones y expuestos a la violencia y la extorsión.

MSF no quería irse de Somalia pero no tuvo elección. La organización sigue apoyando a los refugiados somalíes en Etiopía, Kenia y Yemen.

Mogadiscio y alrededores

En Dayniile, a 9 kilómetros al noroeste de Mogadiscio, MSF daba apoyo a un hospital de 60 camas, con urgencias, quirófano, cuidados intensivos, pediatría, centro nutricional y maternidad. En 2013, se realizaron 646 cirugías y más de 8.270 consultas.

En el hospital de 40 camas del distrito de Jaziira, que mayoritariamente se ocupaba de poblaciones desplazadas, MSF realizó 25.700 consultas y 2.200 ingresos



hospitalarios, y trató a más de 330 niños con desnutrición severa.

Con el fin de mejorar el acceso a atención médica básica y especializada de calidad, MSF gestionaba el único hospital pediátrico en Mogadiscio, en Hamar Weyne; tenía salas de aislamiento para niños con sarampión o diarrea acuosa y un centro nutricional, que trató a 3.800 niños entre enero y agosto.

MSF también gestionó clínicas para desplazados y comunidad local en los distritos de Wadajir, Dharkenley y Yaaqshiid, con más de 10.000 consultas en total: proporcionó salud materno-infantil, respuesta a brotes de enfermedades como el cólera y picos de desnutrición, vacunaciones masivas contra la poliomielitis (que ha resurgido), etc.

Todos los medicamentos y suministros de estas clínicas fueron donados a otras organizaciones en Mogadiscio y la clínica de Dharkenley ha seguido operativa.

Bay

MSF empezó a apoyar al hospital de Dinsor en 2002. Es el principal hospital de referencia de la región; cuenta con 60 camas y su labor es especialmente importante en materia de salud materna, desnutrición, tuberculosis (TB) y kala azar. En 2013, realizó 16.208 consultas externas y 1.458 controles prenatales, y trató a más de 680 niños desnutridos.

Lower Shabelle

En el corredor de Afgooye, el hospital de distrito da servicio a la población desplazada y local. Cuenta con consultas externas, 30 camas de hospitalización,



En muchas regiones, el acceso a la atención médica es muy limitado y las tasas de mortalidad en mujeres embarazadas y niños son de las más altas del mundo.



© Muhammad Daoud/MSF

Examen del estado nutricional de un niño en el distrito de Hamar Weyne (Mogadiscio).

urgencias, maternidad y un programa nutricional ambulatorio. Entre enero y septiembre, MSF realizó 11.408 consultas médicas, ingresó a 738 pacientes y practicó 953 partos. La Media Luna Roja de Qatar asumió el apoyo a este hospital cuando MSF se retiró.

Middle Shabelle

MSF proporcionaba atención ambulatoria, salud materno-infantil, vacunaciones y apoyo nutricional en la maternidad de Jowhar y los centros de salud de Kulmis, Bulo Sheik, Gololey, Balcad y Mahaday. Los centros de Mahaday y Gololey también trataron la TB. La clínica de Mahaday cerró en marzo de 2013 debido a la inseguridad, y las otras clínicas fueron traspasadas a la ONG International Medical Corps (IMC) en septiembre. MSF realizó 60.000 consultas, asistió 1.040 partos y vacunó a 8.447 niños y mujeres.

Mudug

MSF trabajaba en dos hospitales de referencia en la ciudad dividida de Galkayo. En el hospital del norte, MSF ofreció atención pediátrica ambulatoria y hospitalaria, maternidad, programas nutricionales y tratamiento de la TB. Estos equipos realizaron 33.824 consultas en 2013. Además, MSF gestionaba un programa de tratamiento de la TB en Burtinle (región de Nugal).

En el hospital del sur, MSF prestaba atención quirúrgica y pediátrica, y servicios de maternidad, nutrición, tratamiento de la TB e inmunización. A través de dos clínicas móviles, ofrecía atención primaria en la región de Galmudug. Unas 44.071 personas fueron atendidas entre el hospital y las clínicas de enero a septiembre. La gestión del hospital fue traspasada a la ONG Mudug Development Organisation, que ahora trabaja con dos organizaciones médicas internacionales para seguir prestando servicios vitales.

Middle Juba

El hospital de MSF en la pequeña ciudad rural de Marere servía de centro de referencia para las regiones de Middle y Lower Juba y Gedo, prestando atención primaria y especializada, tratamiento de la TB, servicios nutricionales y obstetricia de urgencia. Equipos móviles cubrieron las ciudades de Ketoy y Osman Moto, aportando atención básica a niños menores de 12 años y asistencia nutricional a menores de 5. Además, una pequeña clínica fija en Jilib trataba la desnutrición, el sarampión y el cólera. Este programa realizó más de 68.000 intervenciones médicas entre enero y agosto.

Lower Juba

Desde la crisis nutricional de 2011, MSF contaba en la ciudad portuaria de Kismayo

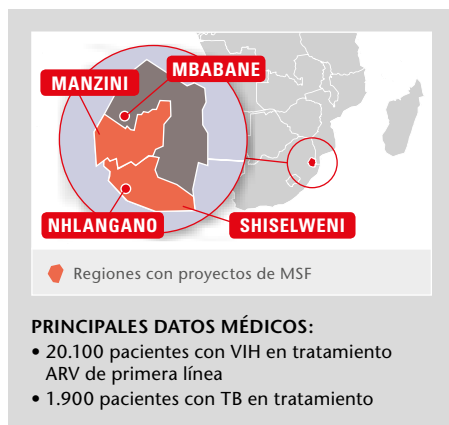
con un programa nutricional hospitalario para niños menores de 5 años, con salas especiales para los que padecían sarampión y cólera. Entre enero y septiembre de 2013, fueron tratados 5.183 niños. Tras la retirada de MSF, el Comité Internacional de la Cruz Roja abrió en octubre una estructura similar en el hospital de Kismayo.

Somaliland

MSF apoyaba desde 2011 los servicios de cirugía, hospitalización y maternidad del hospital de 160 camas de Burao (región de Togdheer). MSF practicó 775 cirugías, hospitalizó a 1.602 personas y asistió 720 partos.

MSF también intervino en tres cárceles de Somaliland, con consultas médicas, mejora de los servicios de agua y saneamiento y distribución de artículos de primera necesidad.

SUAZILANDIA



La descentralización de los servicios médicos está consiguiendo que las personas con VIH, tuberculosis (TB) y TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) tengan la atención médica que necesitan.

Las tasas de coinfección de VIH y TB son elevadas en Suazilandia, y la incidencia de las cepas resistentes (TB-DR) va en aumento. En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF), en colaboración con el Ministerio de Salud, impulsó la integración de los servicios de VIH y TB en las clínicas de atención primaria y en la comunidad. Además, trabajó desde la incidencia política para fomentar la introducción de regímenes de tratamiento de la TB-DR más cortos y tolerables y de la atención ambulatoria a pacientes con estas cepas.

En Matsapha, una ciudad industrial de la región de Manzini que atrae a muchos temporeros, MSF prestó atención integral para la TB y el VIH en un mismo punto asistencial, con asesoramiento y análisis del VIH, diagnóstico y tratamiento de la TB, servicios de salud sexual y reproductiva (incluyendo controles pre y posnatales), atención médica y psicosocial a las víctimas de la violencia, tratamiento de enfermedades comunes y vacunación infantil.

En Mankayane, MSF trabajó en estrecha colaboración con el Departamento de VIH y TB del Ministerio para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes



El tratamiento para la TB-DR implica 20 píldoras y una inyección todos los días; esta última es tan dolorosa que impide sentarse e incluso tumbarse.

coinfectados. El tratamiento del VIH, la TB y la TB-DR ya se proporciona de forma integrada.

MSF siguió mejorando el control de infecciones en el hospital de Mankayane y en las clínicas comunitarias, y también aseguró los servicios de salud mental. Además, colaboró con el Laboratorio Nacional de Referencia para la TB, con formación de su personal y apoyo en los cultivos y en el análisis de sensibilidad a los medicamentos.

VIH y TB en Shiselweni

En tiempos, Shiselweni era la región más desfavorecida en materia de atención al VIH y la TB, pero desde hace cinco años los servicios ofrecidos han ido mejorando y ahora ya existen múltiples puntos de atención a pacientes de estas enfermedades. MSF proporcionó tratamiento y apoyo psicológico en 22 clínicas y tres estructuras especializadas. También trabajó en el control de infecciones y la mejora de la adherencia al tratamiento.

En 2013, MSF hizo especial énfasis en la mejora del acceso al diagnóstico y tratamiento de la TB-DR, para lo cual resultaba crucial ubicar laboratorios en los mismos puntos donde se dispensaba

la atención médica: se desplegó por toda la región la tecnología de diagnóstico rápido GeneXpert y 20 clínicas de atención primaria cuentan ya con sus propios minilaboratorios. Además, los pacientes en la fase intensiva del tratamiento que no pueden desplazarse hasta las estructuras de salud para recibir sus inyecciones diarias son visitados a domicilio por personal de Apoyo Comunitario al Tratamiento (CTS); en la actualidad se está evaluando la eficacia de este nuevo enfoque.

Además, MSF adoptó otro enfoque preventivo contra el VIH: diagnóstico y tratamiento precoces. El objetivo es proporcionar antirretrovirales a todas las personas VIH-positivas, independientemente de su carga viral, con el fin de reducir el riesgo de transmisión del virus. La primera fase comenzó en enero: se pondrá en tratamiento a todas las mujeres con VIH y se les realizará la prueba de la carga viral de forma rutinaria.

Asimismo, en agosto, también se desarrolló una campaña de pruebas del VIH puerta a puerta: 6.452 personas fueron analizadas.

SUDÁFRICA



Con más de seis millones de personas VIH-positivas, Sudáfrica sigue siendo el principal núcleo de la epidemia de sida en el mundo.

Durante la última década, los modelos innovadores de atención al VIH han conseguido ampliar la cobertura antirretroviral (ARV), y la Sanidad pública se encarga ya del 90% de la cohorte de pacientes en tratamiento. En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió estimulando el empoderamiento de los pacientes, y apoyándoles con enfoques de tratamiento más flexibles y cercanos a sus casas.

Khayelitsha

En 1999, Khayelitsha, un depauperado suburbio de Ciudad del Cabo, fue el primer lugar de Sudáfrica en el que se implantó un programa de ARV de primera línea. Con el tiempo, se introdujeron innovaciones como los clubes de adherencia (2011). Las citas médicas individuales en el centro de salud son muy costosas tanto para los pacientes —hay largas colas para recoger la medicación— como para los profesionales sanitarios, muy escasos y por tanto sobrecargados. Como alternativa, MSF creó los clubes, que se reúnen cada dos meses para que los pacientes tengan control médico, recojan su medicación y puedan compartir sus experiencias. El modelo se popularizó con rapidez, y entre enero de 2011 y septiembre de 2013, se crearon 231 clubes en 10 estructuras de salud, con 7.733 pacientes registrados.



Agentes comunitarios de salud realizan las pruebas del VIH casa por casa.

Según un estudio de MSF, el 97% de los pacientes de los clubes se adhirieron al tratamiento, frente al 85% de quienes prefirieron seguir recogiendo los ARV y los resultados en las clínicas. Además, los pacientes de los clubes tenían 67% menos de probabilidades de sufrir fracaso terapéutico.

En septiembre, los clubes se traspasaron a las autoridades locales. En estos momentos, están siendo ampliados gracias a una financiación de 15 millones de dólares (11,5 millones de euros) del Fondo Mundial para la lucha contra el sida, y se explora la opción de clubes que cubran a comunidades enteras.

KwaZulu-Natal

KwaZulu-Natal registra la incidencia de tuberculosis (TB) más alta del país, y la TB sigue siendo la primera causa de muerte entre las personas con VIH. También es el epicentro de la epidemia de VIH, con uno de cada cuatro adultos infectados. El proyecto *Bending the curves* (*Cambiar la tendencia*), lanzado por MSF en 2013 en línea con el Plan Estratégico Nacional, intenta responder a la elevada tasa de coinfección de VIH y TB mediante varias estrategias: rápida expansión de los programas comunitarios de diagnóstico, mayor continuidad en el tratamiento del VIH y la TB, diagnóstico y tratamiento más rápidos

de la TB, y promoción más activa de los métodos preventivos (incluida la circuncisión masculina voluntaria y el tratamiento precoz del VIH).

MSF ha establecido puntos itinerantes de atención en las comunidades, donde uno puede hacerse la prueba rápida del VIH y recibir la medicación. En 2013, inició un programa móvil de análisis y promoción de la salud para las poblaciones flotantes de las explotaciones agrícolas de Eshowe y Mbongolwane. También hizo hincapié en la medición de la carga viral (para vigilar la eficacia de la terapia), el traspaso de la gestión de los tratamientos al personal de enfermería, y los clubes de adherencia.

Mejoras en el acceso a los genéricos

MSF colabora con la campaña *Fix the Patent Laws* (*Leyes de patentes fijas*), cuyo objetivo es blindar estas disposiciones para que solo los fármacos realmente innovadores sean patentados en Sudáfrica; de esta forma, se protegería la producción o importación de genéricos, haciéndolos más asequibles.

MSF trabajó por primera vez en Sudáfrica en 1999 | msf.org/southafrica

SUDÁN



En Sudán, Médicos Sin Fronteras (MSF) proporciona asistencia médica en regiones remotas con pobre acceso a la atención sanitaria, así como a poblaciones afectadas por el conflicto, los brotes epidémicos y los desastres naturales.

En julio, MSF empezó a apoyar al centro de salud del campo de desplazados de El Serif, cerca de Nyala, en el sur de Darfur.

En Darfur Norte, MSF siguió trabajando en Tawila, aunque, debido a la inseguridad, se limitó a prestar atención médica básica dentro de la ciudad y a garantizar las referencias a los hospitales en El Fashir. Asimismo, dio respaldo a dos centros de salud y dos dispensarios, y ofreció consultas posnatales a domicilio. En Kaguro, el acceso del personal internacional estaba restringido, por lo que las actividades estaban a cargo del personal local (incluyendo las campañas de vacunación), bajo un modelo de control remoto. En El Sireaf, MSF intervino tras los enfrentamientos tribales que desplazaron a 65.000 personas: dos clínicas móviles proporcionaron consultas externas, nutrición terapéutica y salud reproductiva, y aseguraron las referencias al hospital de El Sireaf (apoyado por MSF). En julio, dos clínicas móviles empezaron a trabajar en dos campos de desplazados en El Serif.

Además, con el fin de mejorar el acceso de la población a la atención médica urgente, MSF creó un equipo de Respuesta a Emergencias



En el estado de Al Gedaref (este), un médico de MSF explica a un grupo de escolares por qué deben vacunarse contra el sarampión.

en Darfur Norte (NDER), en colaboración con el Ministerio de Salud.

Tuberculosis en Jebel Awlia

En febrero, MSF empezó a diagnosticar y tratar la tuberculosis (TB) en cinco centros de salud de Jebel Awlia, un enorme barrio marginal de las afueras de Jartum cuyas condiciones de hacinamiento son el caldo de cultivo idóneo para la enfermedad. El equipo formó al personal del Ministerio de Salud y trabajó con grupos de pacientes para desarrollar sistemas de asesoría que les ayuden a adherirse al tratamiento.

Salud reproductiva en Tabarak Allah (Al Gedaref)

MSF empezó a prestar apoyo a las actividades de salud reproductiva del Ministerio en julio, con el fin de reducir la mortalidad neonatal y materna y asegurar la referencia adecuada de las pacientes que necesiten cirugía reconstructiva o de reparación de fístula obstétrica. Además de ofrecer obstetricia de urgencia y servicios de seguimiento (controles posnatales, apoyo a la planificación familiar, etc), también renovó y equipó la maternidad y el quirófano del hospital de Quresha. Los niños también eran referidos para vacunaciones.

Campañas de vacunación

En enero, MSF asistió a las autoridades de salud en la prevención de una epidemia de

fiebre amarilla: más de 750.000 adultos y niños fueron vacunados en un periodo de nueve meses en cuatro localidades de Darfur Central; además, tanto en Darfur Central como en Darfur Oeste, fueron tratadas otras 256 personas. Por otra parte, entre marzo y mayo, los equipos de emergencia de MSF realizaron una campaña de vacunación contra el sarampión, que benefició a 306.400 personas en cinco emplazamientos de Al Gedaref.

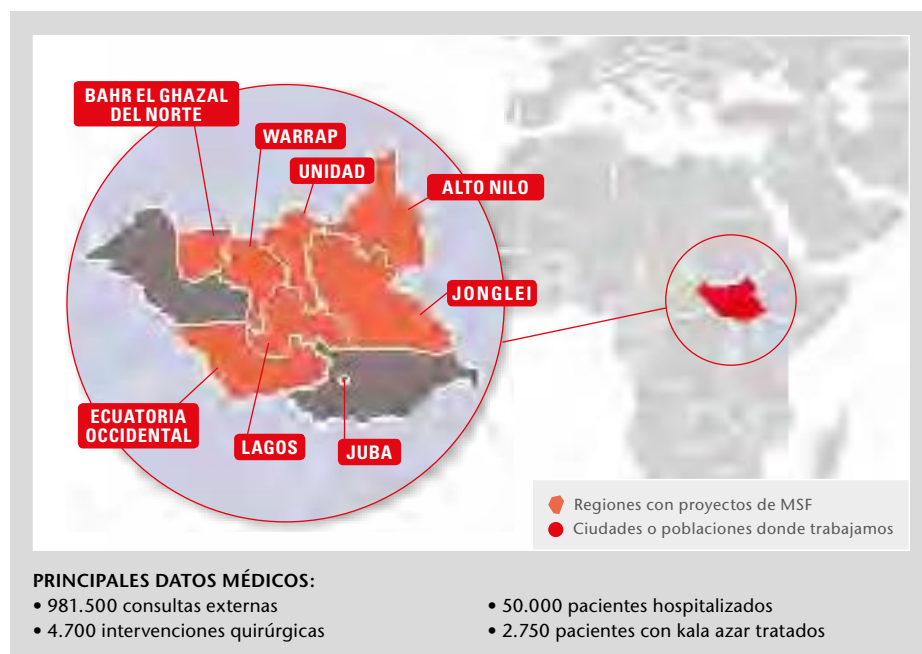
Respuesta a las inundaciones

Las lluvias torrenciales de agosto causaron inundaciones que afectaron a 150.000 personas. El estado de Jartum resultó particularmente dañado, y MSF intervino para proporcionar 228.600 litros de agua potable. También realizó 654 consultas en clínicas móviles en la localidad de Sharag Alniel. La mayoría de los pacientes padecían infecciones respiratorias, gastritis o diarrea.

Kala azar

MSF mantuvo sus proyectos de kala azar en Tabarak Allah (Al Gedaref): trató a 470 personas en 2013. En cuanto al programa de atención médica básica de Shangil Tobaya, fue traspasado al Ministerio de Salud.

SUDÁN DEL SUR



A medida que avanzaba el año, la escalada de violencia en Sudán del Sur fue agravando la necesidad de asistencia médica urgente.

Durante los enfrentamientos entre el Gobierno y las milicias en el estado de Jonglei en abril, el personal y los pacientes del hospital de Pibor fueron objeto de amenazas e intimidaciones, y Médicos Sin Fronteras (MSF) se vio obligada a suspender sus actividades. En mayo, el hospital fue saqueado y resultó gravemente dañado, y los enfrentamientos obligaron a la población a huir al bosque o esconderse en pantanos infestados de mosquitos transmisores de la malaria, sin acceso a agua potable o a comida. Como el hospital de MSF era el único del condado, 100.000 personas se quedaron sin atención médica. Miles de personas emergieron unos 40 kilómetros más lejos, para acudir a la pequeña clínica de MSF en la aldea de Gumuruk; allí se realizaron 100 consultas diarias, para pacientes con neumonía, enfermedades respiratorias, malaria, diarrea y desnutrición, y 49 personas fueron operadas en la nueva unidad quirúrgica. Para responder a las necesidades de los desplazados, MSF abrió una segunda clínica en Dorein (al sur de Pibor) y organizó clínicas móviles en los bosques circundantes mediante un helicóptero. En total, MSF prestó 26.500 consultas en todo el condado a lo largo de seis meses, además de controles prenatales y sesiones individuales y en grupo de salud mental.

El 15 de diciembre, estallaron enfrentamientos en Juba entre diferentes facciones, y la violencia se propagó por las calles. Unas 40.000 personas se refugiaron en dos bases de Naciones Unidas; MSF estableció varias clínicas, que pasaron más de 1.890 consultas. Una de las principales patologías era la diarrea, resultado directo de la pobre calidad del agua y el saneamiento. MSF también donó suministros médicos al Hospital Universitario.

Los enfrentamientos se propagaron rápidamente por varios estados, causando más desplazamientos: 70.000 personas, sobre

todo mujeres y niños, huyeron de Bor (capital de Jonglei) rumbo a Awerial, en el estado de Lagos.

Asistencia a los refugiados

MSF prestó atención primaria y especializada, gestionó centros nutricionales y respaldó el suministro de agua y saneamiento para 70.000 refugiados sudaneses en el campo de Yida (Unidad), y para otros 110.000 en los cuatro campos del condado de Maban (Alto Nilo). Además, en estos campos y sus alrededores, MSF vacunó a 132.500 personas contra el cólera, en cooperación con el Ministerio de Salud.

En Pamat (Bahr El Ghazal del Norte), MSF empezó a proporcionar en febrero atención primaria y especializada a los refugiados sudaneses procedentes de Kordofán del Sur. En octubre, otro equipo prestó asistencia médica y nutricional a 5.000 refugiados en Fashoda (Alto Nilo), así como servicios de cirugía y cuidados posoperatorios en el hospital de Malakal.

Atención primaria y especializada

MSF siguió prestando una amplia gama de servicios en clínicas y hospitales en todo el país: cirugía, atención materno-infantil, vacunaciones, obstetricia de urgencia, y tratamiento de la desnutrición, el kala azar, el VIH y la tuberculosis (TB). También respondió a brotes de enfermedades.

En Jonglei, realizó más de 71.000 consultas externas en el hospital de Lankien y mediante una clínica móvil en Yuai. Más al sur, en Bor,



En la ciudad de Gogrial (Warrap), MSF gestiona un pequeño hospital que proporciona una amplia gama de servicios médicos.

MSF prestó atención urgente a 177 pacientes en el hospital del Ministerio de Salud durante el pico de violencia de julio y agosto.

El hospital de Nasir (Alto Nilo) proporcionó servicios básicos y especializados, incluyendo atención al VIH y la TB, y atendió a los pacientes de condados vecinos y de las zonas fronterizas de Etiopía.

En Bentiu (Unidad), MSF traspasó su programa nutricional al Ministerio de Salud en febrero, y abrió un proyecto de TB y VIH. En Leer, en el mismo estado, MSF también ofreció atención primaria y especializada. Se realizaron más de 68.000 consultas externas, de las cuales 13.394 por malaria. MSF también practicó 336 cirugías.

MSF siguió gestionando el único hospital del área de Agok (a 40 kilómetros de la ciudad de Abyei), que atiende a población local, desplazados y comunidades nómadas: los servicios son integrales, e incluyen atención

al VIH y la TB. MSF construyó una nueva maternidad en septiembre para responder al gran volumen de bebés prematuros y de bajo peso que nacen en esta zona. Además, organizó clínicas móviles a las zonas remotas, para asegurar atención primaria y materna, y referencias.

En Aweil (Bahr El Ghazal del Norte), en el Hospital Civil, MSF atendió a niños de hasta 15 años las 24 horas del día: en 2013 fueron admitidos 4.600. Este centro cuenta con servicios de cuidados intensivos, cirugía, quemados, neonatología, tratamiento del tétanos y unidad de aislamiento, además de una maternidad en la que se atendieron 6.100 partos.

En noviembre y diciembre, MSF practicó operaciones de fístula obstétrica a 55 mujeres. La fístula, una lesión derivada de complicaciones en el parto, causa dolor e incontinencia, lo que a su vez puede llevar a la exclusión familiar y social. MSF también

organizó clínicas móviles, y trató a un gran número de personas con malaria, infecciones respiratorias y diarrea.

En el hospital de Yambio (Ecuadoria Occidental), MSF reforzó su apoyo al programa de VIH del Ministerio de Salud, mediante el reclutamiento, formación y despliegue de personal técnico clave para dispensar atención integral a pacientes de todas las edades, incluidas las mujeres embarazadas.

Finalmente, en noviembre y diciembre, más de 41.000 niños fueron vacunados contra el sarampión en Lagos.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 2.854 | MSF trabajó por primera vez en la región que actualmente es Sudán del Sur en 1983 | msf.org/southsudan



© Yann Libessart

Esta madre acaba de vacunar a su hija en el campo de refugiados de Yida. Las enfermedades infecciosas asociadas a las pobres condiciones de higiene se exacerban cuando empieza la temporada de lluvias.

TAYIKISTÁN



● Ciudades o poblaciones donde trabajamos

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 220 pacientes con TB, entre ellos 28 con TB-MDR, en tratamiento

En 2013, MSF siguió centrada en mejorar el acceso de los niños al tratamiento para la tuberculosis (TB).

MSF lanzó su programa pediátrico de TB en 2011, orientado a mejorar la calidad de la atención a los niños con TB y sus formas resistentes (TB-DR) y multirresistentes (TB-MDR) a los medicamentos. MSF siguió apoyando al hospital pediátrico de TB en Dushanbé, con servicios integrales de diagnóstico y tratamiento para los niños y sus familiares. De hecho, MSF trabajó con el Ministerio de Salud para diagnosticar y tratar a quienes hubieran estado en contacto directo con los niños.

Siempre que fue posible, MSF proporcionó atención ambulatoria a los niños y sus familias, incluyendo apoyo nutricional y psicosocial para ayudarles a adherirse al difícil tratamiento. Las actividades de MSF ayudan a los niños en su desarrollo, y al mismo tiempo intentan reducir el estigma que rodea a la enfermedad.

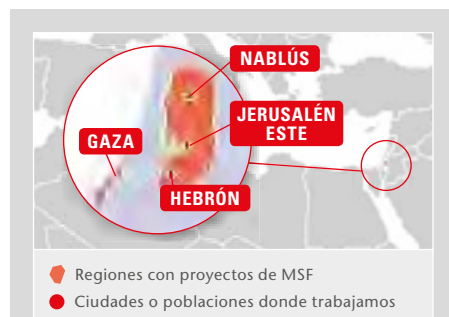
En la actualidad, las herramientas de diagnóstico y tratamiento no están adaptadas a los niños. MSF espera encontrar formas de mejorar el diagnóstico de la TB-DR y la TB-MDR y conseguir formulaciones pediátricas de los medicamentos, como por ejemplo jarabes.

Kala azar

Tras un brote de kala azar, MSF formó a 200 trabajadores del Ministerio de Salud e introdujo la prueba rápida. El kala azar es una enfermedad parasitaria que casi siempre es mortal si no se trata, y los servicios especializados y el conocimiento requerido para obtener un diagnóstico fiable a menudo no están disponibles en zonas de alta prevalencia. A petición del Ministerio, MSF elaboró unas guías de tratamiento para el Programa Nacional de lucha contra el kala azar.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 64 | MSF trabajó por primera vez en Tayikistán en 1997 | msf.org/tajikistan

TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS



● Regiones con proyectos de MSF

● Ciudades o poblaciones donde trabajamos

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 160 intervenciones quirúrgicas
- 7.200 sesiones de salud mental, individuales y en grupo

La violencia implacable que asuela Gaza y Cisjordania sigue teniendo consecuencias médicas, psicológicas y sociales para los palestinos.

El conflicto israelo-palestino y la violencia intrapalestina han incrementado la necesidad de atención médica y psicológica, al tiempo que han reducido la disponibilidad de servicios médicos, medicamentos y equipamiento. Los programas de Médicos Sin Fronteras (MSF) aspiran a responder a las necesidades no cubiertas por el sistema de salud palestino.

En 2013, en Gaza, MSF se centró en la cirugía plástica y reconstructiva (con especial atención a la cirugía de la mano) para pacientes con quemaduras graves, traumatismos y otras lesiones que generan discapacidad. Los cirujanos, anestelistas y enfermeros de quirófano de MSF trabajaron en colaboración con el personal de los dos principales hospitales públicos. La mayoría de pacientes eran niños con quemaduras sufridas en accidentes domésticos: los frecuentes cortes de luz obligan a la gente a buscar medios alternativos para cocinar y calentar sus casas. MSF también gestionó

una clínica de cuidados posoperatorios, fisioterapia y curas, para ayudar a los pacientes en su recuperación.

MSF también empezó a apoyar al Ministerio de Salud con formación sobre cuidados intensivos para personal médico y paramédico. En el Hospital Nasser, por ejemplo, proporcionó formación clínica a pie de cama, tutorías y apoyo técnico.

Salud mental

La exposición al conflicto tiene un devastador impacto en la salud mental. En Nablús, Hebrón y Jerusalén Este (Cisjordania), MSF prestó apoyo psicosocial a las víctimas directas e indirectas de la violencia. Casi la mitad de los pacientes eran menores de 18 años, y la mayoría padecían ansiedad. También eran frecuentes las depresiones, los problemas de comportamiento y los trastornos de estrés postraumático.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 94 | MSF trabajó por primera vez en los Territorios en 1989 | msf.org/palestine

TURQUÍA



Más de medio millón de refugiados sirios vivían en Turquía a finales de 2013.

Las pobres condiciones de vida y la falta de acceso a atención médica que soportan muchos de los refugiados acogidos por Turquía, mayoritariamente sirios, siguen siendo muy preocupantes. En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) lanzó varias intervenciones para prestarles asistencia urgente.

Muchos sirios se han asentado en la provincia fronteriza de Kilis (sur). MSF colaboró con la rama turca de la organización Agrupación de Ciudadanos de Helsinki (hCa, *Helsinki Citizen's Assembly*) en la gestión de una clínica que les presta atención médica de calidad; también proporcionó atención psicológica, para ayudar a los refugiados a afrontar su nueva situación, independientemente de si viven dentro o fuera de los campos. Quienes no están registrados viven fuera, por lo que son prioritarios para MSF ya que pueden

carecer de acceso a los servicios médicos y las distribuciones de ayuda.

Por otra parte, una evaluación de MSF reveló que el colectivo de migrantes carecía de acceso a la atención sanitaria y sufría privaciones económicas y pobres condiciones de vida. Al constatar que otras organizaciones no respondían adecuadamente, MSF volvió a colaborar con hCa en un proyecto psicosocial para migrantes de orígenes diversos en la provincia de Estambul. Personal turco (psicólogos, promotores de salud y traductores) apoyó las actividades de referencia en 10 municipios. El proyecto cerró a finales de año, al decidir MSF centrarse en la asistencia a los refugiados.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 29 | MSF trabajó por primera vez en Turquía en 1999 | msf.org/turkey

UCRANIA



La doble epidemia de TB resistente a los medicamentos (TB-DR) y VIH en el sistema penitenciario es un problema de salud pública urgente.

La superpoblación de las prisiones, sumada a la insuficiente atención médica que reciben los reclusos, exacerba la propagación de la TB-DR. Además, el diagnóstico y el

tratamiento de la enfermedad apenas están disponibles.

En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a proporcionar tratamiento para la TB-DR a la población penitenciaria de Donetsk (oeste), así como a quienes ya han cumplido condena. MSF ofrece Tratamiento de Observación Directa (DOTS, recomendado por la Organización Mundial de la Salud) en el hospital de TB de una cárcel y en tres centros para detenidos a la espera de juicio. Los pacientes coinfectados con VIH reciben además terapia antirretroviral. Una vez los reclusos salen de prisión, MSF asume el tratamiento de la TB-DR hasta que lo concluyen.

Este dura hasta dos años y tiene muchos efectos secundarios, algunos graves (vómitos, náuseas, depresión y pérdida de oído). El asesoramiento es esencial, ya que ayuda a los pacientes a asumir su condición y adherirse a la terapia. A menudo, estos reclusos proceden de entornos marginales y familias rotas. Algunos sufren trastornos psicológicos, y muchos son usuarios de drogas y alcohol.

MSF también gestionó laboratorios para el diagnóstico rápido de la TB y para el diagnóstico de los efectos secundarios del tratamiento, y garantizó el suministro ininterrumpido de fármacos de calidad. Además, trabajó desde la incidencia política para animar al sistema penitenciario y al Ministerio de Salud a integrar los servicios de TB y VIH, y a crear estructuras especializadas en las prisiones que aseguren una atención multidisciplinaria a estos pacientes.



Nº de trabajadores a finales de 2013: 62 | MSF trabajó por primera vez en Ucrania en 1999 | msf.org/ukraine

UGANDA



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 52.900 consultas externas
- 6.500 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea
- 570 pacientes con TB en tratamiento

Tras varios años de retroceso, la tasa de infección por VIH ha vuelto a aumentar en Uganda. Este país también ha tenido que acoger a muchos refugiados procedentes de República Democrática del Congo (RDC) y Sudán del Sur.

Años de avances en la lucha contra el VIH habían llevado el diagnóstico y el tratamiento a cada vez más personas. Pero en 2010 se produjo un cambio de tendencia, y la tasa de nuevas infecciones volvió a aumentar. En varias regiones es complicado acceder a las pruebas del VIH y a los preservativos. Y mientras tanto, se estima que un tercio de las mujeres y la mitad de los hombres con VIH no conocen su condición. A menudo tampoco está disponible la atención especializada, en especial los tratamientos para la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH), para la coinfección con tuberculosis (TB) y para la desnutrición severa.

En la región de West Nile, el 5% de los adultos de entre 15 y 49 años tienen VIH: casi el doble que en 2005. En esta zona, Médicos Sin Fronteras (MSF) ayuda a mejorar la atención y reducir la mortalidad asociada al VIH.

Durante años, MSF ha tratado con pacientes de VIH y TB en el hospital regional de referencia de Arua, que atiende tanto a la población del distrito como a un importante número de congoleños. Las actividades incluyen PTMH y atención integrada a pacientes coinfectados con VIH y TB.

Tras 12 años en Arua, en 2013 MSF empezó a traspasar sus actividades a las autoridades locales y al proyecto SUSTAIN (financiado por la agencia estadounidense de ayuda internacional USAID). MSF ha constatado que las capacidades locales han mejorado, y ha decidido reorientar su trabajo en el país; por tanto, este proyecto cerrará en 2014.

Atención a los refugiados

Debido al conflicto en Kivu Norte (RDC), unos 50.000 refugiados cruzaron al oeste de Uganda entre mayo y julio. Cerca de 22.000 llegaron al campo de tránsito de Bubukwanga (cerca de Bundibugyo), cuya capacidad era de 12.500 personas: carecía por tanto de suficientes letrinas y agua potable para atender a un número de personas tan grande. MSF empezó a prestar atención médica en julio. Los pacientes padecían sobre todo infecciones respiratorias, malaria y diarrea. MSF también construyó letrinas y suministró agua mediante camiones cisterna. Para aliviar la presión, algunos refugiados fueron trasladados al campo de Kyangwali, y MSF también trabajó allí, atendiendo a 33.000 personas entre septiembre y finales de noviembre (con 25.000 consultas y 1.500 hospitalizaciones).

Nº de trabajadores a finales de 2013: 358 | MSF trabajó por primera vez en Uganda en 1986 | msf.org/uganda



Los pacientes del centro de salud del campo de tránsito de Bubukwanga reciben la visita de familiares y amigos.

UZBEKISTÁN

En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) inició un proyecto piloto para acortar la duración del tratamiento de la tuberculosis multirresistente a los medicamentos (TB-MDR).

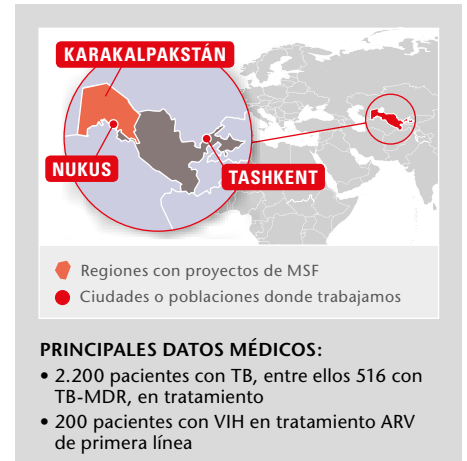
Uzbekistán es uno de los muchos países de Asia Central con alta prevalencia de TB resistente (TB-DR), una cepa que no responde al régimen estándar de medicamentos de primera línea. El acceso a un correcto diagnóstico y a la adecuada atención médica aún es limitado, y la gran mayoría de afectados siguen sin diagnosticar ni tratar.

Desde 1997, MSF gestiona un programa de TB en colaboración con el Ministerio de Salud en la República Autónoma de Karakalpakstán. En 2013, se registraron 1.212 nuevos pacientes para recibir tratamiento de primera línea para la TB y 677 para la TB-DR. Muchos de ellos recibieron tratamiento ambulatorio, lo que les permitió quedarse en casa con sus familias y sus redes de apoyo social, y

evitar así el estrés adicional que supone el ingreso hospitalario; dos de cada tres pacientes de TB-DR optaron por este modelo de asistencia. Por otra parte, en septiembre, 16 pacientes de TB-MDR aceptaron participar en un programa piloto que probará un curso de tratamiento más corto: nueve meses en lugar de los dos años habituales.

Además, el proyecto de TB-DR se amplió a los distritos de Chimbay, Shumanay y Kanlikul. Las actividades en los distritos de Khodjeily, Takhiatash y en la región de Nukus fueron traspasadas a las autoridades de salud.

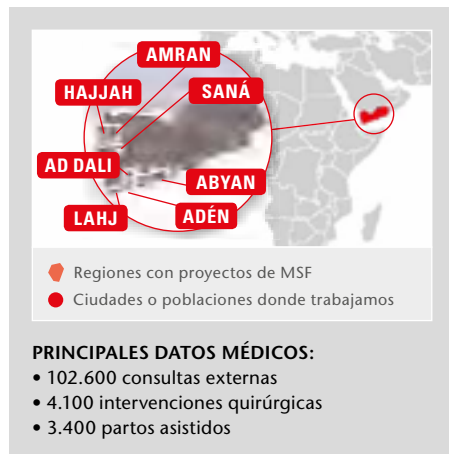
En Tashkent, la capital uzbeca, MSF siguió trabajando en el Centro de Sida de la República, e inició actividades en



el Centro Municipal en septiembre. Con el fin de dar un apoyo adicional a las personas con VIH, también desarrolló actividades psicosociales, como sesiones de asesoramiento.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 184 | MSF trabajó por primera vez en Uzbekistán en 1997 | msf.org/uzbekistan

YEMEN



En 2013, la población de varias regiones de Yemen experimentó un importante deterioro de sus condiciones de vida. A finales de año, la inseguridad también tuvo un impacto negativo en la disponibilidad de la atención médica.



Una psicóloga de MSF conversa con un grupo de migrantes en el centro de detención de Saná.

La inseguridad afectó a los programas apoyados por Médicos Sin Fronteras (MSF), dificultando aún más el acceso de la población a la atención médica. En Amran, MSF tuvo que suspender sus actividades en dos ocasiones, y una vez en Adén.

MSF refirió a más de 150 pacientes yemeníes a su programa de cirugía especializada en Ammán (Jordania), que ofrece cirugía plástica, reconstructiva, maxilofacial y ortopédica (más información sobre este proyecto en la página 53).

Ad Dali

MSF siguió trabajando en esta gobernación, aunque a finales de año los problemas de seguridad obstaculizaron gravemente su trabajo. En esta zona, la carestía de alimentos y la debilidad de la salud materno-infantil son muy preocupantes.

MSF asistió a comunidades rurales y urbanas, en especial a víctimas de la violencia y pacientes traumáticos. En el Hospital General Al Naser (en Ad Dali ciudad), MSF trabajó en urgencias y cirugía. Además, prestó atención primaria y cirugía vital en los distritos de Al Azaraq y Qatabá. En total, pasó más de 41.700 consultas.

Adén y el sur

MSF atendió a las víctimas de la violencia con una unidad de cirugía de urgencia: practicó más de 2.500 intervenciones y atendió a 860 pacientes en posoperatorio y fisioterapia, tanto en Adén como en las vecinas gobernaciones de Lahj, Abyan, Shabwah y Ad Dali. Además, visitó la cárcel central de Adén con una clínica móvil semanal, que atendió a 80 pacientes al mes.

MSF también apoyó, con personal y suministros, a los hospitales de Lawdar y

Jaar (Abyan), y organizó formaciones para el personal de urgencias y de esterilización de estas estructuras.

Gobernación de Amran

La atención médica se reduce a medida que se adentra uno en zona rural, y es inexistente en las comunidades de los valles. En el hospital de Al Salam, en Khamir, MSF trabajó en los servicios de urgencias, cirugía, maternidad, pediatría, hospitalización y cuidados intensivos, y colaboró con el Ministerio de Salud en la mejora de los servicios médicos; también prestó apoyo al banco de sangre y al laboratorio. Hacia finales de año, se produjo un pico de violencia, y el volumen de pacientes quirúrgicos aumentó significativamente. En total, en este hospital, MSF practicó 1.940 cirugías y 21.980 consultas urgentes, y 4.080 pacientes fueron ingresados.

Durante seis meses, MSF no pudo trabajar en el centro de salud de Huth debido a la inseguridad; en marzo de 2013, por fin pudo reanudar sus actividades: atención urgente y materna y servicios de hospitalización. En septiembre, esta estructura fue reconvertida en un centro de urgencias, estabilización y referencias para grandes flujos de heridos.

MSF también organizó clínicas móviles a las aldeas más remotas de los valles de Osman y Akhrif: realizaron 5.350 consultas y trataron a 427 pacientes con malaria.

VIH y migrantes

En 2013, MSF lanzó un proyecto para pacientes de VIH en Saná y un programa de salud mental para migrantes en detención (este último, en abril).

Traspaso de programas

En febrero, MSF traspasó al Ministerio de Salud sus actividades en el hospital de Radfan (Lahj), mientras que el programa de atención sanitaria en Haradh (Hajjah) terminó en agosto.

Mohamed

Hospital de MSF en Adén

Mi sobrino fue alcanzado por un disparo en Shabwah. No había hospital, nada en la zona. Este era el único sitio al que podíamos traerle. Estoy muy agradecido a MSF por la atención incondicional que nos presta a todos en este hospital.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 459 | MSF trabajó por primera vez en Yemen en 1994 | msf.org/yemen

ZAMBIA



En septiembre, concluyó el proyecto que durante tres años ha estado mejorando los servicios de salud reproductiva en el distrito de Luwingu.

Luwingu, una zona rural remota, carecía de servicios de salud cuando Médicos Sin Fronteras (MSF) abrió su programa en 2010. Ser atendido por un médico requería largos desplazamientos, por lo que la mortalidad materna era muy elevada. Por otra parte, aunque la tasa de VIH en las embarazadas era baja, conseguir tratamiento antirretroviral también les resultaba difícil debido a la falta de recursos en el hospital del distrito.

En estrecha colaboración con las autoridades de salud, MSF organizó servicios integrales de atención a la salud sexual y reproductiva en el hospital y en varios centros de salud rurales: asistencia en partos, controles pre y posnatales, tratamiento para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH) y planificación familiar. MSF también gestionó las referencias desde los centros de salud rurales al hospital, tanto para urgencias obstétricas como para las mujeres con necesidad de cirugía reparadora de la fístula obstétrica (56 en 2013).

Asimismo, MSF mejoró las estructuras de salud, formó al personal local y donó medicamentos, equipamiento médico y una

ambulancia. También tuvo operativa una *zambulancia*, una bicicleta con remolque cubierto: desde el inicio del programa, más de 400 embarazadas fueron referidas de esta forma desde las aldeas a los centros de salud.

Tras constatar la mejora de los servicios médicos en el distrito, MSF decidió cerrar el proyecto y traspasó gradualmente sus actividades al Ministerio de Salud. Los servicios médicos concluyeron en junio, el programa cerró oficialmente a mediados de septiembre, y MSF se retiró de Zambia en octubre.



Mujeres con sus hijos esperan consulta en el hospital de distrito de Luwingu.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 42 | MSF trabajó por primera vez en Zambia en 1999 | msf.org/zambia

ZIMBABUE

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

- 64.500 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea
- 3.200 pacientes con TB, entre ellos 63 con TB-MDR, en tratamiento

A pesar de los avances, en Zimbabwe siguen existiendo graves brechas en el tratamiento del VIH, la tuberculosis (TB) y sus formas resistentes a los medicamentos (TB-DR), y en la atención a las necesidades de niños y adolescentes.

Aunque el acceso al tratamiento antirretroviral (ARV) ha mejorado, en algunas regiones la cobertura sigue siendo muy baja, debido sobre todo a su coste, a la escasez de recursos humanos, a los limitados horarios de consulta y a las largas distancias que los pacientes deben recorrer. Quienes padecen TB multirresistente (TB-MDR) carecen de acceso al mejor tratamiento disponible. MSF centra su estrategia en la integración de la atención a la TB y el VIH, la descentralización del tratamiento, y el traspaso de tareas de los médicos al personal de enfermería, todo ello en colaboración con el Ministerio de Salud. Este modelo permite que más personas reciban la atención médica que necesitan.

En 2013, MSF contaba con proyectos de VIH y TB en todo el país: Harare (Epworth y Granja Caledonia), Gokwe Norte, Tsholotsho, Beitbridge, Buhera, Gutu y Chikomba. Además, abrió otro programa en el distrito de Nyanga, donde solo reciben ARV el 5% de quienes lo necesitan.

En Nyanga, se hizo énfasis en el tratamiento pediátrico. La estrategia se basa en la optimización de las estructuras de salud y los recursos humanos existentes, con el fin de mejorar la atención de calidad al VIH y la TB. Este programa, que se desarrolla en el hospital de distrito y en nueve clínicas de salud, apuesta por traspasar al personal de enfermería las tareas de inicio del tratamiento. MSF apoya organizando los servicios, las historias clínicas y el circuito de pacientes. Otra medida para aliviar la carga de trabajo en las clínicas son los grupos comunitarios de pacientes, que se organizan para recoger sus medicamentos por turnos, una vez cada tres meses.



El proyecto de Gokwe Norte aplicó este mismo enfoque y reforzó la descentralización de los servicios mediante formación y acompañamiento del personal local. Dos hospitales rurales y 16 centros de salud ya están incorporando el tratamiento del VIH y la TB y la atención a víctimas de la violencia sexual. En la actualidad, 11 estructuras atienden a las personas con VIH y cuatro de ellas ofrecen inicio del tratamiento. Además, se ha descentralizado la atención a 28 estructuras de salud en Gutu y otras 31 en Chikomba. También se han organizado grupos de apoyo.

MSF consiguió que siete estructuras de salud en barrios de Harare densamente poblados (incluida la clínica de Granja

Caledonia) fuesen acreditados como puntos de tratamiento y seguimiento de ARV. Además, dio formación sobre el VIH y la TB a 16 enfermeros de Harare, que ahora están cualificados para iniciar los tratamientos. En Epworth, el programa de TB y VIH se integró en la policlínica local a finales del año, y las responsabilidades clínicas fueron traspasadas al personal del Ministerio.

El proyecto de Tsholotsho también está en vías de traspaso, tras alcanzarse una cobertura de tratamiento antirretroviral del 98,7%. Dentro del modelo descentralizado, el hospital de Nyamandhlovu siguió gestionando la provisión de ARV, la atención a enfermedades oportunistas y el tratamiento de Prevención de la Transmisión de Madre



Un paciente de 14 años observa su radiografía.

a Hijo (PTMH). Este último es clave para asegurar una primera generación de niños sin VIH.

A finales de diciembre, el proyecto de VIH y TB de Beitbridge (en la frontera con Sudáfrica) tuvo que cerrar abruptamente, después de que las autoridades decidiesen no permitir la continuación de las actividades. MSF dejó una reserva de medicamentos para tres meses, con el fin de evitar la interrupción de la terapia de sus pacientes, aunque la organización está muy preocupada por su continuidad. A lo largo del proyecto, 7.590 pacientes empezaron el tratamiento ARV y se proporcionó atención en salud mental a 16.300 personas. Y en 2013, 853 pacientes empezaron a ser tratados contra la TB (cinco de ellos contra la TB-DR).

Modernización tecnológica

MSF se esfuerza por impulsar la modernización tecnológica de la atención al VIH en Zimbabue. De momento, ha conseguido introducir la medición rutinaria de la carga viral en Buhera, Gutu y Chikomba,

y los técnicos de laboratorio y personal científico de tres hospitales de Harare (Harare, Parirenyatwa y Chitungwiza) han sido formados para que estos centros sean receptores de los resultados de la prueba. En cuanto a la TB y la TB-MDR, la nueva tecnología de diagnóstico GeneXpert (que lo acelera) ya está disponible en la mayoría de estructuras apoyadas por MSF.

Asimismo, en mayo, MSF instaló la plataforma NUCLISENSE en el Laboratorio de Referencia Nacional de Microbiología del Hospital de Harare. Este proyecto, financiado por la agencia de Naciones Unidas UNITAID y gestionado en estrecha colaboración con el Laboratorio y el Ministerio de Salud, aspira a implantar el análisis de la carga viral en todo el país, para que las muestras no tengan que ser enviadas a Sudáfrica; entre septiembre y diciembre, fueron procesadas 11.500.

Atención psiquiátrica a reclusos

MSF siguió prestando apoyo psiquiátrico a reclusos en 10 cárceles, incluida la prisión de máxima seguridad de Harare: 250 hombres

y 30 mujeres recibieron atención en el ala de Psiquiatría. También se organizaron actividades de terapia ocupacional. En total, 1.880 pacientes fueron atendidos en sesiones individuales y en grupo.

Víctimas de la violencia sexual

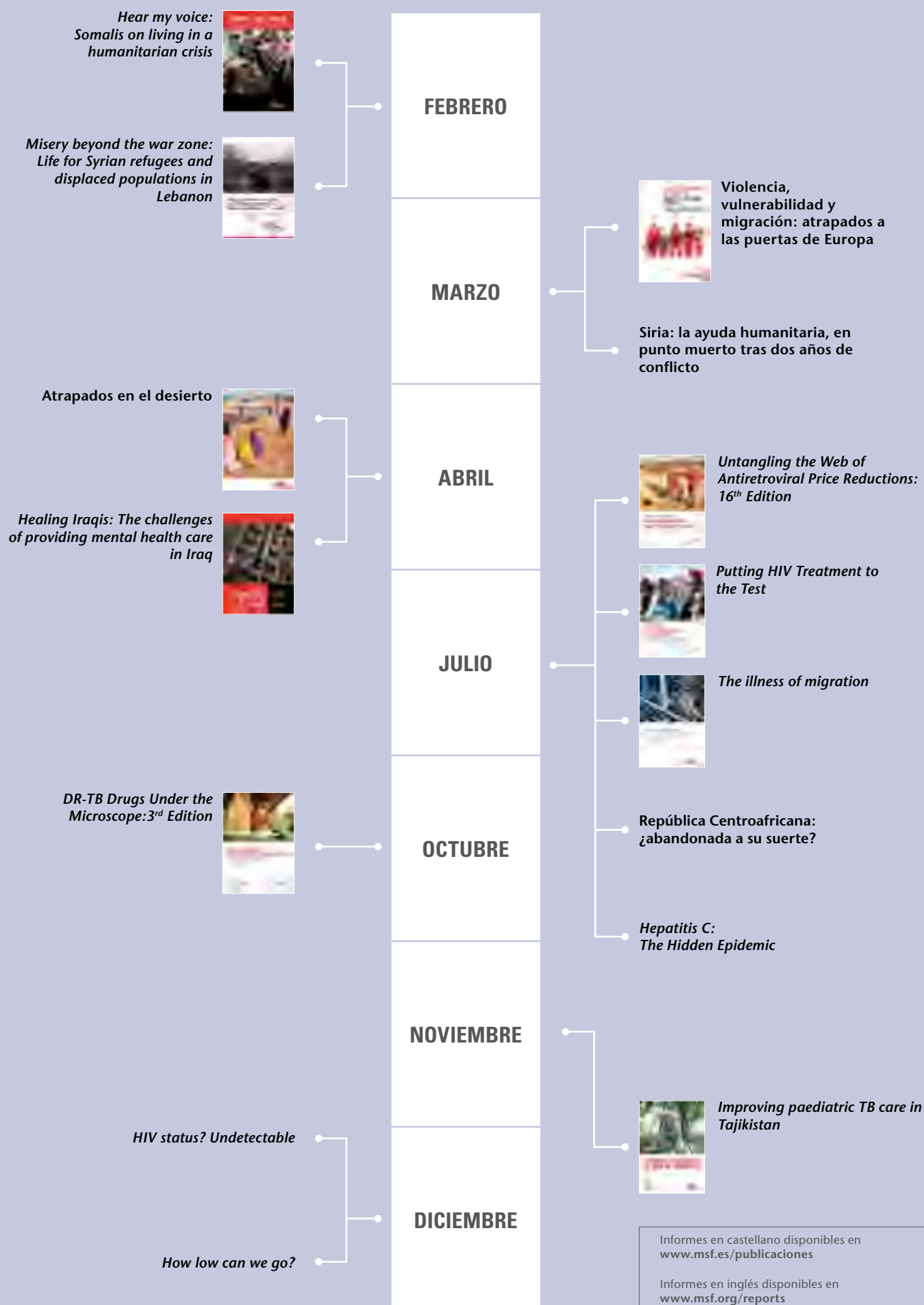
MSF prestó atención médica gratuita, asesoramiento y referencias para apoyo psicológico, psicosocial y legal a víctimas de la violencia sexual en Mbare, un barrio de Harare. Además, desarrolló actividades de promoción de la salud y sensibilización sobre la violencia sexual y sobre la importancia de buscar atención médica inmediata. En 2013, 1.220 nuevos pacientes acudieron al centro y se prestó consulta de seguimiento a otras 920. Este programa no deja de crecer y en breve contará con un edificio de nueva construcción.

Nº de trabajadores a finales de 2013: 604 | MSF trabajó por primera vez en Zimbabue en 2000 | msf.org/zimbabwe



Atención a domicilio de una paciente de TB-MDR: un enfermero de MSF le pone una inyección.

INFORMES PUBLICADOS EN 2013



DATOS Y CIFRAS

MSF es una organización médico-humanitaria internacional, independiente, de carácter privado y sin ánimo de lucro.

Está formada por 23 asociaciones: África del Este, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Hong Kong, Italia, Japón, Latinoamérica, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Sudáfrica, Suecia y Suiza. Las actividades están gestionadas por 19 secciones nacionales y nueve oficinas (ver página 100 para detalles de contacto).

La búsqueda de la eficiencia ha llevado a MSF a crear diez organizaciones satélite, especializadas en diversas actividades,

como el aprovisionamiento y envío de ayuda humanitaria, estudios médicos y epidemiológicos o la investigación en acción social y humanitaria: son MSF Supply, MSF Logistique, Épicentre, el centro de estudios CRASH, État d'Urgence Production, MSF Assistance, SCI MSF, SCI Sabin, Ärzte Ohne Grenzen Foundation y MSF Enterprises Limited. Al estar controladas por MSF, estas organizaciones se incluyen en los balances financieros y las cifras que presentamos en este apartado.

Estos balances son el resultado de la combinación de las cuentas internacionales de MSF. Las cifras combinadas internacionales de 2013 se han calculado conforme a los estándares contables internacionales de MSF, que cumplen con la mayor parte de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Las cuentas han sido auditadas

conjuntamente por las firmas KPMG y Ernst & Young conforme a las normas internacionales de auditoría. En nuestra web www.msf.org está disponible el *Informe Financiero 2013* completo. Además, las secciones nacionales de MSF publican anualmente sus informes financieros auditados conforme a las políticas contables, la legislación y la normativa de auditoría de cada país. Puede solicitarse una copia de estos informes a cada una de las secciones.

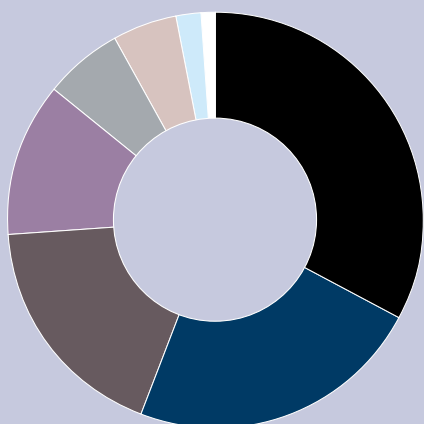
Las cifras aquí presentadas corresponden al ejercicio 2013. Todas las cifras están expresadas en millones de euros.

Nota: las cifras de estas tablas se han redondeado, por lo que puede haber pequeñas diferencias en las sumas totales.

¿DÓNDE GASTAMOS EL DINERO?

Inversión en los proyectos según naturaleza del gasto

■ Personal nacional	33%
■ Personal internacional	23%
■ Suministros médicos y nutricionales	18%
■ Transportes, fletes y almacenamiento	12%
■ Logística y saneamiento	6%
■ Gastos de funcionamiento	5%
■ Formación y apoyo local	2%
■ Consultores y apoyo al terreno	1%

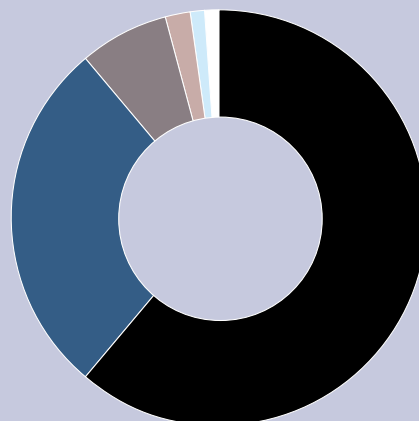


La mayor partida de gastos es la del personal en el terreno: un 56% se dedica a todos los costes relativos al personal nacional e internacional (incluyendo billetes de avión, seguros, alojamiento, etc.).

La partida de suministros médicos y nutricionales incluye medicamentos y material médico, vacunas, gastos de hospitalización y alimentos terapéuticos. Los costes del envío de estos suministros se contabilizan en la partida de transportes, fletes y almacenamiento.

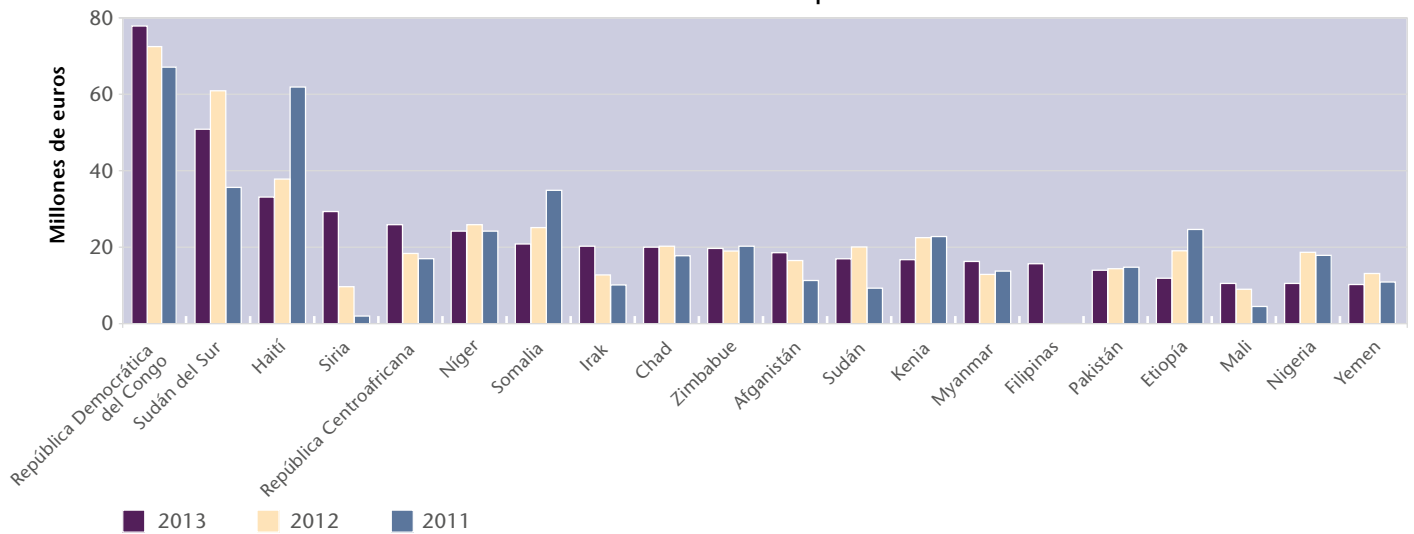
Inversión en los proyectos por continente

■ África	62%
■ Asia	28%
■ América	7%
■ Europa	2%
■ Oceanía	1%
■ No afectados	1%



PAÍSES CON MAYOR GASTO

Países donde la inversión de MSF superó los 10 millones de euros



ÁFRICA

Millones de €

República Democrática del Congo	78,3
Sudán del Sur	51,1
República Centroafricana	26,0
Níger	24,4
Somalia	21,2
Chad	20,0
Zimbabue	19,9
Sudán	17,1
Kenia	16,9
Etiopía	12,0
Mali	10,6
Nigeria	10,5
Suazilandia	9,9
Malawi	8,5
Mozambique	7,8
Sudáfrica	7,3
Sierra Leona	6,6
Guinea	5,8
Uganda	5,0
Mauritania	4,1
Burundi	3,7
Camerún	2,0
Egipto	2,0
Madagascar	1,5
Libia	1,5
República del Congo	1,4
Costa de Marfil	1,2
Zambia	1,0
Otros países*	1,8

Total 379,1

ASIA Y ORIENTE PRÓXIMO

Millones de €

Siria	29,5
Irak	20,4
Afganistán	18,7
Myanmar	16,4
Filipinas	15,8
Pakistán	14,2
Yemen	10,5
India	9,1
Líbano	6,3
Uzbekistán	6,3
Territorios Palestinos Ocupados	3,5
Bangladesh	3,2
Kirguizistán	3,0
Jordania	2,8
Camboya	2,5
Turquía	2,3
Armenia	2,2
Tayikistán	1,7
Laos	1,0
Irán	1,0
Otros países*	1,8

Total 172,4

AMÉRICA

Millones de €

Haití	33,3
Colombia	5,5
México	2,0
Paraguay	1,6
Honduras	1,4
Otros países*	0,2

Total 44,1

EUROPA

Millones de €

Rusia	4,8
Ucrania	3,3
Otros países*	1,6

Total 9,8

OCEANÍA

Millones de €

Papúa Nueva Guinea	4,4
--------------------	-----

Total 4,4

NO AFECTADOS

Millones de €

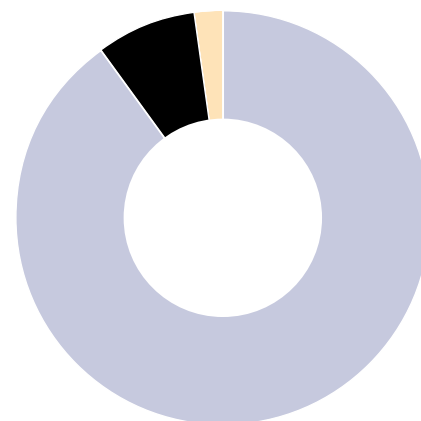
Otros	3,2
Actividades transversales	3,1

Total 6,3

*Bajo la categoría "otros países" quedan consignados todos los países en los que el gasto de MSF fue inferior a 1 millón de euros.

ORIGEN DE LOS INGRESOS

	2013		2012	
	Millones de €	Porcentaje	Millones de €	Porcentaje
Fondos privados	899,7	89%	838,9	89%
Fondos públicos institucionales	93,0	9%	82,7	9%
Otros	15,9	2%	16,1	2%
Ingresos	1.008,5	100%	937,7	100%



Fondos privados	89%
Fondos públicos institucionales	9%
Otros ingresos	2%

DESTINO DEL GASTO

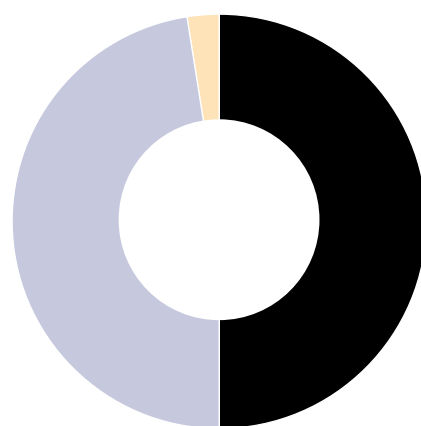
	2013		2012	
	Millones de €	Porcentaje	Millones de €	Porcentaje
Proyectos	615,4	65%	619,4	66%
Gastos de apoyo de sedes a terreno	108,8	11%	103,9	11%
Testimonio y sensibilización	30,2	3%	31,7	3%
Otras actividades humanitarias	9,3	1%	7,4	1%
Total misión social	763,7	80%	762,4	81%
Captación de fondos	131,6	14%	124,8	13%
Administración	57,1	6%	56,6	6%
Impuesto de Sociedades	0	–	0,1	–
Otros gastos	188,8	20%	181,5	19%
Total gastos	952,5	100%	943,9	100%
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas	-7,9		-4,8	
Superávit/déficit tras cambio de divisas	48,1		-11,1	

5
MILLONES
de socios y donantes

BALANCE

(situación financiera a final de año)

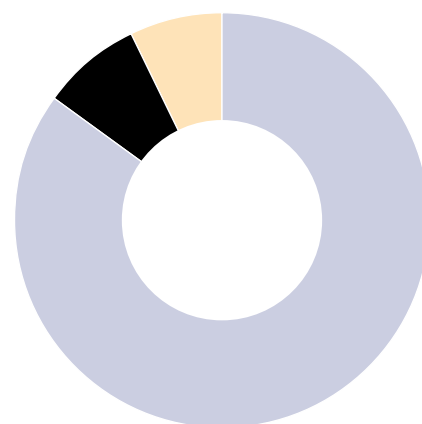
	2013		2012	
	Millones de €	Porcentaje	Millones de €	Porcentaje
Líquido y equivalentes	616,3	81%	551,4	79%
Otros activos corrientes	87,3	11%	91,1	13%
Activos a largo plazo	61,7	8%	57,4	8%
Total activos - Neto	765,3	100%	699,9	100%
Fondos afectados	3,1	0%	3,4	–
Fondos no afectados	627,7	83%	580,2	83%
Otras reservas	3,4	0%	15,0	2%
Total reservas	634,2	83%	598,6	85%
Pasivos corrientes	131,1	17%	101,3	15%
Total pasivos y reservas	765,3	100%	699,9	100%



Ingresos	1.008,5
Gastos	952,5
Superávit	48,1

RECURSOS HUMANOS

	2013		2012	
Médicos	1.593	26%	1.548	26%
Enfermeros y otro personal sanitario	1.892	30%	1.785	30%
No sanitarios	2.714	44%	2.622	44%
Salidas internacionales (año completo)	6.199	100%	5.955	100%
	<i>Número de trabajadores</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número de trabajadores</i>	<i>Porcentaje</i>
Personal nacional	29.910	85%	29.228	86%
Personal internacional	2.629	8%	2.592	7%
Personal en el terreno	32.539	93%	31.820	93%
Personal de sede	2.493	7%	2.326	7%
Personal total	35.032	100%	34.146	100%



■ Personal nacional 85%
■ Personal internacional 8%
■ Personal de sede 7%

La mayoría de los trabajadores de MSF (un 85%) son contratados localmente en los países donde intervenimos. El personal de sede representa un 7% del total.

Fuentes de ingresos

Con el fin de garantizar su independencia y reforzar sus vínculos con la sociedad, MSF se esfuerza por mantener un alto nivel de fondos privados. En 2013, el 89% de sus ingresos provino de fuentes privadas. Más de 5 millones de socios, donantes y fundaciones privadas en todo el mundo lo hicieron posible. Entre los donantes públicos institucionales que aportan fondos a MSF se encuentran la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) y los Gobiernos de Alemania, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza.

Gastos

Se asignan de acuerdo con las principales actividades realizadas por MSF. Todas las partidas de gastos incluyen salarios, costes directos y gastos generales asignados.

Misión social

Incluye todos los gastos relacionados con los proyectos en el terreno (costes directos), así como el apoyo médico y operacional que reciben de las sedes (costes indirectos). Los costes de la misión social representaron el 80% del total en 2013.

Fondos afectados

Pueden ser fondos que los donantes exigen que sean invertidos, fondos retenidos para su uso en lugar de gastados, o el nivel mínimo de reservas obligatorio que deben retener algunas secciones de MSF.

Fondos no afectados

Son fondos no asignados a ningún proyecto específico por los donantes y que no fueron gastados durante el ejercicio. MSF puede utilizarlos discrecionalmente para cumplir su misión social.

Otras reservas

Corresponden al capital de base y los balances técnicos relativos al proceso de combinación de las cuentas.

Las reservas de MSF se han generado a lo largo de los años por el excedente de ingresos respecto a los gastos. Al final de 2013, la parte disponible (excluyendo los fondos afectados y el capital de base) representaba 7,9 meses de actividad. El propósito de las reservas es cubrir las siguientes necesidades: futuras grandes emergencias para las que no se capten fondos suficientes; una caída repentina de los fondos privados y/o institucionales; la sostenibilidad de los proyectos a largo plazo (como los de tratamiento antirretroviral), y la financiación previa de operaciones que se sufragarán con campañas de captación de fondos o financiación institucional.

El Informe Financiero 2013 completo está disponible en www.msf.org

CONTACTOS MSF

Oficina internacional Médecins Sans Frontières

78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Ginebra 21 | Suiza
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 04
www.msf.org

Equipo Humanitario de Incidencia Política y Representación

(ONU, Unión Africana, ASEAN, UE, Oriente Próximo)
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 04

Campaña de MSF para el Acceso a Medicamentos

78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Ginebra 21 | Suiza
T +41 22 849 8405 | www.msfaccess.org

Alemania Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen

Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlín | Alemania
T +49 30 700 13 00 | F +49 30 700 13 03 40
office@berlin.msf.org
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Australia Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

Level 4 | 1-9 Glebe Point Road
Glebe NSW 2037 | Australia
T +61 28 570 2600 | F +61 28 570 2699
office@sydney.msf.org | www.msf.org.au

Austria Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen

Taborstraße 10 | 1020 Viena | Austria
T +43 1 409 7276 | F +43 1 409 7276/40
office@aerzte-ohne-grenzen.at
www.aerzte-ohne-grenzen.at

Bélgica Médecins Sans Frontières / Artsen Zonder Grenzen

Rue Dupré 94 | Dupréstraat 94
1090 Bruselas | Bélgica
T +32 2 474 74 74 | F +32 2 474 75 75
www.msf.be o www.azg.be

Canadá Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

720 Spadina Avenue, Suite 402 | Toronto
Ontario M5S 2T9 | Canadá
T +1 416 964 0619 | F +1 416 963 8707
msfcan@msf.ca | www.msf.ca

Dinamarca Médecins Sans Frontières / Læger Uden Grænser

Dronningensgade 68, 3 | DK-1420
Copenhague K | Dinamarca
T +45 39 77 56 00 | F +45 39 77 56 01
info@msf.dk | http://msf.dk

España Médicos Sin Fronteras

Nou de la Rambla, 26 | 08001 Barcelona | España
T +34 93 304 6100 | F +34 93 304 6102
oficina@barcelona.msf.org | www.msf.es

Estados Unidos Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

333 7th Avenue | 2nd Floor | Nueva York
NY 10001-5004 | Estados Unidos
T +1 212 679 6800 | F +1 212 679 7016
info@doctorswithoutborders.org
www.doctorswithoutborders.org

Francia Médecins Sans Frontières

8 rue Saint Sabin | 75011 París | Francia
T +33 1 40 21 29 29 | F +33 1 48 06 68 68
office@paris.msf.org | www.msf.fr

Grecia Médecins Sans Frontières / Πατρών Χωρίς Σύνορα

15 Xenias St. | 115 27 Atenas | Grecia
T + 30 210 5 200 500 | F + 30 210 5 200 503
info@msf.gr | www.msf.gr

Holanda Médecins Sans Frontières / Artsen Zonder Grenzen

Plantage Middenlaan 14 | 1018 DD
Ámsterdam | Países Bajos
T +31 20 520 8700 | F +31 20 620 5170
office@amsterdam.msf.org
www.artsenzondergrenzen.nl

Hong Kong Médecins Sans Frontières / 無國界醫生 / 无国界医生

22/F Pacific Plaza | 410-418 Des Voeux Road
West | Sai Wan | Hong Kong
T +852 2959 4229 | F +852 2337 5442
office@msf.org.hk | www.msf.org.hk

Italia Médecins Sans Frontières / Medici Senza Frontiere

Via Magenta 5 | 00185 Roma | Italia
T +39 06 88 80 6000 | F +39 06 88 80 6020
msf@msf.it | www.medicisenzafontiere.it

Japón Médecins Sans Frontières / 国境なき医師団日本

3F Waseda SIA Bldg 3F | 1-1 Babashita-cho
Shinjuku-ku | Tokio 162-0045 | Japón
T +81 3 5286 6123 | F +81 3 5286 6124
office@tokyo.msf.org | www.msf.or.jp

Luxemburgo Médecins Sans Frontières

68, rue de Gasperich | L-1617 Luxemburgo
Luxemburgo
T +352 33 25 15 | F +352 33 51 33
info@msf.lu | www.msf.lu

Noruega Médecins Sans Frontières / Leger Uten Grenser

Hausmannsgate 6 | 0186 Oslo | Noruega
T +47 23 31 66 00 | F +47 23 31 66 01
epost@legerutengrenser.no
www.legerutengrenser.no

Reino Unido Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

67-74 Saffron Hill | Londres EC1N 8QX Reino Unido
T +44 20 7404 6600 | F +44 20 7404 4466
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk

Suecia Médecins Sans Frontières / Läkare Utan Gränser

Fredsborgsgatan 24 | 4 trappor | Box 47021
100 74 Estocolmo | Suecia
T +46 10 199 33 00 | F +46 10 199 32 01
info.sweden@msf.org
www.lakareutangranser.se

Suiza Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen

78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Ginebra 21 | Suiza
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

Otras oficinas**Argentina**

Carlos Pellegrini 587 Piso 11º | C1009ABK
Buenos Aires | Argentina
T +54 11 5290 9991 | www.msf.org.ar

Brasil

Rua do Catete, 84 | Catete | Río de Janeiro
CEP 22220-000 | Brasil
T +55 21 3527 3636 | F +55 21 3527 3641
www.msf.org.br

Corea del Sur

5 Floor Joy Tower B/D | 7 Teheran Road 37-gil
Gangnam-gu | Seúl 135-915 | Corea del Sur
T +82 2 3703 3500 | F +82 2-3703 3502
www.msf.or.kr

Emiratos Árabes Unidos

P.O. Box 65650 | Dubai | EAU
T +971 4457 9255 | F +971 4457 9155
www.msf-me.org

India

AISF Building | 1st & 2nd Floor | Amar
Colony, Lajpat Nagar IV Nueva Delhi 110024
India
T +91 11 490 10 000 | F +91 11 465 08 020
www.msfindia.in

Irlanda

9-11 Upper Baggot Street | Dublín 4 | Irlanda
T +353 1 660 3337 | F + 353 1 660 6623
www.msf.ie

México

Chamotón 11 | Col. Roma Sur
CP 06760 | Ciudad de México | México
T +52 55 5256 4139 | F +52 55 5264 2557
www.msf.mx

República Checa

Lékari bez hranic, o.p.s. | Seifertova 555/47
130 00 Praga 3 | Žižkov | República Checa
T +420 257 090 150
www.lekaribezhranic.cz

Sudáfrica

Orion Building | 3rd floor | 49 Jorissen Street
Braamfontein 2017 | Johannesburg | Sudáfrica
T +27 11 403 44 40 | F +27 11 403 44 43
www.msf.org.za

SOBRE ESTA MEMORIA

Colaboradores

Corinne Baker, Igor G. Barbero, Aurélie Baumel, Niklas Bergstrand, Pierre Borelle, Talia Bouchouareb, Andrea Bussotti, Brigitte Breuillac, Amandine Colin, Lali Cambra, Giorgio Contessi, Stefan Dold, Silvia Fernández, Isabelle Ferry, Sarah-Eve Hammond, Solenn Honorine, Karem Issa, Nicole Johnston, Joanna Keenan, Aurélie Lachant, Sophie-Jane Madden, Samantha Maurin, Sally McMillan, Robin Meldrum, Isabelle Merny, Agus Morales, Rebecca Murray, Heather Pagano, Nondas Paschos, Catrin Schulte-Hillen, Faith Schwieker-Miyandazi, François Servranckx, Sandra Smiley, Shumpei Tachi, Clara Tarrero, Fiona Terry, Frank Theunissen, Ann-Marie Wilcock, Pascale Zintzen.

Agradecimientos

Valérie Babize, Kate de Rivero, François Dumont, Marc Gastellu Etchegorry, Silvia Fernández, Nicole Johnston, Erwin van 't Land, Caroline Livio, Jérôme Oberreit, Emmanuel Tronc.

También queremos dar las gracias a todo el personal de MSF en el terreno y a los departamentos de Operaciones y Comunicación, que han aportado y revisado el material utilizado en esta memoria.

Edición en inglés

Dirección editorial Sara Chare y Linda Nagy

Redacción y edición Caroline Veldhuis

Asistente de edición Robert Bartram

Dirección de fotografía Bruno De Cock

Corrección Kristina Blagojevitch

Edición en francés

Traducción Translate 4 U sarl (Aliette Chaput, Emmanuel Pons)

Edición Laure Bonnevie, Histoire de mots

Edición en castellano

Coordinación Silvia Fernández

Traducción Pilar Petit

Edición Cecilia Furió

Edición en árabe

Coordinación Jessica Moussan-Zaki

Traducción Bruno Barmaki

Edición Jessica Moussan-Zaki

Diseño y producción

ACW, London, UK

www.acw.uk.com

**AFGANISTÁN • ARMENIA • BANGLADESH • BOLIVIA • BULGARIA •
BURKINA FASO • BURUNDI • CAMBOYA • CAMERÚN • CHAD • CHINA •
COLOMBIA • COREA DEL NORTE • COSTA DE MARFIL • EGIPTO • ETIOPIÁ •
FILIPINAS • FRANCIA • GEORGIA • GRECIA • GUINEA • HAITÍ • HONDURAS
• INDIA • IRAK • IRÁN • ITALIA • JORDANIA • KENIA • KIRGUIZISTÁN •
LAOS • LESOTO • LÍBANO • LIBIA • MADAGASCAR • MALAUI • MALI •
MARRUECOS • MAURITANIA • MÉXICO • MOZAMBIQUE • MYANMAR
• NÍGER • NIGERIA • PAKISTÁN • PAPÚA NUEVA GUINEA • PARAGUAY •
REPÚBLICA CENTROAFRICANA • REPÚBLICA DEL CONGO • REPÚBLICA
DEMOCRÁTICA DEL CONGO • RUSIA • SIERRA LEONA • SIRIA • SOMALIA
• SUAZILANDIA • SUDÁFRICA • SUDÁN • SUDÁN DEL SUR • TAYIKISTÁN •
TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS • TURQUÍA • UCRANIA • UGANDA •
UZBEKISTÁN • YEMEN • ZAMBIA • ZIMBABUE**

Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional independiente, que presta ayuda de emergencia a personas afectadas por conflictos armados, epidemias, exclusión de la atención sanitaria y desastres naturales. MSF presta asistencia en función de las necesidades de estas personas y sin distinción por raza, religión, género o filiación política.

Fundada en París en 1971, MSF es una organización sin ánimo de lucro. Hoy es un movimiento mundial formado por 23 asociaciones y una oficina internacional en Ginebra. Miles de profesionales sanitarios, logísticos y administrativos gestionan nuestros proyectos en 67 países de todo el mundo.

Oficina internacional de MSF

78 rue de Lausanne, CP 116, CH-1211, Ginebra 21, Suiza
Tel.: +41 (0)22 849 8400. Fax: +41 (0)22 849 8404

FOTO DE PORTADA

Un niño en estado crítico es atendido por personal de MSF en el campo de desplazados de M'poko, en el aeropuerto de Bangui (República Centroafricana).

© Pierre Terdjman/Cosmos