

MEMORIA INTERNACIONAL MSF 2014

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 2014. 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 92.

El trazado de fronteras y la toponimia no reflejan opinión alguna de MSF sobre el estatus jurídico de estos territorios.

Los nombres de algunos pacientes han sido cambiados con el fin de proteger su identidad.

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** SIRIA: POR CADA PACIENTE AL QUE ATENDIMOS,
MILES QUEDARON FUERA DE NUESTRO ALCANCE
- 16** SOBREVIVIR AL ÉBOLA
- 18** MÁS DE UNA DÉCADA DE INVESTIGACIÓN OPERACIONAL.
¿DEL LUJO A LA NECESIDAD?
- 20** LA CAMPAÑA DE ACCESO DE MSF EN 2014
- 21** ACTIVIDADES POR PAÍS
- 88** DATOS Y CIFRAS
- 92** CONTACTOS DE MSF



4 Resumen del año



14 Siria: por cada paciente al que atendimos, miles quedaron fuera de nuestro alcance



16 Sobrevivir al Ébola

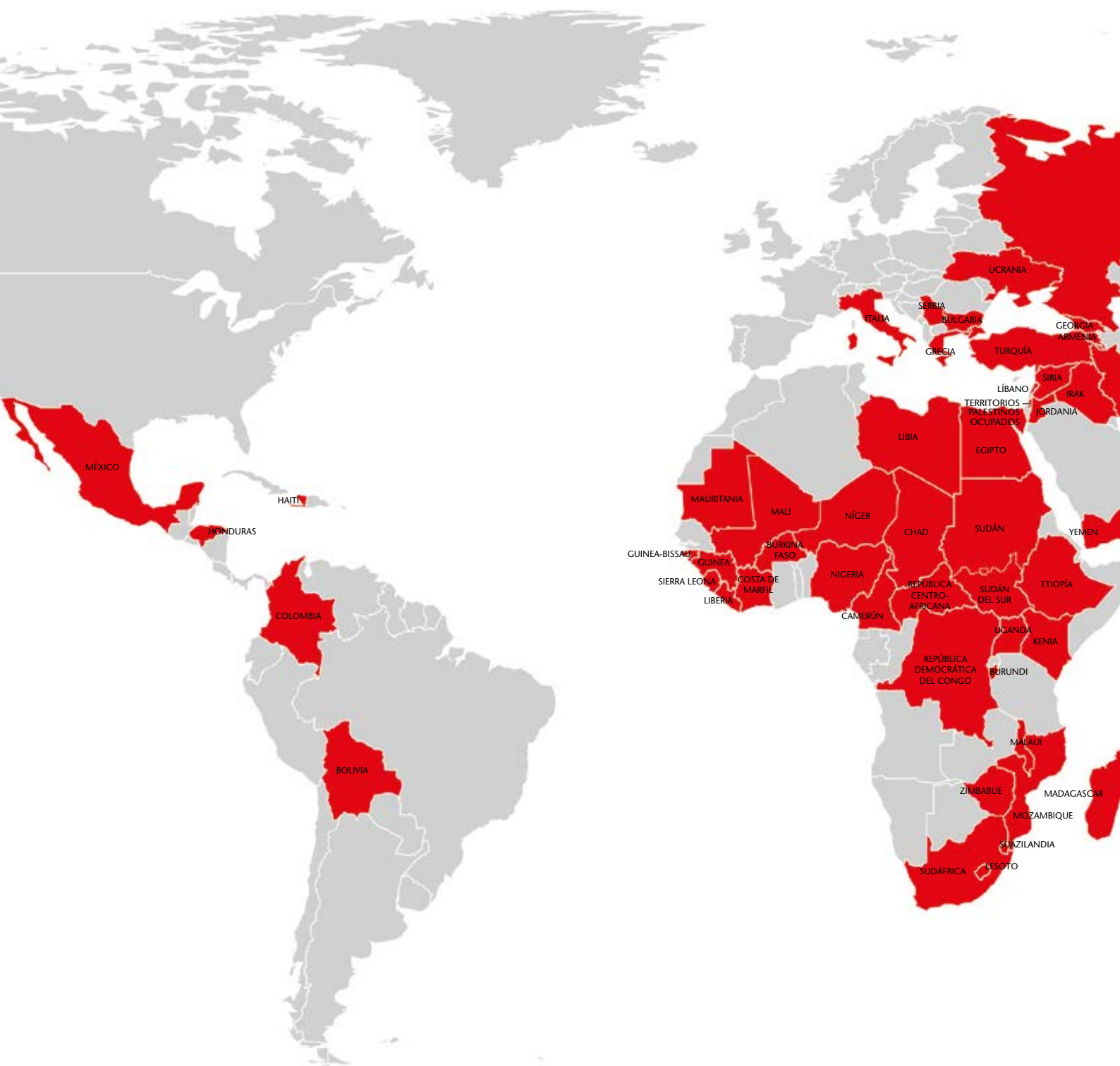


18 Más de una década de investigación operacional: ¿del lujo a la necesidad?



21 Actividades por país

PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO





22	AFGANISTÁN	57	MALAUÍ
24	ARMENIA	58	MALI
24	BANGLADESH	59	MAURITANIA
25	BOLIVIA	59	MÉXICO
26	BULGARIA	60	MOZAMBIQUE
26	BURKINA FASO	60	MYANMAR
27	BURUNDI	61	NÍGER
27	CAMBOYA	63	NIGERIA
28	CAMERÚN	65	PAKISTÁN
29	CHAD	67	PAPÚA NUEVA GUINEA
31	CHINA	68	REPÚBLICA CENTROAFRICANA
31	COLOMBIA	70	REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO
32	COREA DEL NORTE	72	RUSIA
33	COSTA DE MARFIL	72	SERBIA
33	EGIPTO	73	SIERRA LEONA
34	ETIOPÍA	75	SIRIA
36	FILIPINAS	77	SUAZILANDIA
37	GEORGIA	78	SUDÁFRICA
37	GRECIA	79	SUDÁN
38	GUINEA	80	SUDÁN DEL SUR
40	GUINEA-BISSAU	82	TAYIKISTÁN
40	HAITÍ	82	TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS
42	HONDURAS	83	TURQUÍA
43	INDIA	84	UCRANIA
45	IRAK	85	UGANDA
47	IRÁN	85	UZBEKISTÁN
47	ITALIA	86	YEMEN
48	JORDANIA	87	ZIMBABUE
49	KENIA		
51	KIRGUISTÁN		
51	LESOTO		
52	LÍBANO		
54	LIBERIA		
56	LIBIA		
56	MADAGASCAR		

RESUMEN DEL AÑO

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

En 2014, la mayor epidemia de Ébola de la historia golpeó África occidental, la cifra de personas desplazadas en el mundo superó los 50 millones, y la guerra de Siria entró en su cuarto año.

Los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) tuvieron que responder a crisis simultáneas por todo el mundo, desde Liberia a Sudán del Sur, desde Ucrania a Irak. El abandono fue la característica principal del año: en el pico de la epidemia de Ébola, había tantos enfermos que

muchos murieron solos, despojados de su dignidad. En las zonas de conflicto, los ancianos, las personas con discapacidad y los enfermos quedaron a menudo atrapados, sin poder escapar a áreas seguras. Mientras los países ricos se replegaban cada vez más sobre sí mismos, las poblaciones más desesperadas seguían en el olvido.

Respuesta al Ébola en África occidental

Cuando se declaró oficialmente el brote de Ébola en Guinea, el 22 de marzo, nadie podía prever el sufrimiento que traería. Para finales de 2014, el virus se había cobrado casi 8.000 vidas en África

occidental, incluidas las de 13 trabajadores de MSF.

Los equipos de la organización y de los Ministerios de Salud trabajaban a sabiendas de que no había tratamiento específico para el Ébola, enfrentados a una mortalidad del 50%. A medida que el número de casos crecía, el tiempo que podía dedicarse a cada paciente se reducía más y más, y a veces ni siquiera había personal suficiente para cuidarles en condiciones seguras. Tuvieron que tomarse decisiones extremas, como rechazar a los enfermos a las puertas de los centros de tratamiento. Pierre Trbovic, antropólogo de MSF en Liberia, recordaba lo ocurrido con



© Sylvain Cherkoui/Cosmos

El alivio es patente en la cara de esta enfermera de MSF al quitarse el traje de protección al salir de la zona de alto riesgo, en un centro de tratamiento para pacientes con Ébola en Guinea.



En agosto, decenas de miles de personas huyeron de Siria en busca de la relativa seguridad que ofrecía el norte de Irak.

un padre que llevaba a su hija enferma: “Era un hombre cortés, y me pidió que tratáramos a su hija, explicándome que sabía que era probable que no lográsemos salvarla pero que, al menos, estaríamos salvando al resto de su familia”. Muchas personas murieron solas, bajo la lluvia, en las cunetas de los caminos, frente a los centros de tratamiento. No hay palabras para describir el horror que supuso vivir y trabajar en África occidental en 2014.

Nunca antes se había visto tal propagación transfronteriza de una epidemia de Ébola. Y dado lo limitado de brotes anteriores, la cantidad de profesionales con experiencia en la enfermedad era muy limitada. El mayor problema, sin embargo, fue la débil voluntad política internacional. El 8 de agosto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la epidemia como una “emergencia de salud pública internacional”, y fue entonces cuando se movilizaron fondos y recursos humanos. Aun así, seguía siendo insuficiente, y el 2 de septiembre MSF hizo un nuevo llamamiento en la ONU: instó a que las resoluciones se tradujeran cuanto antes en acciones concretas, y pidió el despliegue de personal civil y militar con experiencia en riesgos biológicos.

Aunque MSF ha aprendido mucho sobre el comportamiento del Ébola en

el cuerpo humano, el virus sigue siendo un desconocido. Antes de este brote, las grandes farmacéuticas nunca priorizaron su investigación, al percibirse como una enfermedad que afectaba a un número limitado de personas de escasos recursos, durante periodos cortos, y en pueblos remotos de África. En agosto, MSF se alió con varios centros de investigación, la OMS, Ministerios de Salud y farmacéuticas para realizar ensayos clínicos de tratamientos y vacunas experimentales en sus centros en África. El primer ensayo comenzó en el de Guéckédou (Guinea) el 17 de diciembre.

MSF considera que debe desarrollarse un plan concreto para sostener la investigación y el desarrollo de vacunas, métodos de diagnóstico y tratamientos. Lo que ocurrió en 2014 ha demostrado que el mundo está fallando a las poblaciones más vulnerables de los países pobres, la mayoría de las cuales nunca podrán costearse las medicinas que necesitan. En esta situación, la clave es que la investigación y el desarrollo no estén guiados por el interés económico, sino por la necesidad de proteger a las personas de áreas remotas de futuros brotes de Ébola y de otras enfermedades mortales.

A finales de 2014, los casos de Ébola comenzaron a declinar pero la epidemia

aún no había terminado, ya que el final de un brote solo puede declararse tras 42 días sin nuevos casos.

Conflictos en Siria e Irak

Otro de los grandes desafíos de MSF en 2014 fue acceder a las personas necesitadas de atención médica. Debido a cuestiones burocráticas, políticas o de seguridad, en países como Libia, Nigeria, Sudán, Mali o Myanmar, nos vimos forzados a reducir o incluso cerrar algunos proyectos. MSF está reevaluando cómo trabajar en algunos de estos contextos. Siria es un buen ejemplo: el 2 de enero, en el norte, cinco trabajadores internacionales de MSF fueron tomados como rehenes por el ISIS (que más tarde se autodenominaría Estado Islámico, EI), a pesar de las garantías de seguridad obtenidas de sus comandantes locales. Tres de ellos fueron liberados en abril y los otros dos en mayo. El secuestro llevó a MSF a retirarse de las zonas controladas por el EI; sus comandantes locales han pedido a la organización que regrese, pero no podremos hacerlo sin garantías fiables para nuestros equipos. Aparte, MSF sigue sin tener permiso del Gobierno sirio para trabajar en las áreas bajo su control, y sigue siendo muy difícil dar un apoyo médico directo y sustancial en el resto del país. A pesar de todo, MSF



El hospital de Leer, en Sudán del Sur, fue saqueado e incendiado. Era la única estructura médica capaz de ofrecer atención especializada en el estado de Unidad.

sigue gestionando de forma directa varias estructuras de salud y dando apoyo a redes de comprometidos médicos sirios que trabajan en condiciones muy peligrosas. Ese apoyo, aunque valioso, llega a pocos lugares y se queda corto frente a las enormes necesidades médicas.

Millones de personas han abandonado el país, la mayoría hacia Jordania y Líbano, donde MSF trata a heridos de guerra y e intenta aliviar la presión que la gran afluencia de personas ha generado en los sistemas locales de salud. Un gran número de sirios huyeron a Irak, que experimentó un recrudecimiento del conflicto entre el Ejército y los grupos armados de la oposición. En este país, casi dos millones de personas dejaron sus hogares en 2014. Los bombardeos, ataques aéreos y combates impidieron que las organizaciones humanitarias pudieran llegar a quienes necesitaban comida, agua y asistencia médica.

Al menos la mitad de las personas que cruzan el Mediterráneo a bordo de barcos destartados con destino a Europa huyen de zonas de conflicto, buscando protección y una vida mejor. Con escasas

vías de entrada seguras y fronteras cada vez más cerradas, a los solicitantes de asilo, refugiados y migrantes les quedan pocas opciones, aparte de cruzar el mar. Se estima que por lo menos 3.500 personas se ahogaron cerca de las costas europeas en 2014, la mayoría provenientes de Siria, Eritrea o países de África subsahariana. MSF ha brindado asistencia médica y apoyo psicosocial y distribuido artículos de primera necesidad a estas personas en Grecia, Bulgaria, Italia, Serbia y Egipto.

Agresiones contra la misión médica

Una vez más, este año, MSF tuvo que cuestionarse qué hacer cuando trabajadores, instalaciones y pacientes son amenazados o atacados. En República Centroafricana (RCA), 19 personas (entre ellas tres trabajadores centroafricanos de MSF) fueron asesinadas en abril durante un robo en el hospital de la organización en Boguila. En 2014, MSF duplicó la asistencia médica dentro de RCA y lanzó programas de atención para los refugiados huidos a los países vecinos. Pero la seguridad de nuestros pacientes y trabajadores continuó siendo problemática. En varias ocasiones, grupos armados asaltaron los hospitales y

nuestros equipos tuvieron que proteger, literalmente, a los pacientes.

La falta de respeto por la misión médica no fue exclusiva de RCA. En Sudán del Sur, hubo pacientes asesinados en sus lechos de hospital, las consultas fueron incendiadas, el equipamiento médico saqueado... En Leer, el hospital entero fue completamente destruido. Llevará meses, o incluso años, reconstruir lo arrasado en apenas unos minutos. Actos como estos dejan sin asistencia médica a cientos de miles de personas.

Nuestra colega congoleña Chantal se reunió con los suyos en 2014, tras escapar de sus captores. Había sido secuestrada por un grupo armado junto con Philippe, Richard y Romy, otros tres compañeros de MSF de los que seguimos sin noticias. Nuestros pensamientos están con sus familias y amigos.

Apoyo a los hospitales palestinos y ucranianos

Cuando el conflicto entre Israel y los Territorios Palestinos Ocupados se reavivó a mediados de 2014, MSF brindó apoyo al hospital Al Shifa de Gaza con un equipo

quirúrgico completo, equipamiento médico de emergencia y donaciones para la farmacia. Normalmente el despliegue de MSF habría sido puntual, pero había tantos heridos que hubo que mantener un equipo de cirugía de emergencia en Gaza entre julio y septiembre. Desde diciembre, además, un equipo de cirugía reconstructiva trabaja allí de forma permanente.

El conflicto también afectó a Europa: se intensificaron las protestas en Ucrania, dando lugar a violentos choques entre la Policía y los manifestantes, a la dimisión del presidente y, en mayo, a los enfrentamientos entre grupos separatistas armados y las fuerzas del Gobierno de Kiev. El aprovisionamiento médico se interrumpió, casi completamente en algunos momentos. MSF incrementó su intervención y, para finales de año, había enviado suministros suficientes como para tratar a más de 13.000 pacientes en hospitales a ambos lados del frente.

Luchando contra la malaria, la TB y el VIH

Además de responder a las emergencias, los equipos de MSF siguieron luchando contra enfermedades como la tuberculosis o el VIH en Uzbekistán, Sudáfrica, Camboya e India, entre otros países. Cuando los casos de cólera se dispararon en Haití en octubre, MSF construyó centros de tratamiento, distribuyó kits de desinfección y lanzó actividades de información y promoción de la salud. En Níger, en colaboración con otras organizaciones, trabajamos para reducir la mortalidad en niños menores de 5 años, con hincapié en la letal combinación de la malaria y la desnutrición severa. Nuestros programas también buscaron mejoras en los protocolos y modelos de atención; en el caso del VIH, por ejemplo, se implantaron sistemas de apoyo comunitario basados en clubes de pacientes que fomentan la adherencia al tratamiento, y se amplió la disponibilidad de la prueba de carga viral. Desde la atención a pacientes con kala azar en Sudán del Sur hasta el cuidado de las víctimas de la violencia sexual en Honduras,

en 2014 MSF trabajó en muchos de los contextos más desafiantes del mundo.

Mirando al futuro

La crisis del Ébola subrayó las brechas existentes en los sistemas de salud y ayuda humanitaria internacional; estas deficiencias son antiguas, pero nunca habían sido tan evidentes. Sin embargo, lo más indignante fue la falta de un liderazgo global, y las reticencias de quienes ostentan el poder a la hora de involucrarse en la respuesta al Ébola. MSF alzó la voz para denunciarlo, pero somos una organización enfocada en los pacientes. Nuestra atención se centra en quienes necesitan asistencia médica: no nos corresponde a nosotros reformar los sistemas globales. Nuestro objetivo es salvar vidas aquí y ahora, y esta convicción es la que guía nuestra respuesta a las crisis humanitarias. Todo esto solo es posible gracias al apoyo de nuestros socios y donantes, y al trabajo de nuestros equipos. Una vez más, muchas gracias.



Una asesora de salud charla con un camionero sobre la posibilidad de realizarse la prueba del VIH, en el nuevo programa de MSF en los ejes comerciales de Tete y Beira (Mozambique).

© Felco Calderin

RESUMEN DE OPERACIONES

Principales intervenciones según el gasto en proyectos

1. Sudán del Sur	6. Afganistán
2. República Democrática del Congo	7. Níger
3. República Centroafricana	8. Liberia
4. Haití	9. Etiopía
5. Sierra Leona	10. Irak

Estos 10 países suman un gasto total de 380,5 millones de euros, el **54%** del presupuesto total destinado a operaciones.

Recursos humanos

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

1. Sudán del Sur	3.996
2. República Democrática del Congo	2.999
3. República Centroafricana	2.593
4. Haití	2.159
5. Níger	1.866

Consultas externas

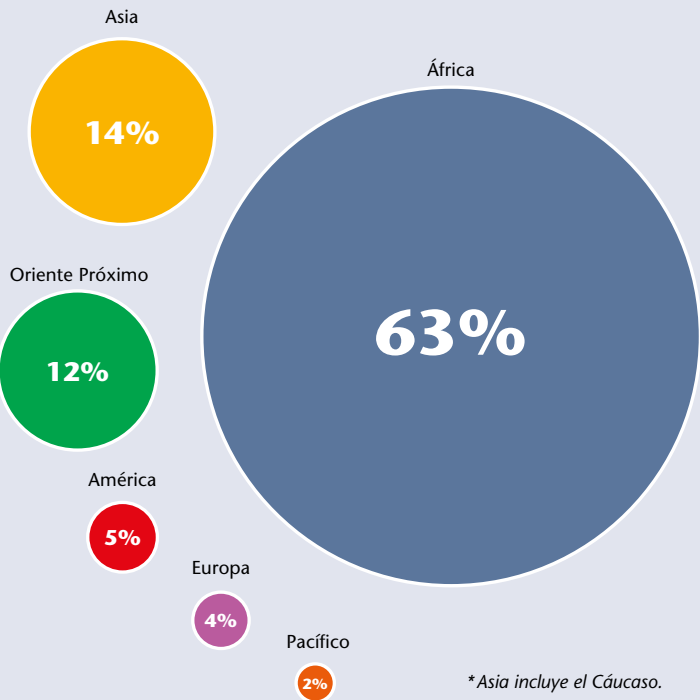
Principales intervenciones según el volumen de consultas externas. No incluye consultas de especialistas.

1. República Democrática del Congo	1.593.800
2. República Centroafricana	1.401.800
3. Sudán del Sur	936.200
4. Níger	508.300
5. Etiopía	347.700
6. Kenia	333.400
7. Afganistán	306.600
8. Pakistán	279.900
9. Chad	257.200
10. Sudán	246.900

Localización de los proyectos

Número de proyectos

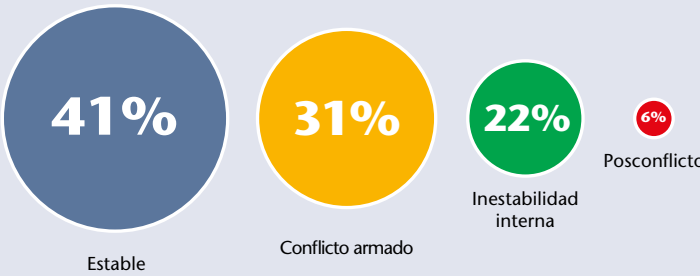
África	240	América	20
Asia*	55	Europa	16
Oriente Próximo	47	Pacífico	6



Contextos de intervención

Número de proyectos

Estable	157
Conflicto armado	120
Inestabilidad interna	86
Posconflicto	21



PRINCIPALES ACTIVIDADES EN 2014

8.250.700

consultas externas



511.800

pacientes hospitalizados



2.114.900

pacientes con malaria tratados



217.900

niños con desnutrición severa atendidos en programas de nutrición terapéutica hospitalarios o ambulatorios



229.900

pacientes con VIH bajo atención médica al finalizar 2014



218.400

pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral de primera línea al finalizar 2014



8.100

pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral de segunda línea (por fracaso de la primera) al finalizar 2014



194.400

partos asistidos, incluyendo cesáreas



81.700

intervenciones de cirugía mayor (con anestesia general o espinal), incluida cirugía obstétrica



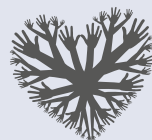
11.200

pacientes que recibieron tratamiento médico tras sufrir una agresión sexual



21.500

pacientes con tuberculosis en tratamiento de primera línea



1.800

pacientes con tuberculosis multirresistente en tratamiento de segunda línea



185.700

consultas individuales de salud mental



32.700

sesiones en grupo de salud mental o de asesoramiento



46.900

pacientes con cólera tratados



1.513.700

personas vacunadas contra el sarampión en respuesta a un brote epidémico



33.700

pacientes con sarampión tratados



75.100

personas vacunadas contra la meningitis en respuesta a un brote epidémico



7.400

personas ingresadas en los centros de tratamiento de pacientes con Ébola de MSF en África occidental, de los cuales **4.700** enfermos confirmados



2.200

pacientes curados en los centros de tratamiento para pacientes con Ébola de MSF



Estos datos suman las actividades realizadas en proyectos de MSF de asistencia directa, o bajo su coordinación o gestión a distancia. 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

El agua potable y un correcto saneamiento son esenciales para las actividades médicas. Los equipos de MSF siempre se aseguran de que las estructuras médicas donde trabajan cuenten con suministro de agua potable y un sistema de gestión de residuos.

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 infectadas. En países no endémicos pueden producirse brotes importantes y la infección puede propagarse rápidamente. Muchas personas no caen enfermas o solo desarrollan una infección leve, pero el cólera puede ser una enfermedad muy grave: 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, los pacientes deben ser aislados en centros de tratamiento, con medidas de control de infecciones destinadas a impedir la propagación de la enfermedad. Estas medidas consisten en estrictas prácticas de higiene y de abastecimiento de agua potable.

MSF trató a 46.900 pacientes con cólera en 2014.

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.

En 2014, MSF trató a 217.900 niños en sus programas hospitalarios o ambulatorios de nutrición.

Distribución de artículos de primera necesidad

El foco principal de MSF es la atención médica, pero en emergencias nuestros equipos suelen distribuir artículos que son esenciales para la supervivencia, como ropa de abrigo, mantas, material de refugio, productos de limpieza e higiene personal, utensilios de cocina y combustible. Muchos de estos artículos se distribuyen en kits. El de cocina, por ejemplo, contiene un hornillo, ollas, platos, vasos, cubiertos y un bidón para agua; el de higiene incluye jabón corporal, champú, cepillos de dientes, dentífrico y jabón detergente.

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

MSF distribuyó 52.200 kits de artículos de primera necesidad en 2014.

Ébola

El virus del Ébola se transmite a través del contacto directo con sangre, secreciones corporales, órganos o personas infectadas. Apareció por primera vez en 1976 y, aunque su origen es desconocido, se considera que el reservorio más probable son los murciélagos. MSF ha intervenido en prácticamente todos los brotes de Ébola de los últimos años, que, hasta 2014, solían ser geográficamente limitados y afectaban sobre todo a áreas remotas. La mortalidad del Ébola es de entre el 25 y el 80%. Al no existir vacuna ni tratamiento específico, la atención al paciente se basa en la rehidratación y en el tratamiento de los síntomas, como la fiebre y la náusea. Los primeros síntomas se asemejan a los de la gripe, seguidos de vómitos, diarreas y, en algunos casos, hemorragias. A pesar de ser tan mortífero, el Ébola es un virus frágil, muy vulnerable a la luz solar, el calor, la lejía, el cloro e incluso al agua jabonosa.

Prevenir su transmisión es crucial: los pacientes son atendidos en centros de tratamiento donde se les aísla y se establecen estrictas medidas de control de infecciones. Resulta prioritario también identificar a las personas con las que el enfermo haya estado en contacto, así como proceder al enterramiento seguro de los fallecidos. Por todo ello, son esenciales las actividades de promoción de la salud, con el fin de informar a la población sobre la amenaza que constituye el virus, sobre las medidas de protección necesarias y sobre qué hacer en caso de desarrollar los síntomas.

En 2014, MSF hospitalizó a 7.400 personas con síntomas en sus centros de tratamiento en los tres países más afectados en África occidental; en 4.700 de ellas se confirmó la infección.

Enfermedad de Chagas

Esta enfermedad se encuentra casi exclusivamente en Latinoamérica, aunque con el aumento de las migraciones y los viajes internacionales también se están declarando 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 la fase aguda de



En el centro de tratamiento de pacientes con Ébola de MSF en Paynesville (Liberia), un sanitario se lava las manos con cloro tras quitarse el traje de protección biológica. Su turno en la zona de alto riesgo ha durado una hora.

la enfermedad y, cuando aparecen, son leves; después, en la fase crónica, la enfermedad es asintomática durante años. Un 30% de los afectados desarrolla problemas crónicos que acortan la esperanza de vida una media de 10 años. Las complicaciones cardíacas, tales como el fallo cardíaco, las arritmias o las cardiomiopatías, son la principal causa de muerte en adultos.

El diagnóstico es complicado, ya que requiere análisis de sangre en laboratorio. 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, durante la primera infancia y en la fase aguda, 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, a día de hoy hay pocos fármacos en desarrollo.

Enfermedad del sueño (trpanosomiasis 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, mientras que el

resto son provocados por el *Trypanosoma brucei rhodesiense*, que se encuentra en África oriental y del sur. El parásito ataca el sistema nervioso central, y produce graves trastornos neurológicos y la muerte en caso de que el enfermo no sea tratado.

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 exige una muestra de líquido cefalorraquídeo.

La terapia combinada de nifurtimox y eflornitina (NECT), desarrollada por la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi), MSF y Épicentre, 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 que están en fase de ensayo clínico puedan conducir al desarrollo de un tratamiento oral seguro y efectivo para ambos estadios de la enfermedad.

MSF hospitalizó para su tratamiento a 300 pacientes con enfermedad del sueño en 2014.

Kala azar (leishmaniasis visceral)

En general desconocida en el mundo desarrollado (aunque está presente en la cuenca mediterránea), 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 provoca 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 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 9.500 pacientes con kala azar en 2014.

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 a cuatro meses.

MSF trató a 2.114.900 pacientes con malaria en 2014.

Meningitis

La meningitis meningocócica es una infección de las meninges, las finas membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Puede causar repentinos e intensos 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, y se han traducido en una reducción del número de nuevos casos.

MSF vacunó a 75.100 personas en respuesta a brotes de esta enfermedad en 2014.

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 contacto con el agua, la comida o las superficies contaminadas.

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 psicológicos 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 psicólogos y consejeros 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 asesoramiento en sesiones en grupo.

En 2014, MSF realizó 218.400 sesiones de salud mental (individuales y en grupo).

Salud reproductiva

La atención obstétrica y neonatal forma parte de la respuesta de MSF en cualquier emergencia. Los equipos asisten en partos,

realizan cesáreas (cuando es necesario y factible) y también ofrecen atención neonatal a bebés enfermos o nacidos con poco peso.

Muchos de los proyectos regulares de MSF proporcionan servicios más amplios. Se recomienda a las mujeres la realización de varias visitas prenatales para cubrir las necesidades médicas durante el embarazo y prever 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 obstruido, 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 665.400 consultas prenatales en 2014.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa. Los síntomas, que aparecen entre 8 y 13 días después de 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 la sanidad, lo que deja a amplios grupos expuestos a la enfermedad.

En 2014, MSF trató contra el sarampión a 33.700 pacientes, y vacunó a 1.513.700 personas en respuesta a brotes epidémicos.

Tuberculosis

Un tercio de la población mundial está infectada con el bacilo de la tuberculosis (TB), pero se trata de una forma latente de la enfermedad, que ni presenta síntomas ni puede transmitirse. En algunas personas, sobre todo las que tienen un sistema inmunológico



Una paciente coinfectada con VIH y tuberculosis extrarresistente pasa su chequeo rutinario en la clínica de MSF en Bombay (India).

débil, la forma latente progresa al estado agudo: todos los años, nueve millones de personas desarrollan la enfermedad y 1,5 millones mueren a consecuencia de ella.

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 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 un mínimo de seis meses. Se diagnostica TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) cuando aparecen resistencias a los dos antibióticos de primera línea más potentes (isoniazida y rifampicina). 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 administrados para la TB-MDR.

En 2014, MSF trató a 21.500 pacientes con TB, de los cuales 1.800 tenían TB-MDR.

Vacunaciones

La inmunización 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 para niños por organizaciones como la OMS o MSF: DTP (difteria, tétanos y pertusis), hepatitis B, gripe hemofílica tipo B (Hib), BCG (tuberculosis), virus del papiloma humano, sarampión, neumococo (vacuna conjugada), poliomielitis, rotavirus, varicela, fiebre amarilla y virus del papiloma humano. 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 sus programas de atención básica. La inmunización también es parte esencial de la respuesta de MSF a brotes de sarampión, fiebre amarilla y, con menos frecuencia, meningitis. Las campañas de vacunación a gran escala incluyen actividades de información y sensibilización comunitaria acerca de las ventajas de la inmunización, así como el establecimiento de puestos de vacunación en lugares públicos de reunión. Las campañas duran de dos a tres semanas y pueden alcanzar a cientos de miles de personas.

En 2014, MSF realizó 376.100 vacunaciones rutinarias.

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 entre 3 y 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 simple 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 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); esta consiste en dar tratamiento ARV a la madre durante el embarazo, el parto y la lactancia, y al bebé justo después de nacer.

MSF atendió a 229.900 personas con VIH y administró tratamiento antirretroviral a 226.500 pacientes en 2014.

Violencia sexual

Los actos de violencia sexual se producen en todas las sociedades del mundo, pero es más habitual en contextos desestabilizados, que agudizan la violencia general, y por tanto también la sexual. Esta última tiene consecuencias muy complejas para las víctimas: 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 los grupos armados que puedan estar implicados en los asaltos.

En 2014, MSF trató a 11.200 pacientes con lesiones relacionadas con la violencia sexual.

SIRIA: POR CADA PACIENTE AL QUE ATENDIMOS, MILES QUEDARON FUERA DE NUESTRO ALCANCE

Las protestas comenzaron en Siria en marzo de 2011, inspiradas en las manifestaciones de la Primavera Árabe del norte de África y Oriente Próximo. El Gobierno de Damasco respondió recurriendo a la fuerza, y la situación se deterioró rápidamente. Durante los cuatro años siguientes, el conflicto se ha hecho más complejo y enquistado, y las profundas divisiones hacen insostenible la situación de quienes siguen en Siria.

Con múltiples y cambiantes frentes, poblaciones sitiadas sin acceso a ayuda básica y una miríada de grupos armados, Siria fue una de las crisis más difíciles en las que MSF trató de prestar asistencia en 2014. Varios proyectos tuvieron que cerrar y el personal internacional se vio forzado a retirarse, dificultando aún más el acceso a los pacientes. La guerra siria se considera ya como la peor crisis humanitaria del mundo.

En el norte de Siria

A comienzos de año MSF tenía una presencia significativa y bien establecida en las áreas del norte del país no controladas por el Gobierno. No había sido fácil organizar esos proyectos pero, trabajando con redes de personal médico sirio, las actividades pudieron ampliarse gradualmente. Con seis hospitales gestionados por MSF, seis centros de salud, varias clínicas móviles, y unos 60 trabajadores internacionales y cientos de colegas sirios, MSF pudo atender a muchísimos pacientes en las gobernaciones de Idlib y Aleppo.

Todo cambió en enero, cuando 13 trabajadores de MSF fueron secuestrados por el autodenominado Estado Islámico (EI), a pesar de las garantías escritas y de palabra recibidas de sus líderes locales. Los ocho profesionales sirios fueron liberados poco tiempo después pero los cinco internacionales fueron retenidos durante cinco meses. Esto alteró significativamente el trabajo de MSF en el norte de Siria y provocó la reducción de las actividades. Dado que los líderes del EI no aseguraban las condiciones mínimas de seguridad para trabajar, MSF tomó la difícil decisión de suspender todas las actividades en las áreas controladas por este grupo. Durante 2014, MSF tampoco pudo abrir

proyectos médicos en áreas controladas por el Gobierno.

No obstante, continuamos gestionando tres hospitales en el norte, una unidad de quemados en Idlib y dos hospitales más en Aleppo, todos con profesionales sirios. Además, MSF pudo asumir dos estructuras sanitarias más en el noreste del país.

Alepo bajo las bombas

Alepo es la segunda ciudad más grande de Siria pero la guerra ha quebrado su sistema de salud y miles de trabajadores sanitarios han huido o han muerto. A lo largo de 2014, las estructuras médicas de la ciudad –a cargo de personal sirio apoyado a distancia por equipos internacionales de MSF– brindaron una amplia variedad de servicios médicos a la población atrapada, en medio de una situación humanitaria que empeoraba dramáticamente. Estos servicios incluyeron tratamiento para las devastadoras heridas causadas por los barriles bomba, artefactos colmados de metralla que se lanzan desde helicópteros o aviones; al no tener sistemas de guiado, es habitual que provoquen numerosas víctimas civiles.

Los espantosos indicadores de salud sirios no son resultado solamente de los



En la gobernación de Idlib, MSF gestiona la única unidad de quemados que ofrece cuidados especializados en el norte del país, tales como desbridamiento de heridas o curas que necesitan anestesia.



Una paciente con quemaduras es atendida en una clínica de MSF en el norte de Siria.

enfrentamientos: también se explican por la falta de acceso a la atención médica básica y a tratamiento para enfermedades crónicas como la diabetes. Las mujeres se ven obligadas a dar a luz en condiciones deplorables. Muchas personas que llevan años viviendo en zona de guerra sufren un grave impacto en su salud mental. Aquí, como en todo el país, las necesidades de la población exceden la asistencia que MSF y otras organizaciones pueden ofrecer. Y, para empeorar las cosas, en julio seis hospitales de Alepo —uno de ellos gestionado por MSF— fueron bombardeados, y resultaron destruidos o dañados.

Apoyo médico esencial

Desde el comienzo del conflicto, MSF ha donado equipamiento médico con el objetivo de apoyar a las redes de personal médico sirio que siguen trabajando en condiciones extremadamente difíciles. Esta ayuda se ha materializado en insumos tan sencillos como gasas o tan complejos como kits completos de medicamentos y material quirúrgico (incluido todo lo necesario para cirugías ortopédicas).

Con el tiempo este tipo de apoyo se fue expandiendo y, en el momento de escribir este artículo, MSF estaba donando suministros a más de 100 hospitales, puestos de salud y clínicas, instalaciones que, sin el apoyo de

MSF, tendrían graves problemas para brindar asistencia.

El apoyo de MSF es particularmente valioso en las zonas sitiadas por las fuerzas gubernamentales, lugares que sufren el bloqueo de ciertos bienes desde hace más de dos años. Pero aunque claramente es un respaldo útil, también es escaso frente a las enormes necesidades que sabemos que existen.

La situación en Siria es tal que MSF debería estar gestionando una de las operaciones de mayor envergadura en sus 44 años de historia. Pero en 2014 no fue posible hacerlo, debido a la falta de garantías de seguridad

para nuestros equipos y de acceso a las áreas controladas por el Gobierno.

Solo será posible incrementar la asistencia y la atención médica directa cuando los muchos grupos armados, tanto del Gobierno como de la oposición, muestren la voluntad política de respetar y permitir la acción médico-humanitaria independiente. No existió esta voluntad en 2014, y ello sigue provocando intolerables niveles de sufrimiento para el pueblo sirio.

Más información del trabajo de MSF en Siria en las páginas 75 y 76.

Testimonio de un médico

Dr. S., joven cirujano de un hospital apoyado por MSF en el este de Damasco

“Tres años de cirugías sin descanso en circunstancias durísimas... ya no puedo más. Ya he visto suficiente sufrimiento. Hace poco hablaba por teléfono con mi profesor de Cirugía, y me dijo: ‘Aparte de las condiciones en que operas, has trabajado más estos tres años que yo en mis 30 años de carrera. Ya podrías jubilarte’. Y eso es precisamente lo que siento, cada momento de cada día, que he tenido suficiente. Pero no tenemos otra opción. La gente nos necesita. Necesitan desesperadamente atención médica de todo tipo, desde lo más sencillo a lo más complejo. No podemos añadir otro factor de deterioro a esta situación ya de por sí desastrosa. Ahora mismo, estoy casi convencido de dejar la medicina cuando acabe la guerra. Cualquier persona haría lo mismo si hubiera pasado por lo mismo que yo. Tengo ganas de que acabe la guerra. Tiene que acabar en algún momento. Y entonces elegiré qué quiero hacer. Solo entonces estaremos realmente vivos”.

SOBREVIVIR AL ÉBOLA

Diciembre
de 2013

6 de diciembre
Fallece en Guinea el presunto paciente cero de la epidemia, un niño de 2 años.

Marzo de
2014

22 de marzo
Las autoridades de Guinea declaran oficialmente el brote.

27 de marzo
Se informa oficialmente de los primeros casos en Conakry, la capital.

31 de marzo
Liberia confirma dos casos de Ébola.

Mayo de
2014

2 de mayo
A pesar de reducirse el número de nuevos casos, MSF alerta de que "la epidemia no ha terminado" e insta a mantener la vigilancia.

26 de mayo
La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa de los primeros casos y muertes en Sierra Leona.

Junio de
2014

3 de junio
MSF alerta de que la epidemia "se reaviva en África occidental".

17 de junio
Primeros casos registrados en Monrovia, capital de Liberia.

23 de junio
La epidemia es ya la peor de la historia. MSF advierte de que está "fuera de control" y reclama una movilización masiva de recursos.

Julio de
2014

20 de julio
Primer caso confirmado en Nigeria; este país será declarado libre del virus el 20 de octubre.

28 de julio
Primer caso reportado en Freetown, capital de Sierra Leona.

En 2014, el Ébola se propagó con rapidez por Liberia, Guinea y Sierra Leona, alcanzando una extensión geográfica sin precedentes.

El 22 de marzo se produjo la declaración oficial de la epidemia de Ébola, que habría de convertirse en la más grave de la historia. MSF desplegó una respuesta también sin precedentes, con miles de trabajadores sobre el terreno: estos equipos trataron a un tercio de todos los casos confirmados en África occidental.

La vulnerabilidad de los sanitarios trajo una doble tragedia: el virus se llevó por delante a quienes habían de hacerle frente. Miles de sanitarios han arriesgado la vida para atender a los pacientes y ayudar a controlar el brote, y casi 500 han fallecido. La epidemia también golpeó a MSF: 27 de sus trabajadores se infectaron en 2014, y 13 fallecieron.

Nunca antes MSF había respondido a una epidemia de fiebre hemorrágica de esta magnitud: Guinea, Liberia, Sierra Leona, Mali, Nigeria, Senegal y, en un brote no relacionado, República Democrática del Congo.

A pesar de haber dado la voz de alarma varias veces (y desde el principio), MSF tuvo que plantar cara a la epidemia en medio de una "coalición global de la inacción". El virus, mientras tanto, se propagaba descontroladamente por la región, llevando a MSF a lanzar un llamamiento inusual en Naciones Unidas, para pedir la movilización

de personal civil y militar con experiencia en riesgos biológicos.

La cifra exacta de fallecidos se desconoce, aunque el balance es superior al causado solo por el virus: muchos murieron de otras enfermedades y dolencias para las que no pudieron ser atendidos debido al colapso de los sistemas de salud.

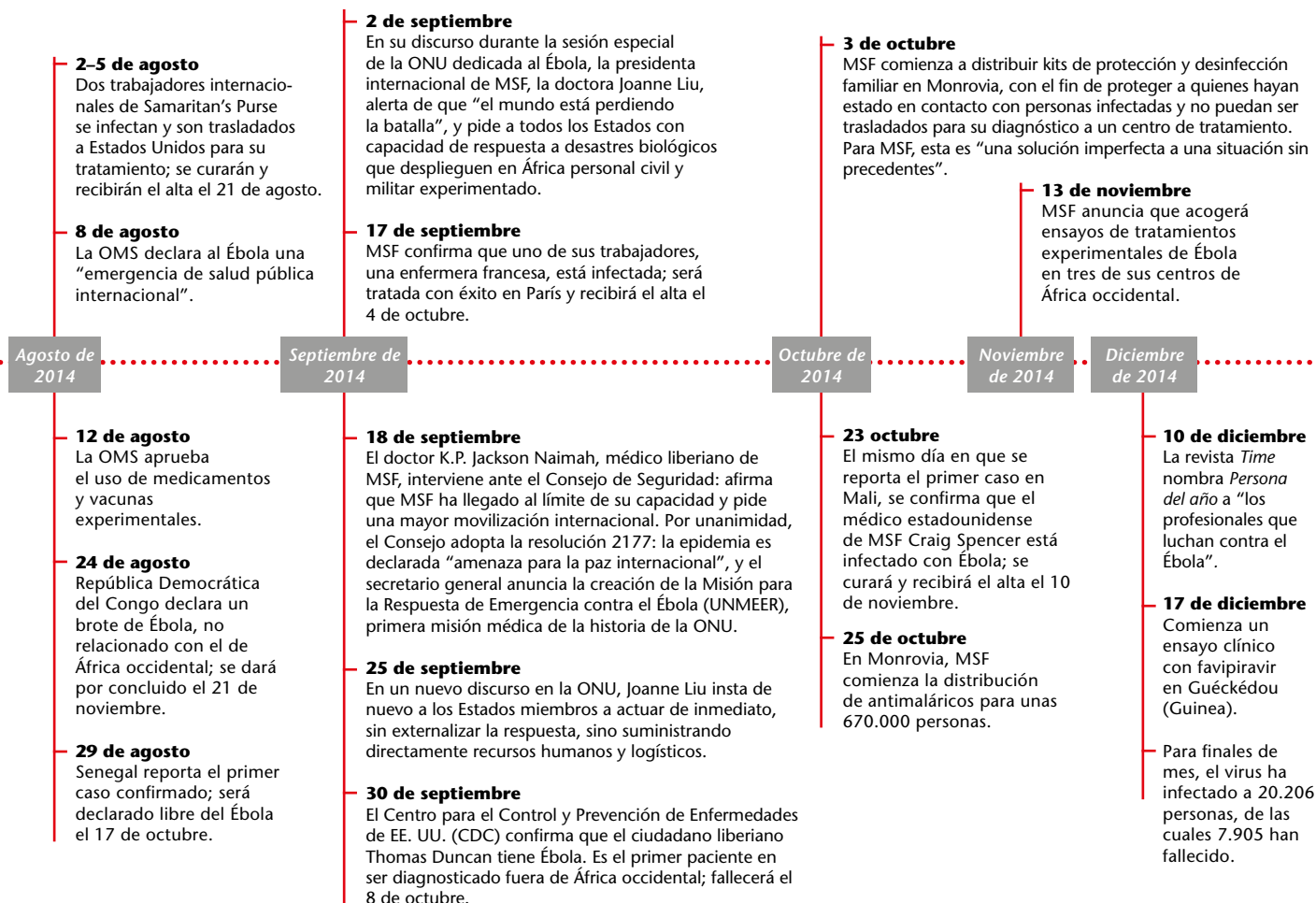
Para finales de año, el número de casos empezaba a declinar. Sin embargo, en el

momento de elaborarse este artículo, el brote estaba aún lejos de acabar. Los equipos de MSF siguen trabajando en centros de tratamiento, al tiempo que se reorientan para cubrir las brechas en actividades como la vigilancia epidemiológica, el rastreo de contactos y la movilización social.

Más información sobre la intervención de MSF, en los apartados de Guinea, Liberia y Sierra Leona.



Un paciente recibe tratamiento de soporte en la zona de alto riesgo del centro de MSF en Kailahun (Sierra Leona).



Testimonio de un trabajador de MSF

PATRICK TRYE, coordinador médico adjunto en Freetown (Sierra Leona)

"Trabajo con MSF desde 2008, así que cuando me puse enfermo en septiembre de 2014, fui directamente a la clínica para personal de la organización, asumiendo que tenía malaria. Pasadas 48 horas, seguía sin responder a los antipalúdicos, y el coordinador médico decidió que había que trasladarme al centro de tratamiento para pacientes con Ébola en Bo, para hacerme la prueba. Al cabo de 24 horas, me dieron los resultados. Fue un momento horrible, pero al menos podía iniciar el tratamiento antes de empezar a tener síntomas graves. Habría sido peor si hubiera llegado a través del teléfono gratuito, porque el equipo podría haber tardado más de 48 horas en recogerme."

En el centro, me aterrorizaba ver a la gente morir de aquello que me acababan de diagnosticar, pero intenté ayudar a quienes me rodeaban mientras pude. Pero pronto empezaron a fallarme las fuerzas debido a los efectos del virus (vómitos, diarrea, sequedad de garganta, debilidad generalizada), y rápidamente vi que no podía ni levantarme. Mi primer instinto fue pensar: 'Me ha llegado la hora, voy a morir'. Pensé en mi familia, en mi comprometida mujer, que siempre había estado a mi lado, en mis queridos hijos, y en mi anciana madre."

No puedo recalcar lo suficiente los horribles momentos que pasé. A mi agonía, se añadía el recuerdo de una compañera de MSF que en todo momento conservó la esperanza de sobrevivir. Ella contaba que había superado la fiebre de Lassa unos años atrás, y decía que también vencería al Ébola. Desafortunadamente, murió dos días después de decirme aquello. Fue muy amargo."

Durante siete días seguí teniendo fiebre alta, y en algún momento llegué a rechazar la medicación. Pero los sanitarios del centro eran incansables, no me lo permitieron y me animaron a seguir. Me dieron antibióticos, y cuando estaba muy débil, suero de rehidratación y fármacos contra la náusea. No tenía apetito y no podía comer. Sin embargo, diez días después de ingresar, empecé a responder al tratamiento, mi garganta se puso mejor, y la diarrea y el vómito cesaron. Fui recuperando el apetito, mi temperatura se normalizó y empecé a recobrar las fuerzas. El 23 de octubre, por fin, me declararon curado."

Pasé seis semanas de reposo absoluto, y entonces me di cuenta de que tenía una batalla pendiente. Había visto a muchas personas morir, y sabía que ahora me necesitaban más que nunca. Siguiendo el consejo del coordinador médico, volví a trabajar a media jornada. Estoy encantado de haber recuperado mi vida normal."

Testimonio de una paciente

BENETTA COLEMAN, superviviente de 25 años de edad

"El Ébola destruyó mi futuro. Me siento sola, desamparada y sin esperanza. Pero estoy agradecida por seguir con vida, a pesar de la pérdida, del dolor, del desamparo y de la desesperanza. Perdí a mi hijo y a mi marido. Perdí a 22 familiares más, incluyendo a mis padres, a mis hermanos pequeños, a mis sobrinas y sobrinos. Yo conseguí sobrevivir, con cuatro sobrinas y sobrinos que ahora están a mi cargo."

La primera que contrajo el virus fue mi sobrina de 4 años, y rápidamente se contagió al resto de la familia, ya que vivíamos en casas vecinas. Sigue siendo un misterio para mí cómo lo contrajo. Antes de esto, yo era una persona feliz, con una familia feliz. Pero el Ébola me robó la felicidad y me quitó mi hogar. Hoy, soy viuda, huérfana y madre afligida. Nunca imaginé que mi vida daría este giro, pero es la triste realidad a la que debo enfrentarme. Debo dejar atrás este horrible pasado. La recuperación ha tenido efectos secundarios y sigo sufriendo dolores en las piernas."

Justo antes de que el Ébola golpeará a mi familia, estaba en el último curso de secundaria. No sé si podré volver a estudiar, porque mi marido y mis padres eran quienes me lo pagaban. No tengo medios para mantenerme y atender a los niños. Mis sueños están rotos."

MÁS DE UNA DÉCADA DE INVESTIGACIÓN OPERACIONAL EN MSF ¿DEL LUJO A LA NECESIDAD?

Colaboradores: Rony Zachariah, Tony Reid, Nathan Ford, Eric Goemaere, Marc Biot, Tom Ellman, Roger Teck, Wilma van den Boogaard, Engy Ali, Marcel Manzi, Rafael Van den Bergh, Petros Isaakidis, Mohamed Khogali, Walter Kizito, Tom Decroo, Laura Bianchi, Pablo Delaunois y Bertrand Draquez.

¿Qué es la investigación operacional?

Para Médicos Sin Fronteras (MSF), en términos prácticos, la investigación operacional es “la búsqueda de conocimiento sobre las intervenciones, estrategias y herramientas que pueden mejorar la calidad o el rendimiento de los programas” médico-humanitarios. En términos generales, puede definirse como “la ciencia de hacer las cosas mejor” y muchas veces tiene que ver con algo tan concreto como “qué funciona y qué no” en los lugares donde trabajamos, con el fin de introducir cambios en los modelos de operaciones de una forma científicamente argumentada.

¿Qué puede lograr la investigación?

Muchas historias ilustran el inicio de la investigación operacional en MSF, pero las más poderosas proceden de la lucha contra la malaria y contra el VIH en África subsahariana.

Malaria

En los noventa, en una clínica de Mali, un médico recetó cloroquina a un enfermo de malaria que ya había sido tratado previamente con ese fármaco en varias ocasiones, sin resultado. El paciente pidió una alternativa. En ese momento, MSF aplicaba un protocolo

nacional basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la cloroquina era el único medicamento disponible. Las autoridades nacionales e internacionales consideraban que no había suficientes evidencias sobre estas resistencias como para justificar el impacto económico que suponía cambiar a tratamientos más eficaces pero más caros. Era preciso demostrar, con datos, que la cloroquina no estaba funcionando.

A principios de la década de los 2000, MSF y su centro de investigación epidemiológica Épicentre iniciaron estudios de eficacia en colaboración con los Ministerios de Salud de varios países. Aquel paciente tenía razón: la cloroquina fracasaba en hasta un 91% de los casos de malaria falciparum, una de las formas más comunes, y la más mortal. Ahora iba a ser posible modificar los protocolos y lanzar otras alternativas.

Este ejemplo no pretende culpar a los médicos, que hacían lo que podían con los limitados recursos de que disponían. La historia simplemente ilustra la importancia de la investigación operacional en la evaluación

de un programa, y por qué debe ser rutinaria en cualquier ciclo de proyecto. Esta cultura de investigación, unida a la aplicación de métodos científicos y a la publicación de resultados con revisión por pares, resulta esencial para el trabajo de incidencia política, para mostrar qué funciona y qué no, y para encontrar soluciones.

VIH/sida

A finales de los noventa y principios de los 2000, MSF fue testigo de los devastadores efectos del VIH en los países pobres. Hubo un fuerte debate interno, sobre si MSF tenía o no que despachar tratamiento antirretroviral (ARV). Los Gobiernos occidentales consideraban que estos fármacos eran demasiado complejos y caros (entonces entre 10.000 y 15.000 dólares por paciente al año), y que por tanto era mejor que África se concentrara en otras prioridades sanitarias. En aquel momento, había más de 25 millones de personas VIH-positivas en África subsahariana, otros 17 millones ya habían muerto, y muchos países de la región se desmoronaban debido a la pandemia.

Sin embargo, en algunos casos, el verdadero problema era de percepciones. Andrew Natsios, director de la Agencia de Desarrollo Internacional estadounidense (USAID) en la Administración de George W. Bush, se mostró contrario a financiar programas de ARV en África porque, según afirmó al *Boston Globe* (junio de 2001), los problemas tenían que ver “con la naturaleza de los propios africanos”. “No saben lo que es un reloj –aseguraba–. Para que funcionen, los fármacos deben tomarse a unas horas concretas. Pero si usted dice ‘a la una de la tarde’, el africano no sabe de qué le está hablando”. Aquellas declaraciones provocaron un rechazo generalizado y algunas voces pidieron la dimisión de Natsios. El papel de la investigación operacional era responder a quienes pensaban como él. Los estudios de MSF en Uganda, Kenia, Sudáfrica, Malaui y Tailandia tuvieron un papel histórico a la hora de demostrar la viabilidad y eficacia del tratamiento ARV en entornos de pocos recursos. También mostraron que, con estos fármacos, el VIH podía dejar de ser una sentencia de muerte y convertirse en una enfermedad crónica manejable.



© Marco Longari/AFP

Un paciente VIH-positivo recibe su paquete mensual de antirretrovirales, en el hospital de distrito de Thyolo (Malaui).



convinciente. La investigación operativa hace las veces de *testigo científico*.

¿Ha abrazado MSF esta ciencia?

MSF se ha convertido en un importante agente en la investigación médica internacional, y así se refleja en las numerosas publicaciones (con revisión por pares) de los expertos de la organización: de cinco artículos en 2000 (casi todos sobre VIH), pasamos a más de 150 en 2014 (y sobre muy diversas cuestiones). Desde 2010, la web gratuita Investigación en el Terreno de MSF, www.fieldresearch.msf.org, ha generado 430.000 descargas. Cada vez parece haber mayor interés en la investigación de MSF, y parece claro que la información producida es útil para muchas personas.

Además, MSF ha creado becas de investigación, participa en congresos internacionales y cuenta con una Junta de Revisión Ética. La organización se posiciona institucionalmente a favor de la gratuidad de estas publicaciones, ha creado un fondo para financiar la innovación, y ha establecido registros de investigación. MSF también ha sido agente pionero en el desarrollo de un curso acreditado por la OMS que permitirá aumentar la investigación operativa en 70 países de renta baja y media: este curso quiere impulsar una investigación más relevante y una mejor implementación de los programas sanitarios y, en definitiva, salvar más vidas.

La integración de la investigación en las intervenciones de MSF ha ayudado a mejorar la eficacia de sus programas; ha aportado datos para defender una mejor atención para los pacientes; y ha contribuido al crecimiento de la capacidad mundial de investigación. El trabajo de unidades de MSF como Luxor (Luxemburgo), SAMU (Sudáfrica), Manson Unit (Reino Unido), Épicentre (Francia) y la Unidad Médica en Brasil (BRAMU), más que un lujo, es un componente vital para la eficacia de la ayuda humanitaria.

El trabajo de incidencia política de MSF, basado en esta investigación y en estrecha colaboración con las organizaciones que defendían la reducción de precios (ahora es de unos 70 dólares, unos 60 euros), contribuyó de forma decisiva a que los líderes mundiales empezaran a pensar en ampliar en todo el mundo la cobertura del tratamiento antirretroviral.

Una investigación relevante para MSF

La investigación permite a MSF mejorar el desempeño de un programa, ayudar a los pacientes, evaluar la viabilidad de nuevas

estrategias o intervenciones, y abogar por cambios en los protocolos de actuación. Sirve para que MSF rinda cuentas ante sus pacientes, sus donantes y ante sí misma, todo un acicate contra la inercia y la burocratización. Además, mejora la visibilidad y credibilidad médico-científica de MSF, anima a sus equipos en el terreno a consultar la literatura científica, y facilita la colaboración con otras organizaciones. También refuerza las sinergias en la recopilación y seguimiento de datos, así como en la respuesta a los mismos: todo ello es vital para dar un testimonio médico

Ejemplos de investigaciones operacionales publicadas por MSF y su impacto en los protocolos y la práctica médica:

Estudio	Principales conclusiones	Impacto
<i>Improving performance of medical interventions</i> Tayler-Smith, K., Zachariah, R., Hinderaker, S.G., Manzi, M., De Plecker, E., Van Wolveaer, P., et al. <i>Sexual violence in post-conflict Liberia: survivors and their care. Tropical Medicine & International Health</i> . 2012; 17(11): 1356-60.	El paquete de asistencia solo se dirigía a las mujeres adultas, y no estaba adaptado a un contexto en el que menores y hombres también eran víctimas de la violencia sexual.	Provocó la revisión de las guías de Liberia y MSF.
<i>Assesing feasibility of interventions in specific populations</i> O'Brien, D.P., Sauvageot, D., Zachariah, R., Humblet, P. <i>In resource-limited settings good early outcomes can be achieved in children using adult fixed-dose combination antiretroviral therapy. AIDS</i> . 2006; 20(15): 1955-60.	En un contexto de conflicto, el tratamiento antirretroviral integrado puede implantarse con buenos resultados.	Aportó información sobre cómo implementar un programa integrado de VIH/sida en un entorno rural de conflicto, y llevó a la revisión de las guías de atención a desplazados de SPHERE*.
<i>Advocating for policy change</i> Guthmann, J.P., Checchi, F., Van den Broek, I., Balkan, S., Van Herp, M., Comte, E., et al. <i>Assessing antimalarial efficacy in a time of change to artemisinin-based combination therapies: the role of Médecins Sans Frontières. PLoS Med</i> . 2008; 5 (8): e169.	En 18 países, se confirman altos niveles de resistencia de la malaria falciparum y la ineficacia de los regímenes nacionales de tratamiento.	Condujo a modificar los protocolos nacional e internacional para adoptar un tratamiento antipalúdico más eficaz.

*Guías de referencia en la atención sanitaria a poblaciones refugiadas y desplazadas.

LA CAMPAÑA DE ACCESO DE MSF EN 2014

En 1999, Médicos Sin Fronteras (MSF) lanzó la Campaña de Acceso a medicamentos. Su único propósito ha sido defender el desarrollo de fármacos, métodos de diagnóstico y vacunas vitales, y conseguir que estén disponibles para quienes los necesitan para sobrevivir, tanto en los proyectos de la organización como en general. En 2014, la Campaña trabajó en las siguientes áreas.

Vacunas

La Campaña puso el foco sobre los desafíos que plantea la vacunación de los niños contra enfermedades potencialmente mortales en los países pobres. MSF reclamó a las farmacéuticas rebajas en los precios de las vacunas y mejoras en su termoestabilidad, para que puedan ser transportadas a lugares remotos sin necesitar una refrigeración constante.



Tuberculosis

Tras sobrevivir a la tuberculosis extrarresistente (TB-XDR, la forma más mortal de la enfermedad), la adolescente sudafricana Phumeza Tisile y la doctora de MSF responsable de su tratamiento, Jenny Hughes, escribieron el manifiesto *Diagnósticame, trátame*. El texto instaba a los países, las farmacéuticas, los donantes y los investigadores a desarrollar mejores diagnósticos y tratamientos de la tuberculosis resistente. La petición recabó más de 55.000 firmas en todo el mundo, y fue presentada por Phumeza en el pleno de la Asamblea Mundial de la Salud de la ONU en Ginebra, en mayo.



mantenerse firme ante la presión ejercida por el Gobierno de Estados Unidos y las multinacionales farmacéuticas.

Hepatitis C

Entre los medicamentos con precios desorbitados, se encuentran los fármacos para tratar la hepatitis C, que afecta a 150 millones de personas en todo el mundo.

MSF, que se disponía a ampliar estos programas de tratamiento, pidió a las farmacéuticas una reducción de precios, ya que existe un enorme margen entre estos y el coste real de producción. También instó a países y empresas a tomar todas las medidas necesarias para garantizar el acceso asequible a estos medicamentos vitales.



Ébola

La epidemia sin precedentes de Ébola en África occidental llevó a MSF a hacer un llamamiento a donantes, investigadores y farmacéuticas para colaborar en los ensayos acelerados de nuevas vacunas y tratamientos, y para que estos estén disponibles en los países afectados. La organización puso sus centros de tratamiento a disposición de los ensayos clínicos.



Proteger 'la farmacia de los pobres'

India desempeña un papel esencial en el suministro de medicamentos asequibles a los países pobres, así como a algunos programas de MSF. Pero hoy se multiplican los ataques contra la Ley india de Patentes y su salvaguarda de salud pública, que es la que ha permitido el florecimiento de la competencia genérica (facilitadora de las reducciones de precio). MSF instó al Gobierno indio a



Acuerdos comerciales

Los acuerdos comerciales en plena negociación entre países ricos y pobres, y en especial el Acuerdo Transpacífico de Asociación (TPP), suponen una grave amenaza para el acceso a medicamentos vitales. MSF ha instado a los países a rechazar aquellas disposiciones de propiedad intelectual que, al favorecer la ampliación de monopolios, perjudican la producción de genéricos y contribuyen a mantener los precios elevados.



Prioridades para 2015

En 2015, MSF se centra en las vacunas, con una campaña internacional que está reclamando un abaratamiento de estos productos, y más transparencia en los mecanismos de establecimiento de sus precios. La Campaña de Acceso también seguirá presionando para que los medicamentos contra la hepatitis C sean asequibles, y por una mayor disponibilidad de nuevos fármacos contra la TB resistente.

Mantente conectado

Si quieres estar puntualmente informado sobre el trabajo de la Campaña de Acceso de MSF, puedes visitar www.msfaccess.org (en inglés), registrarte para recibir su boletín de noticias, o seguir la cuenta de Twitter @MSF_Access.



© Corentin Fohlen

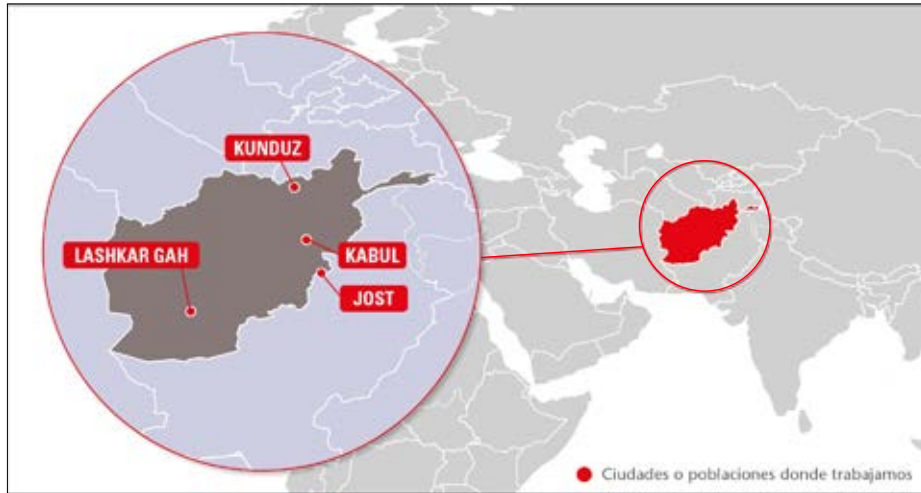
Ismael, de 4 años de edad, tiene cólera severo, y está hospitalizado en el centro de tratamiento de MSF en Delmas, Puerto Príncipe (Haití).

ACTIVIDADES POR PAÍS

22	AFGANISTÁN	36	FILIPINAS	56	MADAGASCAR	73	SIERRA LEONA
24	ARMENIA	37	GEORGIA	57	MALAUÍ	75	SIRIA
24	BANGLADESH	37	GRECIA	58	MALI	77	SUAZILANDIA
25	BOLIVIA	38	GUINEA	59	MAURITANIA	78	SUDÁFRICA
26	BULGARIA	40	GUINEA-BISSAU	59	MÉXICO	79	SUDÁN
26	BURKINA FASO	40	HAITÍ	60	MOZAMBIQUE	80	SUDÁN DEL SUR
27	BURUNDI	42	HONDURAS	60	MYANMAR	82	TAYIKISTÁN
27	CAMBOYA	43	INDIA	61	NÍGER	82	TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS
28	CAMERÚN	45	IRAK	63	NIGERIA	83	TURQUÍA
29	CHAD	47	IRÁN	65	PAKISTÁN	84	UCRANIA
31	CHINA	47	ITALIA	67	PAPÚA NUEVA GUINEA	85	UGANDA
31	COLOMBIA	48	JORDANIA	68	REPÚBLICA CENTROAFRICANA	85	UZBEKISTÁN
32	COREA DEL NORTE	49	KENIA	70	REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO	86	YEMEN
33	COSTA DE MARFIL	51	KIRGUISTÁN	72	RUSIA	87	ZIMBABUE
33	EGIPTO	51	LESOTO				
34	ETIOPÍA	52	LÍBANO				
		54	LIBERIA				
		56	LIBIA				

AFGANISTÁN

Nº de trabajadores en 2014: 1.738 | Gasto: 24,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1980 | msf.org/afghanistan | blogs.msf.org/en/staff/blogs/msf-in-afghanistan



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

306.600 consultas externas

39.600 partos asistidos

7.800 intervenciones quirúrgicas

Tras más de una década de ayuda e inversión internacional, el acceso a la atención primaria y de urgencias en Afganistán sigue siendo muy limitado y responde mal a las crecientes necesidades médicas causadas por el conflicto.

En febrero de 2014, Médicos Sin Fronteras (MSF) publicó el informe *De la retórica a la dura realidad: la ardua lucha para conseguir atención médica en Afganistán*, que apuntaba los riesgos graves y a menudo mortales a que se exponen quienes necesitan asistencia sanitaria. La mayoría de los 800 pacientes entrevistados no pudo conseguir asistencia médica urgente debido a la inseguridad, la distancia y el coste. De los que llegaron a los hospitales de MSF, el 40% se encontraron durante el trayecto con combates, minas y puestos de control, o sufrieron abusos. Estos testimonios reflejan la gran diferencia entre la teoría y la realidad en lo que a atención médica se refiere.

Hospital de Dashte Barchi, Kabul

A finales de noviembre MSF abrió una sala de maternidad en el hospital de distrito de Dashte Barchi, en el oeste de Kabul.

Durante la última década, Kabul se ha convertido en una de las ciudades de mayor crecimiento del mundo, pero los servicios básicos no se han incrementado al mismo ritmo que la población. El área de Dashte Barchi tiene más de un millón de habitantes, y tan solo un hospital público y tres centros de salud (también públicos). Con el fin de reducir la mortalidad materna y neonatal, MSF abrió un nuevo pabellón de obstetricia en el hospital,

que ofrece atención gratuita continua a las mujeres con complicaciones en el embarazo o el parto y a los recién nacidos enfermos de gravedad. Apenas un mes después de abrir, el pabellón ya funcionaba a su máxima capacidad: para finales de diciembre se habían asistido en 627 partos, 33 de ellos con cesárea.

Este pabellón de 46 camas incluye una sala de partos, una unidad de cuidados intensivos, un departamento de hospitalización y un quirófano. También ofrece servicios de vacunación y cuenta con laboratorio y un banco de sangre. Incluso tiene una unidad de *cuidado canguro*, donde los recién nacidos y sus madres están en contacto directo, piel con piel, de modo que

el calor materno regula la temperatura del bebé a modo de incubadora natural.

Hospital de Ahmed Shah Baba, Kabul

En el este de Kabul, MSF siguió mejorando el hospital de Ahmed Shah Baba: incrementó el número de camas y reforzó la formación del personal. El hospital presta atención médica gratuita, con particular énfasis en los servicios de emergencia (cuenta con quirófanos y cirujanos disponibles en todo momento) y maternidad (es la más importante en Bagram y alrededores). En 2014, el equipo atendió 10.094 consultas prenatales y 14.968 partos, y realizó 949 cirugías.



El campo de Gulán, en la provincia de Jost (este), es el hogar temporal de millares de personas que han cruzado la frontera desde Pakistán.



Las matronas del hospital de Jost examinan a unos gemelos recién nacidos. MSF atendió 15.204 partos en este centro en 2014.

Centro de urgencias en Kunduz

En la provincia de Kunduz (norte), el centro de urgencias de MSF ofrece cirugía gratuita a personas con heridas relacionadas con el conflicto armado, así como a otros pacientes traumáticos, como víctimas de accidentes de tráfico o personas con lesiones graves o de cierta consideración en la cabeza. En 2014 continuaron las obras de construcción y renovación: se ampliaron la unidad de cuidados intensivos y el número de camas (hasta 70).

El número de pacientes aumentó: 22.193, con 5.962 cirugías. Un 54% de admitidos para un tratamiento más prolongado tenían lesiones relacionadas con el conflicto, causadas por explosiones, disparos o ataques con cohetes. Al ser el único centro de urgencias en la región norte, llegan pacientes de provincias vecinas como Baglán, Tajar y Badajshán. Durante periodos intensos de combates, quienes intentan llegar se arriesgan a quedar atrapados en el fuego cruzado o retenidos en los puestos de control; para algunos heridos, llegar en menos de una hora puede evitar que sufran amputaciones e incluso salvarles la vida.

De hecho, el estudio de MSF indicaba que en Kunduz más de una de cada cinco personas habían tardado más de 12 horas en llegar al hospital, ya fuera por la inseguridad de los desplazamientos nocturnos, por los combates, o simplemente porque no podían encontrar transporte.

Maternidad de Jost

El hospital de Jost es el único de la provincia con servicios especializados de maternidad, y

muchas mujeres recorren largas distancias para acceder a la asistencia gratuita y de alta calidad que aquí se ofrece. Las prioridades son los partos complicados y reducir la elevada tasa de mortalidad materna. En 2014, se atendieron 15.204 partos: cerca de uno de cada tres niños nacidos en la provincia vino al mundo en este hospital.

Asistencia a los refugiados en Gulán

A principios del verano, decenas de miles de personas cruzaron la frontera desde la región paquistaní de Waziristán del Norte, huyendo de la ofensiva militar, para buscar refugio en Jost, Paktia y Paktika. Entre julio y septiembre, MSF proporcionó asistencia médica y agua y saneamiento en el campo de Gulán, a 18 km de la ciudad de Jost. Dada la baja cobertura de vacunación en Waziristán, MSF se centró en inmunizar contra el sarampión a los niños de entre 6 meses y 15 años de edad: más de 2.900. También estableció una clínica, que atendió a 100 pacientes de media al día. Una vez operativos los servicios básicos, MSF traspasó las actividades médicas y de saneamiento a otras organizaciones humanitarias capacitadas para dar apoyo a largo plazo a los refugiados.

Hospital de Boost, Lashkar Gah (Helmand)

Un equipo de MSF continuó dando respaldo al hospital de Boost, en los servicios de cirugía, medicina interna, urgencias, maternidad, pediatría y cuidados intensivos. Este centro, dotado de 285 camas, admitió a unos 2.480 pacientes, con una media de 300 cirugías al mes. La capacidad de la maternidad se amplió,

de 40 a 60 camas; en 2014 se atendieron 9.207 partos.

Helmand es una de las provincias más afectadas por el conflicto. Casi a diario, la población se ve expuesta a las minas, las bombas y los estallidos de violencia. El informe de febrero reveló que, debido a la inseguridad, algunos pacientes habían esperado más de una semana antes de buscar ayuda médica. Estos retrasos son particularmente peligrosos para los niños, y muchos de ellos llegan ya muy enfermos al hospital. La desnutrición sigue siendo aquí una de las principales causas de mortalidad infantil, y el centro de nutrición terapéutica del hospital trató en 2014 a 2.200 niños con desnutrición severa.

TESTIMONIO

FÁTIMA, de 30 años, vive en Dashte Barchi.

"Estoy muy cansada, pero muy feliz. Es mi primer hijo. He tenido cuatro embarazos, pero nunca llegué a dar a luz. Perdí a todos mis bebés, a los tres meses, a los cuatro, a los cinco; el último a los seis... Cuando volví a quedarme embarazada, fui a una pequeña clínica privada para recibir atención prenatal. Nunca lo había hecho, porque no nos llega el dinero. Pero esta vez pensamos que era muy importante hacerlo, y fui tres veces. Mi marido tuvo que trabajar mucho para pagarlo. Cuando tuve al niño, unos vecinos nos animaron a venir [a la clínica de MSF]. Me dijeron que me cuidarían".

ARMENIA

Nº de trabajadores en 2014: 91 | Gasto: 2,2 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1988 | msf.org/armenia



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

120 pacientes con TB-MDR en tratamiento

Médicos Sin Fronteras trabaja junto al Ministerio de Salud en la mejora de las medidas de control de la tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR).

La tuberculosis sigue siendo un importante problema de salud pública en Armenia, que tiene una de las tasas de la forma multirresistente de la enfermedad (TB-MDR) más elevadas del mundo. Según el Laboratorio Nacional de Referencia, en 2012 la padecían un 38% de los pacientes que estaban repitiendo el tratamiento, y un 14% de los nuevos casos diagnosticados.

Desde 2005, MSF trabaja en la mejora del diagnóstico y tratamiento de la TB resistente, y en la asistencia a los pacientes para que puedan superar la complicada terapia. Además de la sensibilización, asesoramiento y apoyo social al paciente, MSF también ha ayudado a implementar medidas de control de infecciones.

Desde abril de 2013, es posible tratar la TB-MDR y la forma extrarresistente (TB-XDR) con un nuevo medicamento más eficaz, la bedaquilina. Hasta septiembre de 2014, MSF y el Ministerio de Salud se lo administraron a 46 pacientes. MSF colabora en el suministro

del fármaco y en el cuidado diario y seguimiento de los pacientes, y también asegura la disponibilidad de otros antibióticos eficaces en el tratamiento de estas cepas.

Los tratamientos actuales para la TB-MDR y la TB-XDR duran hasta dos años, son dolorosos y pueden tener efectos secundarios graves, como la pérdida de oído. Y ni siquiera son demasiado eficaces: menos de la mitad de los pacientes se curan. La migración estacional (por razones económicas) de muchas personas, así como el estigma que rodea a la enfermedad, complican aún más la adherencia al tratamiento. MSF trabaja con el Ministerio para ofrecer un apoyo adaptado a cada persona, por ejemplo, con asesoramiento o atención a domicilio.

MSF trabaja para mejorar la capacidad del Programa Nacional de TB a la hora de responder a las formas resistentes de la enfermedad, con vistas al traspaso de estas actividades en 2016.

BANGLADESH

Nº de trabajadores en 2014: 324 | Gasto: 3,1 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1985 | msf.org/bangladesh



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

96.900 consultas externas

4.200 consultas de salud mental, individuales y en grupo

Médicos Sin Fronteras prestó asistencia básica a grupos vulnerables: refugiados indocumentados, mujeres jóvenes y personas que viven en zonas remotas o barrios chabolistas.

Muchos de los rohingyas indocumentados huidos de la violencia y la persecución en Myanmar llevan décadas viviendo en campos provisionales cerca de la frontera; siguen siendo víctimas de la discriminación y carecen de acceso a la atención sanitaria. En el campo de Cox's Bazar (en Kutupalong), MSF gestiona una clínica de atención integral básica y de emergencia para los refugiados y la comunidad de acogida; también cuenta con servicios de hospitalización y tratamiento de la tuberculosis, y con un laboratorio. En 2014 fueron atendidos unos 80.000 pacientes

en consulta externa, más de 1.200 fueron hospitalizados, y 6.000 mujeres acudieron a consulta prenatal. Además se realizaron más de 3.000 consultas de salud mental.

Malas condiciones de vida en los barrios pobres

En Kamrangirchar y Hazaribagh, los equipos de MSF realizaron más de 4.450 consultas médicas en fábricas y curtidurías. MSF está buscando la forma de mejorar el acceso a la salud de estos trabajadores, muchos de los cuales trabajan en condiciones peligrosas durante largas jornadas.

MSF también mantuvo su programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes de entre 10 y 19 años: más de 7.700 consultas externas, 460 partos asistidos y 1.070 consultas de salud mental relacionadas con problemas como la violencia conyugal. Además, unas 670 víctimas de violencia sexual y doméstica recibieron atención médica y psicológica de



Una enfermera de MSF y dos trabajadores de salud locales, de camino a una aldea perdida en las colinas de Chittagong, en el marco de la emergencia de malaria.

emergencia; el 80% de ellas continuaron después con las consultas de salud mental.

MSF también evaluó la cobertura de inmunización infantil, y administró 3.560 vacunas contra el sarampión y 3.050 contra la poliomielitis (suministradas por el Ministerio de Salud).

Emergencia de malaria

En agosto, MSF respaldó al Ministerio durante un grave brote de malaria en Bandabaran, en las colinas de Chittagong, una zona remota que requirió que los equipos se desplazaran en barca y después a pie. La intervención duró tres meses y más de 2.280 personas recibieron tratamiento antipalúdico.

Investigación sobre el kala azar

En Fulbaria (distrito de Mymensingh), MSF siguió investigando un tratamiento para la leishmaniasis dérmica pos kala azar, y espera los primeros resultados para finales de 2015.

BOLIVIA

Nº de trabajadores en 2014: 12 | Gasto: 0,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1986 | msf.org/bolivia



Según las estimaciones, hasta un millón de personas están infectadas con Chagas en Bolivia.

Una persona con Chagas puede vivir con la enfermedad durante años sin mostrar síntomas; cerca de un tercio de los infectados desarrolla complicaciones que, sin tratamiento, pueden ser fatales. El Chagas es endémico en el 60% del territorio boliviano, pero debido a la falta de acceso a la salud, solo el 4% de los enfermos reciben tratamiento. El Gobierno reconoce que este es un importante problema sanitario y trabaja para hacerle frente. A pesar de ello, el tratamiento no está garantizado ni integrado en la asistencia primaria.

Médicos Sin Fronteras ha lanzado varios programas de tratamiento del Chagas durante sus años de trabajo en Bolivia, en especial en la provincia de Narciso Campero (departamento de Cochabamba), donde la enfermedad es muy frecuente; estos proyectos han sido traspasados al Ministerio de Salud, que los gestiona desde 2013.

En 2014, MSF se centró en otra área prioritaria: el municipio de Monteagudo, en la provincia de Hernando Siles (departamento de Chuquisaca). Casi ninguno de los 61.900 residentes de esta zona tiene acceso a tratamiento. En colaboración con el Ministerio, MSF está desarrollando un modelo de prevención y tratamiento que pueda integrarse en la atención primaria.

MSF también colaboró con el Ministerio y la Universidad John Hopkins en el lanzamiento del programa eMOCHA, que utiliza la tecnología móvil y de geolocalización. Este sistema permite que, al detectar una infestación de vinchuca, un voluntario de la comunidad envíe un SMS gratuito a una central de información, que activa entonces el despliegue de un equipo de control vectorial.

BULGARIA

Nº de trabajadores en 2014: 16 | Gasto: 0,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1981 | msf.org/bulgaria



En 2014 se incrementó enormemente la cifra de sirios que llegaban a Bulgaria procedentes de Turquía.

El Gobierno búlgaro no estaba preparado para la llegada masiva de nuevos refugiados: aunque estableció varios campos temporales, la provisión de alimentos, refugio y atención médica y psicológica era insuficiente. Los refugiados dormían en tiendas de campaña sin medios de calefacción, y hasta 50 personas tenían que compartir un mismo aseo.

Ante estas terribles condiciones en los centros de recepción, en el invierno de 2013-14 MSF comenzó a trabajar en los peor

acondicionados: Vrezdevna y Voenna Rampa, en Sofía, y en Harmanli, cerca de las fronteras turca y griega. Los equipos prestaron atención básica (con más de 5.500 consultas externas), prenatal y psicológica, distribuyeron ayuda de urgencia y realizaron mejoras en edificios e instalaciones.

En mayo, cuando las autoridades ya disponían de más recursos y las condiciones habían mejorado, MSF traspasó los programas médicos y psicológicos a la Agencia Estatal para los Refugiados y a otras organizaciones humanitarias.

Más información sobre los refugiados y los migrantes que llegan a Europa en los apartados de Italia, Grecia y Serbia.

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

6.600 consultas externas

800 kits de artículos de primera necesidad distribuidos

BURKINA FASO

Nº de trabajadores en 2014: 63 | Gasto: 1,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1995 | msf.org/burkinafaso



En septiembre, Médicos Sin Fronteras (MSF) concluyó su programa de asistencia médica a los refugiados malienses.

En febrero de 2012, empezaron a llegar a la provincia de Udalan refugiados malienses que huían de la violencia y los disturbios en su país. MSF lanzó un programa de asistencia primaria para unas 8.000 personas en los asentamientos improvisados de los alrededores de Gandafabou.

En julio de 2013, cuando las autoridades trasladaron a los refugiados a campos oficiales, MSF reorientó sus actividades para ayudar a quienes se habían asentado en

Déou (2.000 personas) y Dibissi (4.000). Se realizaron clínicas móviles tres veces por semana.

En el distrito de Déou, MSF organizó servicios de asistencia básica para los niños de hasta 5 años, y de paso evaluó su estado nutricional y se aseguró de que estaban debidamente vacunados.

Una vez disminuyó el número de refugiados malienses en Udalan, y tras realizar donaciones de medicamentos y material a los servicios médicos de la zona, MSF concluyó sus actividades en septiembre.

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

10.900 consultas externas

430 pacientes con malaria tratados

370 partos asistidos

BURUNDI

Nº de trabajadores en 2014: 122 | Gasto: 2,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1992 | msf.org/burundi



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

2.700 pacientes con malaria tratados

El protocolo de tratamiento antipalúdico del Ministerio de Salud incluye ya el artesunato inyectable para los pacientes con malaria severa.

En consecuencia, los programas de Médicos Sin Fronteras para la reducción de la mortalidad por malaria severa están siendo traspasados al Ministerio: en julio lo fue el de Kirundo (que daba apoyo a 34 clínicas de diagnóstico y tratamiento), seguido en 2015 por el de Mukenke. El artesunato inyectable es fácil de administrar, el tratamiento es más corto y es más eficaz que la quinina, además de tener menos efectos secundarios.

Tratamiento de la fístula

Un equipo de MSF siguió prestando tratamiento para la fístula obstétrica en el centro de salud de Urumuri, en Gitega, donde también trabajó en promoción de la salud, formación del personal sanitario y búsqueda proactiva de casos clínicos. MSF ofreció cirugía reconstructiva, fisioterapia y apoyo psicosocial, así como una línea telefónica para las mujeres que busquen ayuda. 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 número de nuevos casos ha disminuido en los últimos años, al tiempo que se iban operando los casos existentes cuando se estableció el programa en 2010. A finales de septiembre de 2015, este proyecto será traspasado al Ministerio de Salud, que asumirá los casos restantes. MSF ha formado a tres médicos de Burundi en la cirugía de la fístula.

Cierre de la misión

MSF ha elaborado un plan de preparación para emergencias, pero, en caso de no necesitarse una mayor intervención por su parte, cerrará todos sus programas en Burundi antes de concluir 2015.

CAMBOYA

Nº de trabajadores en 2014: 155 | Gasto: 2,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1979 | msf.org/cambodia



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.300 pacientes con TB en tratamiento

Médicos Sin Fronteras ofrece tratamiento para la malaria y la tuberculosis (TB), dos de los principales problemas de salud.

Los medicamentos basados en la artemisinina son el tratamiento antimalárico más eficaz. Utilizados junto con otras medidas de prevención, como las mosquiteras, han reducido el sufrimiento

y la muerte causados por el paludismo. Sin embargo, se han identificado áreas de resistencia a la artemisinina, lo que podría dificultar el tratamiento y eliminación del paludismo. Estas áreas se hallan en regiones fronterizas muy pobres y remotas, donde la alta movilidad de la población y la falta de atención médica complican el control de la enfermedad.

Entre septiembre y octubre, MSF realizó un estudio sobre malaria resistente en 23 pueblos del distrito de Chey Saen, en la provincia de Preah Vihear. Para 2015 está previsto un programa con un protocolo específico de tratamiento, destinado a eliminar esta cepa. La detección activa de casos se inició en 2014, y se han establecido equipos de promoción de la salud para concienciar a las comunidades.

Por otra parte, la prevalencia de la tuberculosis sigue siendo una de las más altas del mundo. En Kampong Cham, la provincia más poblada del país, MSF ha mantenido su programa de asistencia integral a estos enfermos, y la prioridad es la detección temprana y proactiva de las

personas con alto riesgo de contraerla. En marzo, MSF completó la primera fase de búsqueda proactiva de casos en el distrito de Tboung Khmum: fueron examinados los mayores de 55 años (un grupo de alto riesgo), 4.903 personas en total, de las cuales 138 resultaron tener tuberculosis. En octubre se lanzó una segunda búsqueda de casos.

TESTIMONIO

THEA, de 76 años, fue identificada en la búsqueda de casos en la aldea de Kien Romiet, y hospitalizada para su tratamiento.

"MSF fue a hablar con el jefe de la aldea, que nos pidió a todos que fuéramos a verles para hacernos un reconocimiento. Vino una furgoneta y se llevó al hospital a todos los que querían ser examinados. Al terminar el reconocimiento, el doctor me dijo que tenía tuberculosis. Yo no sabía que estaba enferma, pero MSF sí lo sabía".

CAMERÚN

Nº de trabajadores en 2014: 277 | Gasto: 8,7 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1984 | msf.org/cameroon



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

110.200 consultas externas

25.600 pacientes con malaria tratados

10.500 niños tratados en centros nutricionales

3.300 pacientes hospitalizados

Médicos Sin Fronteras lanzó un programa de emergencia en el este de Camerún, en respuesta a la afluencia de refugiados de República Centroafricana (RCA).

En 2014, el conflicto en RCA provocó la huida de cientos de miles de personas hacia los países vecinos. Tan solo en febrero, en apenas 10 días, llegaron a Camerún unos 9.000 refugiados; para finales de año, se estimaba que había unos 135.000.

En enero, MSF empezó a trabajar con el Ministerio de Salud Pública prestando asistencia médica, nutricional y psicológica en los campos de Garoua-Boulai, Gado-Badzéré, Gbiti y Batouri. La mayoría de los pacientes sufrían desnutrición, malaria e infecciones respiratorias. Las comunidades de acogida también recibieron atención médica, sobre todo en maternidad y para niños de hasta 15 años. MSF también colaboró en las campañas de vacunación.

En Garoua-Boulai, ciudad fronteriza a la que llegaban muchos refugiados, MSF realizó consultas médicas, distribuyó materiales y kits de ayuda y trabajó en el saneamiento y el abastecimiento de agua en el puesto fronterizo de Pont Bascule. En octubre, los programas de agua y saneamiento fueron traspasados a la ONG Solidarité Internationale. Otro equipo siguió trabajando en el hospital de distrito, con una media de 1.000 consultas externas a la semana. Además, en el Hospital Protestante, MSF dio apoyo a un centro de nutrición terapéutica e incrementó hasta 100 el número de camas para niños con desnutrición severa.

Entre febrero y octubre, MSF gestionó un centro de salud en el campo de Gado-Badzéré (a 25 km de Garoua-Boulai), que contaba con un centro de nutrición ambulatorio y espacios para la atención psicosocial individual y de grupo. MSF también se hizo cargo del agua y saneamiento y de la vigilancia epidemiológica, y respondió a un brote de cólera.

En marzo, MSF empezó a trabajar en Gbiti, otra ciudad fronteriza donde habían 20.000 refugiados en un campo improvisado: realizó más de 1.000 consultas médicas a la semana,

suministró agua, y construyó letrinas y duchas. Además, dos equipos móviles dieron atención médica a pequeños grupos de refugiados que deambulaban por la zona. MSF trasladó a los pacientes que necesitaban cuidados intensivos a los hospitales de Bertoua y Batouri, y ayudó a este último en la atención a pacientes con desnutrición severa complicada; asimismo aumentó la capacidad de este centro, hasta llegar a las 150 camas.

Úlcera de Buruli: concluye el programa

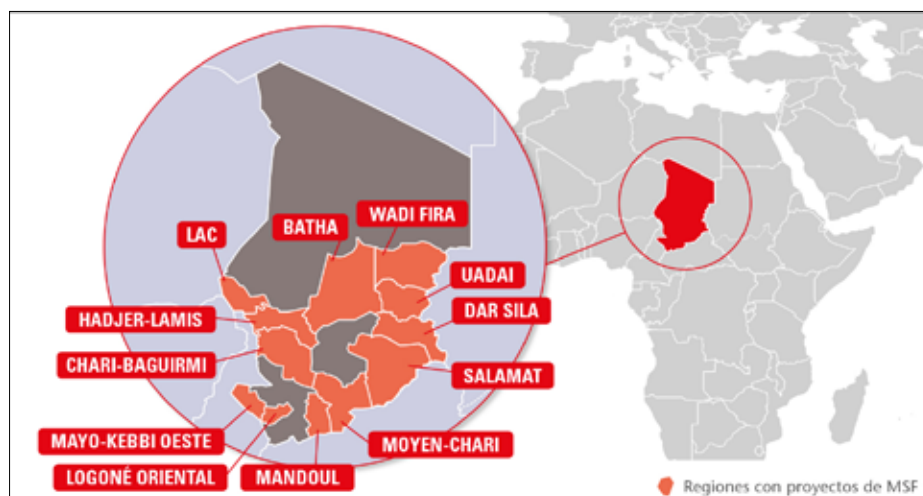
La úlcera de Buruli es una enfermedad tropical que destruye los tejidos blandos y cutáneos. En junio, MSF traspasó al Ministerio de Salud el pabellón para pacientes de esta enfermedad de Akonolinga, establecido en 2002 para atender al elevado número de afectados en la zona. La atención en este centro se basa en el tratamiento con antibióticos, la cura de heridas, la cirugía y la fisioterapia. Desde 2002 fueron tratados unos 1.400 pacientes y cerca de 43.000 personas se beneficiaron de las campañas de promoción de la salud. El Hospital Universitario de Ginebra (Suiza) seguirá formando a estudiantes cameruneses de Medicina en el tratamiento y cuidado de heridas crónicas como las causadas por esta enfermedad.



Refugiados en el campo de Gbiti, junto a la frontera con República Centroafricana.

CHAD

Nº de trabajadores en 2014: 1.032 | Gasto: 19,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1981 | msf.org/chad



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

257.200 consultas externas

158.200 vacunaciones contra el sarampión durante un brote epidémico

156.700 pacientes con malaria tratados

15.500 niños tratados en centros nutricionales

En Chad, la atención médica básica es escasa, y la desnutrición, la malaria y los brotes epidémicos son corrientes. La necesidad de ayuda sanitaria se vio agravada por la afluencia de refugiados centroafricanos.

Aunque el sistema sanitario está mejorando, existen aún graves brechas, en las que Médicos Sin Fronteras (MSF) sigue trabajando: esencialmente la prevención de la desnutrición aguda y la malaria y la atención médica gratuita a los niños que las sufren; la respuesta con tratamiento y vacunas a los brotes epidémicos (se produjo uno muy grave de sarampión); y la atención médica a los refugiados y desplazados. Chad es el tercer país africano con mayor número de refugiados, cifra que probablemente aumentará debido a la violencia imperante en los vecinos Nigeria, República Centroafricana (RCA) y Sudán.

Refugiados de RCA

Desde diciembre de 2013, más de 200.000 personas buscaron refugio en el sur de Chad huyendo de la violencia en RCA. En enero, MSF empezó a prestar asistencia sanitaria, con proyectos en Bitoye (hasta abril), en Goré (hasta octubre) y en Sido, donde se daba la mayor concentración de refugiados (17.000). MSF realizó más de 35.000 consultas, sobre todo relacionadas con la malaria, y colaboró con el Ministerio de Salud en una campaña de vacunación contra el sarampión para niños de entre 6 meses y 10 años en Goré y alrededores: fueron inmunizados unos 7.000 pequeños.

De mayo a octubre, MSF llevó clínicas móviles a tres aldeas cercanas a Goré, en la frontera con RCA, y proporcionó tratamiento para la quimioprevención de la malaria estacional a 1.300 niños menores de 5 años, pues el 60% de las consultas tenían que ver con esta enfermedad.

Violencia en Darfur

Desde 2013, MSF proporciona asistencia sanitaria primaria y especializada a la comunidad establecida en los alrededores de Tissi, un pueblo remoto que queda aislado durante la estación lluviosa. La violencia en la vecina región sudanesa de Darfur ha causado que un gran número de refugiados sudaneses y chadianos expatriados hayan cruzado la frontera. MSF trabajó desde una clínica fija en Tissi, varias clínicas móviles en Biere y Amsisi, y los dispensarios de Um Doukhum y Ab Gadum; en total, se prestaron 47.300 consultas externas. Al recuperarse la estabilidad e iniciarse el retorno a Darfur, la cifra de pacientes se redujo, por lo que en junio MSF traspasó el dispensario de Ab Gadum a la ONG de origen chadiano Agencia de Desarrollo Económico y Social (ADES).

Malaria y desnutrición

La malaria es la principal causa de muerte entre los menores de 5 años, sobre todo durante su pico estacional, de julio a octubre. MSF se centró en el tratamiento de los niños más gravemente afectados: trabajó en la unidad especializada del hospital de Moissala, y dio apoyo a los centros de salud y los agentes comunitarios de salud de ese distrito y el de Bouna. Además, MSF administró quimioprevención de la malaria a los menores de 5 años y las embarazadas, para reducir el riesgo de malaria grave durante el pico. A través de estos programas, 68.000 niños

recibieron tratamiento, y más de 27.200 fueron vacunados.

MSF también ofreció atención pediátrica de emergencia a los niños de hasta 15 años y tratamiento de la desnutrición infantil en el hospital de Massakory (capital de la región de Hadjer Lamis), así como asistencia primaria en cuatro centros de salud cercanos; también mantuvo un sistema de derivación para los casos complicados. En 2014 se produjeron 2.800 hospitalizaciones y 55.300 consultas externas, y 23.900 niños fueron tratados durante el pico de malaria. Entre junio y diciembre, MSF mantuvo una intervención de emergencia para niños con desnutrición aguda en Bokoro (Hadjer Lamis): proporcionó nutrición terapéutica a 4.760 menores de 5 años, de los que 574 tuvieron que ser hospitalizados.

Región de Salamat

MSF siguió apoyando al hospital público de Am Timan y demás centros sanitarios de la región: prestó asistencia especializada a los niños de hasta 15 años, con tratamiento de la desnutrición severa. También hizo hincapié en la salud reproductiva de las mujeres (con 5.200 consultas prenatales y 1.900 partos asistidos), dio tratamiento para el VIH y la tuberculosis, y lanzó una campaña de emergencia contra la malaria dirigida a la población general. En total, este equipo realizó 20.600 consultas externas y hospitalizó a 2.900 pacientes. MSF también mejoró los servicios de agua y saneamiento del hospital.

Región de Uadai

En junio, MSF empezó a colaborar con los servicios de emergencia del hospital de Abeché. Los equipos atendieron las urgencias quirúrgicas procedentes de Abeché o derivadas



© Mathieu Fortoul/MSF

Desde diciembre de 2013, más de 200.000 personas llegaron al sur de Chad huyendo de la violencia en República Centroafricana.

desde Tissi; las principales causas de lesiones eran los accidentes domésticos y de tráfico. En total se realizaron más de 900 intervenciones de cirugía mayor; uno de cada cinco casos estaba relacionado con la violencia.

Brote de sarampión

En respuesta a un brote de sarampión a principios de año, MSF dio apoyo al Ministerio de Salud en los hospitales Liberty y Union de Yamena, así como en siete centros de asistencia primaria. Entre marzo y abril fueron tratados más de 4.500 pacientes y 69.600 niños fueron vacunados en Massakory.

BLOG Kim Comer, logista

CANOAS QUE SE BESAN

"Hoy nos hemos dado un 'beso de canoa'. Suena más romántico de lo que es. Un operativo 'tipo beso' permite reunir a dos equipos procedentes de dos proyectos diferentes: los vehículos se encuentran a mitad de camino para el trasvase de mercancías o pasajeros. Así se reducen el tiempo que el conductor pasa al volante y el tiempo que el vehículo no estará disponible en el proyecto. En realidad, los vehículos casi nunca llegan a tocarse. Primero, porque es peligroso. Segundo, porque es difícil cargar y descargar si las puertas de atrás quedan diametralmente opuestas. Lo ideal es que los coches queden en paralelo, y en un lugar con sombra".

Este blog está disponible (en inglés) en blogs.msf.org/en/staff/authors/kim-comer

CHINA

Nº de trabajadores en 2014: 2 | Gasto: 0,2 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1989 | msf.org/china



Médicos Sin Fronteras (MSF) dejó de trabajar en China en 2014.

Aunque la prevalencia del VIH en China es baja, los afectados tienen muchas dificultades para conseguir la atención

médica que necesitan, a lo que se suma el problema de discriminación y estigmatización existente.

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.

La ONG local Aids Care China (ACC) dispensa atención de calidad y tratamiento en clínicas privadas, para demostrar que la atención integral (incluyendo salud mental) tiene un impacto positivo en los pacientes, y promover reformas en esta línea 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. En septiembre de 2013, MSF empezó a prestar asesoramiento a ACC para mejorar el conocimiento técnico de sus profesionales y por tanto la atención clínica a los pacientes con VIH. Esta colaboración concluyó en abril de 2014, entre otros motivos por la reorientación de los objetivos por parte de ACC y por el hecho de que el Ministerio de Salud empezó a tratar pacientes con VIH coinfectados con hepatitis C.

COLOMBIA

Nº de trabajadores en 2014: 139 | Gasto: 3,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1985 | msf.org/colombia



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

12.300 consultas externas

6.800 consultas de salud mental, individuales y en grupo

Son muchas las barreras que impiden el acceso a la salud de los habitantes de las zonas rurales y las afectadas por el conflicto.



Una psicóloga de MSF atiende a una paciente. Décadas de inseguridad en Colombia han tenido efectos devastadores en la salud mental de la población.

© Anna Surinyach/MSF

Hasta hace poco, el conflicto armado se limitaba a las zonas rurales, pero ahora los nuevos grupos armados se están asentando en los centros urbanos y sus periferias, y la inseguridad agrava los problemas de acceso a los servicios médicos.

Médicos Sin Fronteras mantuvo sus actividades en el Cauca, Nariño y Caquetá, regiones donde la pobreza, la exclusión y la violencia causan una alta prevalencia de enfermedades prevenibles y problemas de salud mental, y donde las autoridades no garantizan los servicios médicos. MSF trabaja mediante clínicas móviles y ofrece asistencia en los dispensarios, incluyendo atención primaria, mental, sexual y reproductiva, asistencia prenatal, vacunaciones y un sistema de derivación para urgencias. MSF tiene un programa similar en el Cauca Pacífico, mientras que en Cauca Cordillera ofrece salud mental a las víctimas de la violencia, incluida la sexual.

Las víctimas del conflicto, de la violencia sexual y de las enfermedades mentales reciben mejor atención cuando la salud

mental está integrada en la atención primaria; por eso, MSF quiere conseguir que el Gobierno reconozca la violencia sexual como una emergencia médica. De hecho, la organización cuenta con un nuevo programa de atención integral (médica y psicológica) para víctimas de violencia sexual en el municipio de Tumaco (Nariño) y en Buenaventura.

Concluye el proyecto de TB

El programa contra la tuberculosis lanzado por MSF en la ciudad portuaria de Buenaventura concluyó a finales de año. Desde su inicio en 2010, dio tratamiento a 147 pacientes de TB y TB resistente a los medicamentos. MSF también dio su respaldo a la estrategia nacional contra la TB. Algunas actividades del proyecto han sido traspasadas al Programa Municipal de Control de la Tuberculosis y a las Empresas Sociales del Estado (ESE, encargadas de la prestación de la sanidad pública).

A finales de 2014 también concluyó el proyecto de Caquetá.

TESTIMONIO

El hermano de ÁNGELA PATRICIA y su pareja, y padre de sus hijos, fueron encontrados descuartizados en 2008.

"Mis hijos me preguntaban y me preguntan lo que le pasó a su papá. Yo les digo que en la vida hay que perdonar para estar uno bien. Pero ellos tienen rabia y me preguntan: '¿Por qué le hicieron eso a mi papá y a mi tío?'. El mayor estaba muy triste, le echaba mucho de menos. La psicóloga nos ayudó a superar ese dolor y me ha orientado mucho porque hay veces que una no sabe cómo explicarles las cosas a los niños. Con ella uno se desahoga".

COREA DEL NORTE

Nº de trabajadores en 2014: 3 | Gasto: 0,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1995 | msf.org/dprk



Continúan las negociaciones para iniciar nuevos proyectos médicos en Corea del Norte.

Las infraestructuras médicas norcoreanas no gozan de un buen mantenimiento, y carecen de equipos y suministros. La población también sufre la escasez de alimentos. Solo un puñado de ONG internacionales están autorizadas a trabajar en el país, y sus actividades se controlan muy de cerca.

En junio de 2014, Médicos Sin Fronteras concluyó el proyecto del distrito de Anju (provincia de Pyongan Sur), cuyo fin era mejorar la capacidad de los servicios médicos, principalmente mediante cursos de formación y donación de medicamentos y suministros. Dentro de los módulos impartidos, MSF priorizó la salud materno-infantil y abordó específicamente el tratamiento de la diarrea, las enfermedades respiratorias y neurológicas y la desnutrición infantil, y los procedimientos obstétricos vitales. Además, MSF visitó la pediatría y la maternidad del

hospital de distrito para examinar a los pacientes y evaluar la implementación de las formaciones impartidas. También suministró el equipamiento médico y los medicamentos descritos en los cursos, así como la alimentación para los pacientes, sus cuidadores y el personal en general. Con este proyecto, MSF prestó atención directa a 250 pacientes e indirecta a 3.000 personas.

A finales de octubre, MSF empezó a estudiar la viabilidad de estas actividades en otros lugares. El equipo visitó el hospital provincial de Sukchon (también en Pyongan Sur) y el Kim Man Yu de Pyongyang, y a finales de año empezó a negociar con el Gobierno la puesta en marcha de nuevos programas. En diciembre, MSF invitó a dos funcionarios del Ministerio de Salud a una formación sobre el Ébola en Ginebra.

COSTA DE MARFIL

Nº de trabajadores en 2014: 152 | Gasto: 2,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1990 | msf.org/cotedivoire



En 2014, la maternidad del hospital de Katiola comenzó a atender partos complicados y urgencias pre y posnatales.

La atención materna y pre y posnatal es prioritaria para el Ministerio de Salud, pues desde 2005 la mortalidad materna ha aumentado en el país. Las mujeres dan a luz en sus casas, con la ayuda de parteras tradicionales y sin atención obstétrica de urgencia si hay complicaciones.

En colaboración con el Ministerio de Salud, Médicos Sin Fronteras inició un programa materno-infantil en el hospital de Katiola. Este centro de 90 camas era el único hospital de referencia de la región, y su capacidad de obstetricia y neonatología de urgencia era muy limitada. En caso de complicaciones, las mujeres tenían que ser trasladadas en ambulancia –siempre que se lo pudieran permitir– al hospital de Bouaké, de mayor tamaño.

MSF renovó la maternidad y los dos quirófanos del hospital de Katiola, construyó una red de suministro de agua y de alcantarillado, y dio

formación a las matronas del centro. Ahora, MSF gestiona la obstetricia de urgencia y se ocupa de los partos complicados. Entre julio y diciembre, este equipo atendió un millar de partos, de los cuales un centenar fueron por cesárea.

Ébola en los países vecinos

El Ébola llevó al cierre de las fronteras con Liberia y Guinea en agosto. Aunque no se registraron casos sospechosos, un equipo de MSF visitó la zona fronteriza con Liberia para evaluar la preparación del personal sanitario y las autoridades locales, así como el grado de concienciación de las comunidades. MSF colaboró en la construcción de una unidad para pacientes de Ébola dentro el hospital Yopougon de Abiyán, la ciudad más grande del país, como medida de contingencia. También dio apoyo en la capacitación del personal sanitario y de los equipos de investigación rápida.

EGIPTO

Nº de trabajadores en 2014: 104 | Gasto: 2,6 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2010 | msf.org/egypt



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

8.400 consultas externas

7.600 consultas de salud mental, individuales y en grupo

430 personas tratadas tras agresiones sexuales

Egipto es país de tránsito y destino para los refugiados y los migrantes africanos y de Oriente Próximo; desde 2011, las entradas y salidas han aumentado masivamente.

La inestabilidad regional sigue alentando el flujo de refugiados y migrantes. En 2014, 177.000 personas cruzaron el Mediterráneo rumbo a Italia, en su mayoría desde Libia y Egipto. A este último país se estima que habrían llegado al menos medio millón de personas, 193.000 de ellas refugiados. Esta población tiene pocas oportunidades laborales, recibe una asistencia limitada y con frecuencia padece abusos. De hecho, muchas de las personas atendidas por Médicos Sin Fronteras (MSF) habían sufrido la violencia en su país de origen o durante el viaje.

MSF proporcionó apoyo psicológico y asistencia médica especializada a víctimas de violencia sexual o de torturas en su clínica de Nasr City, en El Cairo. En 2014, amplió sus actividades con una segunda clínica, en el distrito de Maadi; entre las dos, el año pasado realizaron 11.030 consultas. Otro equipo de MSF atendió a 1.690 personas vulnerables

en la costa norte, con un millar de consultas médicas y 1.435 kits de higiene.

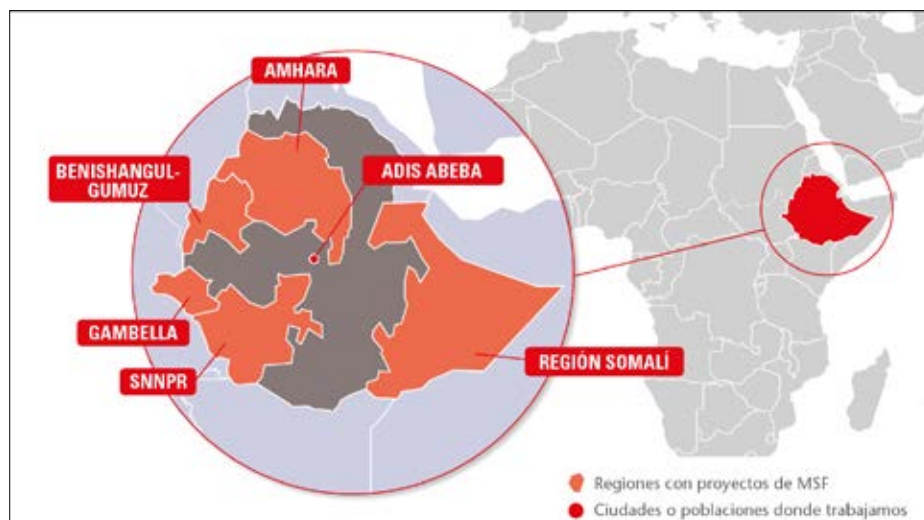
La hepatitis viral

Además, MSF colaboró con el Ministerio de Salud en la lucha contra la hepatitis C: Egipto tiene la mayor prevalencia del mundo, un 14% de su población. Pero el acceso a tratamiento es limitado debido a su coste y a la centralización del sistema de salud. El modelo en fase de desarrollo se basa precisamente en la descentralización, y para 2015 MSF espera contar con una clínica integrada en una estructura médica ya existente en la provincia de Fayum.

Finalmente, la clínica de salud materno-infantil de Abu Elián fue cerrada en junio y los pacientes derivados a los centros de salud cercanos que contaran con los servicios adecuados. Desde 2012 se habían realizado unas 40.000 consultas.

ETIOPÍA

Nº de trabajadores en 2014: 1.416 | Gasto: 21,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1984 | msf.org/ethiopia



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

347.700 consultas externas

6.800 vacunaciones rutinarias

2.800 partos asistidos

Entre diciembre de 2013 y octubre de 2014, llegaron a la región de Gambella unos 200.000 refugiados que huían de la guerra en Sudán del Sur.

El largo viaje a pie, efectuado sin suficiente agua ni comida, hizo mella en la salud de los refugiados sursudaneses, y muchos llegaron a Etiopía enfermos y desnutridos. En febrero, Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a ofrecer asistencia médico-humanitaria en los puntos fronterizos de entrada: trabajaron en un dispensario en Pagak y Tiergol, lanzaron clínicas móviles en Pamdong y Burbie, y organizaron consultas ambulatorias en un puesto de salud de los campos de tránsito de Matar.

MSF también inició actividades en el campo de Leitchuor: el hospital de 100 camas contaba con servicios de consulta externa, urgencias, salud materna y atención nutricional, y con actividades externas como la promoción de la salud y la búsqueda activa de personas necesitadas de atención médica. Este campo está en una zona propensa a las inundaciones y de hecho se anegó durante la estación de lluvias, lo que obligó a reubicar a los refugiados en otros campos en pueblos cercanos (y terrenos más elevados).

MSF también proporcionó servicios hospitalarios y ambulatorios para refugiados y población de acogida en el centro de salud de Itang (de 118 camas), situado cerca de los campos de Kule y Tierkidi, donde en abril se habían asentado más de 100.000 personas. Cuando el centro se inundó en agosto, MSF trasladó los servicios médicos al recinto donde se alojaba el equipo, y se vio obligada a reducir el número de camas. Además, prestó asistencia descentralizada mediante dos dispensarios en el campo de

Tierkidi y tres más en Kule, donde también opera un hospital de 120 camas; este hospital cuenta con una unidad de aislamiento para pacientes con hepatitis E, y en el segundo semestre fueron atendidas 541 personas con sospecha de infección.

Para hacer frente a la falta de agua potable y al deficiente saneamiento en los campamentos de Kule y Tierkidi, MSF puso en marcha una planta de tratamiento, que potabilizó 56,4 millones de litros de agua potable antes de su traspaso a Oxfam en julio. También se construyeron 2.500 duchas, 1.200 letrinas y 180 puntos de lavado de manos en los campos.

Finalmente, en Gambella, MSF lanzó una campaña de vacunación preventiva contra el cólera en julio, dirigida a 155.000 personas, entre refugiados y población local. En noviembre, 23.000 niños de entre 6 semanas y 5 años de edad fueron inmunizados contra el neumococo y otras enfermedades típicas de la infancia.

Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNP)

El proyecto de atención materno-infantil de Aroessa y Chire siguió en marcha hasta su traspaso al Ministerio de Salud en octubre. Los equipos trabajaban en los centros de salud de Mejo y Chire, y organizaban la promoción de la



Campaña de vacunación en un campo de refugiados en Gambella.



Reconocimiento médico de un niño en el centro de salud de Chire (Sidama), donde MSF gestionaba un programa de salud materno-infantil.

salud en 13 comunidades cercanas. También se construyeron dos *casas de espera*, para que las mujeres con embarazos de alto riesgo que viven lejos de los centros de salud puedan aguardar el parto y dar a luz de forma segura. En cuanto a las urgencias (niños y mujeres con partos complicados), eran derivadas a los hospitales de Hawassa, Yirga Alem o Adis Abeba.

En octubre, MSF inició un nuevo proyecto en colaboración con la Dirección Regional de Salud, para reforzar sus capacidades de vigilancia, preparación y respuesta ante emergencias en Sidama, Wollayta, Gamogofa, Segen, Omo Sur y Bench Maji.

Región Somali

La falta de desarrollo y el conflicto entre el Gobierno etíope y la oposición armada obstaculizan la atención sanitaria en esta región. A la zona de Liben llegan entre 200 y 500 refugiados somalíes al mes, de forma que los campos de Buramino y Hiloweyn acogen ya a 77.000 personas. MSF siguió prestando atención primaria en estos campos y en el centro de recepción, así como a los refugiados somalíes y la comunidad etíope de acogida en Dolo Ado. En el hospital, MSF dio apoyo a los servicios de hospitalización pediátrica, estabilización, urgencias, cirugía obstétrica, maternidad y laboratorio. Entre enero y marzo, los equipos vacunaron a 12.100 niños contra el sarampión y llevaron a cabo varias rondas contra la poliomielitis en colaboración con la Dirección Regional de Salud.

MSF también apoyó al hospital regional de Degahbur, asumiendo la atención hospitalaria a

los niños menores de 5 años, el tratamiento de la tuberculosis, la atención nutricional, las urgencias y los cuidados intensivos. Trabajó además en tres centros de salud y nueve dispensarios en los distritos de Degahbur, Ararso y Birqod, con campañas de promoción de la salud en los alrededores. Las prioridades en 2014 fueron la salud materna y neonatal (con 2.578 consultas prenatales) y los programas de nutrición y vacunación.

En septiembre, MSF empezó a colaborar con el hospital de Fiq, en la zona de Nogob, asumiendo la derivación de urgencias y los servicios de consulta externa, apoyo nutricional, hospitalización pediátrica, ginecología y obstetricia, farmacia y laboratorio. También creó una red de agentes comunitarios de salud.

En Danod, MSF puso el acento en los servicios de maternidad y la desnutrición. El centro de salud ofreció atención primaria 24 horas al día y llevó clínicas móviles semanales a cuatro aldeas del distrito: en total, más de 12.000 consultas en 2014. Además, MSF ayudó a consolidar la asistencia sanitaria local mediante la donación de suministros médicos y la formación y supervisión del personal. MSF siguió cubriendo las brechas sanitarias en Wardher: sus clínicas móviles llevaron atención médica a cinco aldeas del distrito, y el equipo se desplazó tres veces por semana al centro de salud de Yucub para apoyar a su personal y donar suministros médicos. También operó un servicio de ambulancias que abarcaba 18 aldeas en Wardher y Danod, para trasladar al hospital de Wardher a los pacientes en estado crítico. En este mismo hospital, MSF

trabajó en los servicios de pediatría, tuberculosis y maternidad, y en la unidad de estabilización para niños con desnutrición severa; también se implicó en la puesta a punto de un quirófano para emergencias obstétricas (operado por el Ministerio de Salud). En marzo, lanzó una campaña contra el sarampión en colaboración con las autoridades sanitarias, y 4.300 niños fueron vacunados; también se efectuaron ocho rondas contra la polio en Wardher y alrededores. En septiembre, MSF traspasó a las autoridades sanitarias las vacunaciones de rutina, la atención a las enfermedades crónicas y el *triaje* de pacientes.

Kala azar y desnutrición en Amhara

El kala azar, endémico en esta zona, suele ser mortal si no se trata. MSF mantuvo su programa de tratamiento de Abdurafi, que también atiende a los pacientes coinfectados con VIH o con tuberculosis, y que incluye asistencia nutricional. En 2014, se realizaron pruebas de kala azar a más de 1.200 personas. Por otra parte, MSF siguió cubriendo otras brechas: urgencias, hospitalización de niños desnutridos y traslado de pacientes a los hospitales de Humera y Gondar.

Cierre de proyectos

En Raad (Gambella), tras el cierre del campo de tránsito para los refugiados de Sudán del Sur, MSF terminó en enero la intervención de emergencia lanzada en julio de 2013. También concluyó, en mayo, el programa de asistencia a los refugiados en la región occidental de Benishangul-Gumuz.

FILIPINAS

Nº de trabajadores en 2014: 114 | Gasto: 6,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1987 | msf.org/philippines | blogs.msf.org/en/personnel/blogs/msf-in-the-philippines



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

5.900 consultas externas

2.700 partos asistidos

840 intervenciones quirúrgicas

Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió ayudando a las comunidades afectadas por el tifón Haiyan, con programas de respuesta a desastres y de recuperación.

En 2014, los servicios de salud de la isla de Leyte se habían recuperado y ya eran capaces de cubrir las necesidades médicas: en marzo, MSF cerró su hospital de campaña de Tanauan (25 camas). En abril hizo otro tanto con el hospital inflable de 60 camas de Tacloban. En total, estas estructuras temporales habían prestado 45.600 consultas y realizado 475 intervenciones de cirugía mayor y 5.400 de cirugía menor.

MSF mantuvo el programa de salud mental lanzado tras el tifón. Las sesiones individuales y en grupo se desarrollaron en Tacloban y en las escuelas de Palo y Tanauan (para atender a los niños aún traumatizados). Más de 7.400 pacientes se beneficiaron de estas actividades en 2014.

En Palo también se desarrolló una evaluación de los servicios obstétricos, confirmando que no terminaban de cubrir todas las necesidades; en mayo, MSF empezó a colaborar con la maternidad y con el equipo quirúrgico del Hospital Provincial de Leyte. El proyecto se centró en el apoyo al personal de cirugía, maternidad y neonatología, en la renovación de las salas y en garantizar la adecuada provisión de medicamentos y suministros médicos. MSF también reparó las secciones dañadas del hospital, construyó nuevas instalaciones y donó equipamientos.

Asimismo, MSF trabajó en la rehabilitación del Hospital General de Abuyog (Leyte) y de otros dos en Samar Oriental: el Albino Duran de Balangiga y el General MacArthur, en la ciudad del mismo nombre.

En Guiuan (isla de Samar), donde el tifón destruyó casi por completo el hospital Felipe Abrigo, MSF mantuvo su hospital de campaña hasta junio, momento en que concluyó la construcción de una nueva estructura permanente. Se han utilizado innovadores materiales compuestos, duraderos y reciclables, adaptados al clima caluroso y húmedo de Filipinas; en diciembre de 2014, el nuevo edificio resistió los embates del tifón Hagupit.

MSF facilitó el ingreso de los pacientes en el nuevo hospital, antes de traspasarlo a las autoridades sanitarias. Hasta entonces, se efectuaban unas 80 consultas diarias, sobre todo por infecciones de las vías respiratorias y enfermedades como el dengue. El volumen y la naturaleza de las necesidades médicas han vuelto a los niveles previos al tifón. MSF también donó equipo médico, así como medicamentos y suministros para seis meses. Un pequeño equipo siguió trabajando hasta finales de octubre, para garantizar que todos los servicios funcionaban sin problemas antes de dar por finalizado el traspaso.



Cerca de 80 pacientes pasaban por la consulta externa del hospital de Guiuan cada día.

GEORGIA

Nº de trabajadores en 2014: 28 | Gasto: 0,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1993 | msf.org/georgia



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

18 pacientes con TB-MDR en tratamiento

En agosto, Médicos Sin Fronteras traspasó sus programas contra la tuberculosis multirresistente (TB-MDR) en Abjasia y pasó a centrarse en los pacientes con formas extrarresistentes, con un nuevo proyecto en la capital, Tiflis.

A pesar de haberse reducido significativamente los casos de tuberculosis en los últimos 20 años, la prevalencia en Georgia sigue siendo alta. Cada año se diagnostican y tratan unos 500 pacientes de TB-MDR; de hecho, un 10% de ellos padecen TB extrarresistente (TB-XDR). Solo un 40% de quienes padecen esta forma de la enfermedad se curan. Estas estadísticas del Ministerio de Salud evidencian la necesidad de mejorar los regímenes de tratamiento. Existen dos nuevos fármacos –bedaquilina y delamanid– para algunos pacientes que se han quedado sin opciones de tratamiento; su empleo tiene que ser autorizado por los fabricantes atendiendo a cada caso individual.

En septiembre, MSF empezó a colaborar con el Centro Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares en Tiflis, ofreciendo formación y asistencia técnica al personal hospitalario. El objetivo es mejorar la identificación y atención clínica a los pacientes de TB-XDR, y facilitar su acceso temprano a los nuevos medicamentos. En diciembre, 18 pacientes de TB-XDR empezaron a ser tratados con bedaquilina. Además, en

2016 se organizarán ensayos clínicos para conseguir nuevos y mejores tratamientos para la TB-MDR, mediante la combinación de los fármacos más antiguos con los nuevos y la comprobación de su toxicidad y eficacia.

Traspaso de proyectos en Abjasia

En agosto, se traspasó a una ONG local creada por antiguos trabajadores de MSF el proyecto de atención a personas mayores y vulnerables que trabajaba por todo el país; este programa ofrecía apoyo domiciliario a los pacientes crónicos, atención oftalmológica y otras ayudas que pudieran necesitar, como sillas de ruedas. También se traspasó a esta ONG el proyecto de tuberculosis simple y multirresistente en Abjasia, si bien MSF sigue facilitando el envío seguro de muestras de esputo desde Abjasia al laboratorio de Tiflis donde se realizan los cultivos.

GRECIA

Nº de trabajadores en 2014: 10 | Gasto: 0,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1991 | msf.org/greece



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

2.500 consultas externas

490 consultas de salud mental, individuales y en grupo

En 2014 llegaron a Grecia miles de migrantes y solicitantes de asilo, muchos de ellos de camino al norte de Europa.

En los centros de detención para solicitantes de asilo y migrantes indocumentados, las condiciones de acogida eran muy malas, y la atención médica y los servicios básicos, insuficientes. El hacinamiento y la falta de higiene, calefacción, agua caliente y ventilación provocaban brotes de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas. En abril, Médicos Sin Fronteras (MSF) publicó el informe *Sufrimiento invisible*, que documenta el grave impacto que estas condiciones tenían en la salud física y mental de los detenidos. Estos a menudo casi no podían salir al exterior, y algunos de ellos no podían hacerlo nunca. La atención sanitaria que recibían era deficiente, no se realizaban exámenes médicos y los tratamientos se interrumpían.

En la región de Evros, MSF prestó atención médica y apoyo psicosocial en los centros de Komotini y Filakio, y en las comisarías de Feres y Soufli; también distribuyó 600 kits de artículos de primera necesidad para garantizar unos mínimos de higiene y dignidad. En marzo, estas actividades fueron traspasadas

al Centro Nacional de Investigación sobre la Salud (EKEPI).

En 2014, más de 42.000 personas –el 80% procedentes de Siria– llegaron al Dodecaneso tras cruzar el Egeo desde Turquía. Al no haber suficientes instalaciones de albergue, muchos se vieron obligados a dormir a la intemperie o hacinados en celdas policiales, a la espera de su traslado a la península. A finales de año, MSF lanzó dos intervenciones de emergencia, para prestarles atención médica y distribuir 2.000 kits con sacos de dormir y artículos de higiene personal.

En septiembre, y en colaboración con dos organizaciones griegas, MSF inició un proyecto en Atenas para ofrecer rehabilitación médica y fisioterapia a los solicitantes de asilo y migrantes que habían sido víctimas de torturas.

Más información sobre los refugiados y los migrantes que llegan a Europa en los apartados de Bulgaria, Italia y Serbia.

GUINEA

Nº de trabajadores en 2014: 545 | Gasto: 18,7 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1984 | blogs.msf.org/en/staff/blogs/msf-ebola-blog | msf.org/guinea



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

3.100 pacientes con sospecha de Ébola ingresados

1.700 pacientes con Ébola tratados

800 pacientes con Ébola curados

El 22 de marzo fue declarado oficialmente el brote de Ébola en Guinea, en la que sería la peor epidemia de la historia.

Se cree que el brote se originó en la región de Guinea Forestal en diciembre de 2013. Históricamente, las epidemias se habían dado en aldeas remotas del centro y el este de África, donde contenerlas era más fácil. Esta vez, sin embargo, el Ébola apareció en la región donde confluyen Guinea, Liberia y Sierra Leona, una zona fronteriza porosa de gran movimiento de población. Las deficiencias de la sanidad pública guineana y el hecho de que los primeros síntomas del Ébola sean similares a los de la malaria –enfermedad que constituye un importante problema de salud en el país– llevaron al erróneo diagnóstico de los primeros enfermos y facilitaron la propagación del virus.

Médicos Sin Fronteras (MSF) ya trabajaba en Guinea antes del brote, colaborando con el Ministerio de Salud en un proyecto de lucha

contra la malaria en el hospital de Guéckédou y en 20 comunidades de Guinea Forestal. El primer equipo de especialistas en Ébola llegó a Guéckédou el 18 de marzo, lanzando de inmediato una exploratoria e iniciando la recogida de muestras en colaboración con el Ministerio de Salud. Una vez declarada la epidemia, MSF suspendió el proyecto de malaria –que fue cancelado definitivamente en agosto– y reasignó al equipo a las operaciones de respuesta al Ébola, y en concreto a la construcción del primer centro de tratamiento en Guéckédou.

El centro de Guéckédou abrió sus puertas el 23 de marzo, convirtiéndose en el más importante de la zona; además de dar tratamiento de soporte a los pacientes, desde el mismo se organizó la promoción de la salud y la formación de personal.



Un higienista de MSF con el equipo de protección, que incluye mono, gafas, mascarilla, guantes, delantal y botas de goma.



© Sylvain Cherkouf/Cosmos

Sia Bintou recibe el alta médica tras superar el Ébola; llevaba más de 10 días hospitalizada en el centro de tratamiento de MSF en Guéckédou.

El equipo incluía profesionales de la atención psicosocial, con el fin de ayudar a familiares y comunidades a abordar sus miedos y afrontar la pérdida. Al terminar 2014, el centro había ingresado a 1.076 pacientes confirmados, de los cuales 430 se habían curado.

MSF también abrió un centro de tránsito en Macenta, en la región de Nzérékoré, para dar respaldo al de Guéckédou, facilitando la detección, clasificación y derivación de los pacientes procedentes del sureste del país. Este centro también ofrecía apoyo psicológico. De marzo a noviembre, 520 pacientes fueron trasladados a Guéckédou. A finales del año, se convirtió en centro de tratamiento y fue traspasado a la Cruz Roja Francesa.

El 25 de marzo, MSF abrió otro centro de tratamiento en el hospital de Donka, en Conakry, que también tenía entre sus actividades externas la promoción de la salud, la búsqueda de posibles enfermos, el apoyo psicosocial y la formación del personal médico y de saneamiento. A finales de año había admitido a 1.463 pacientes: la infección se confirmó en 594, de los cuales 290 se recuperaron.

A 270 km al norte de Conakry, el distrito selvático de Télimélé parecía relativamente lejos del epicentro del brote, pero para mayo ya se informó de la existencia de casos. MSF se apresuró a responder: una de las alas del centro local de salud fue habilitada como área de aislamiento, y se construyó un centro de tratamiento en las cercanías en cuestión de pocos días. A finales de julio, Télimélé fue declarado libre del Ébola.

Investigación sobre el tratamiento

El Ébola en humanos no tiene tratamiento específico. En pleno brote, MSF se alió con el Instituto Nacional Francés de Salud e Investigación Médica (INSERM) para probar en Guéckédou un tratamiento experimental y evaluar su eficacia: el favipiravir, un antiviral utilizado en Japón para combatir la gripe resistente en adultos. El ensayo se amplió rápidamente a otros centros no gestionados por MSF.

Retos actuales

Con el fin de mantener el brote bajo control, era necesario reforzar los elementos fundamentales de respuesta, tales como la vigilancia epidemiológica, el seguimiento de contactos, la movilización de la comunidad

y el control de infecciones. En este sentido, MSF realizó varios llamamientos para que la respuesta al Ébola se reforzara. Muchos guineanos siguen siendo reticentes a aceptar la información sobre el Ébola, ya que la enfermedad es muy desconocida. Trabajadores sanitarios, pacientes, supervivientes y las personas con las que estos hayan estado en contacto suelen sufrir estigma, y esto impide que las personas vayan al médico; por ejemplo, los enfermos de malaria tenían miedo a ser identificados como enfermos de Ébola. De hecho, el paludismo siguió siendo un importante problema de salud durante la crisis.

Vacunación contra el sarampión

En febrero de 2014, MSF vacunó contra el sarampión a más de 370.000 niños de entre 6 meses y 10 años de edad en Conakry, en los barrios de Matam, Ratoma y Matoto. La vacunación alcanzó al 87% de los niños a los que MSF quería llegar en esta zona; además, recibieron tratamiento 2.948 pacientes, 241 de ellos en estado grave.

GUINEA-BISSAU

Nº de trabajadores en 2014: 8 | Gasto: 0,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1998 | msf.org/guineabissau



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.000 consultas externas

En Guinea-Bissau escasea la atención médica de buena calidad, sobre todo en las zonas rurales.

Si bien existe un sistema sanitario, es rudimentario: las infraestructuras funcionan mal, carecen de recursos y protocolos de referencia, y no siempre es fácil acceder a los centros de salud.

En la región central de Bafatá, la disponibilidad de la sanidad pública es limitada: la población es dispersa y suele estar lejos de los centros de salud. Las tasas de mortalidad son por tanto muy altas, sobre todo la infantil y la materna, y la esperanza de vida es de 48 años. Como primera respuesta a la elevada carga de enfermedad y muerte entre los niños pequeños, Médicos

Sin Fronteras lanzó en noviembre un nuevo proyecto en esta región.

MSF trabajó en los centros de salud de la zona rural de Tantan Cossé (Contuboe) – donde ofrecían atención pediátrica básica–, y en el hospital regional, en las consultas externas y el área de pediatría –con asistencia primaria y especializada–. Además, el proyecto tiene como objetivo desarrollar un modelo descentralizado y comunitario de asistencia pediátrica que cuente con la participación de los agentes comunitarios de salud; esto sin duda facilitaría el acceso a la salud y el diagnóstico de los niños con cuadros de fiebre.

HAITÍ

Nº de trabajadores en 2014: 2.159 | Gasto: 35,2 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1991 | msf.org/haiti



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

14.600 intervenciones quirúrgicas

9.500 partos asistidos

Médicos Sin Fronteras (MSF) ha seguido haciendo todo lo posible por cubrir las brechas en el sistema de salud, lo que de hecho ya venía haciendo antes del terremoto. MSF sigue trabajando en el desarrollo de la capacitación del personal local, mediante su formación. Los haitianos necesitan un mejor acceso a los servicios de urgencia, incluyendo en obstetricia, neonatología, cirugía y atención traumatológica. El cólera también es una constante amenaza para la salud, pero apenas hay fondos para hacerle frente y sigue sin haber un plan eficaz de respuesta: a menudo MSF debe intervenir en el tratamiento de estos enfermos, y sigue empleándose a fondo para prevenir grandes brotes.

Unidad de quemados en Drouillard

Los accidentes domésticos y las malas condiciones de vida son las principales causas de lesiones por quemaduras; las víctimas son en su mayoría mujeres y niños. Solo existe un centro especializado en todo el país, el de MSF, que se encuentra en el hospital Drouillard, cerca de la barriada chabolista de Cité Soleil (Puerto Príncipe): en 2014 fueron hospitalizados 481 pacientes. Este hospital cuenta con tres quirófanos, y aumentó su capacidad de 30 a 35 camas. Para poder centrarse en el tratamiento de

quemados, MSF dejó de trabajar en las urgencias del hospital.

Urgencias en Puerto Príncipe

El centro de urgencias y estabilización de MSF en Martissant prestó atención gratuita 24 horas al día a quienes sufrían cualquier emergencia médica, causada por la violencia, los accidentes, las quemaduras o las complicaciones obstétricas. En 2014, atendió a más de 45.000 pacientes: 25.000 por traumatismos en accidentes, 13.250 víctimas de la violencia y 3.700 enfermos de cólera. El centro cuenta con ocho camas para pacientes en observación y un servicio de ambulancias para las derivaciones a los hospitales; también hay especialistas en pediatría y medicina interna.

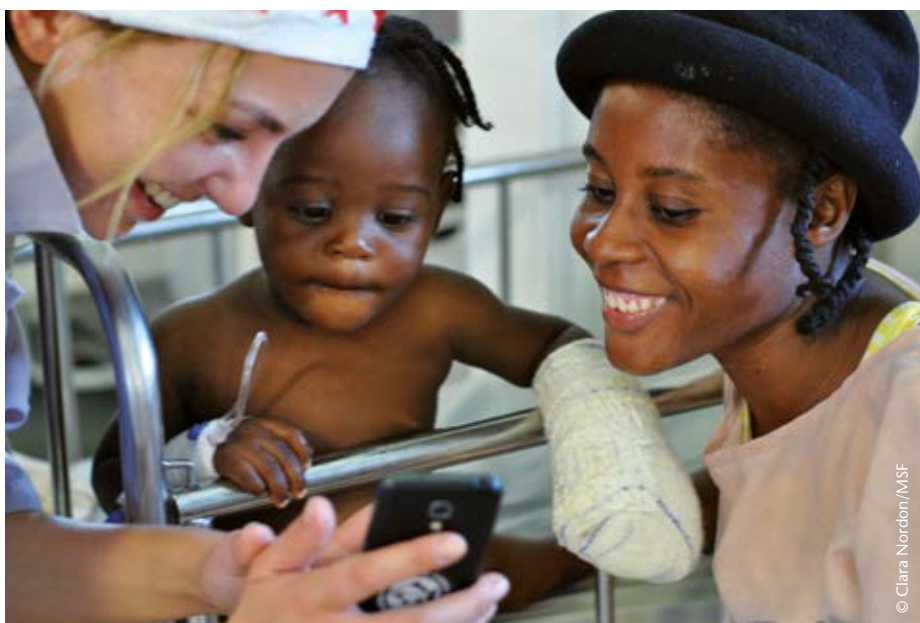
En el este de Puerto Príncipe, el centro Nap Kenbe de Tabarre también ofreció atención de urgencia las 24 horas del día, incluyendo cirugía y trauma. Cuenta con 121 camas, tres quirófanos, una unidad de cuidados intensivos y un departamento ambulatorio. Desde mediados de 2014, MSF también impartió un programa de formación en cirugía ortopédica. Además, para garantizar la calidad de la atención, MSF ha realizado mejoras técnicas, instalando una máquina de rayos X, un laboratorio, un banco de

Cinco años después del devastador terremoto, el sistema sanitario solo ha sido reconstruido parcialmente, y son muchos los que siguen sin acceso a atención especializada.

sangre, una unidad de esterilización y una farmacia. Los pacientes también cuentan con servicios de rehabilitación y fisioterapia, así como de apoyo psicosocial, con el fin de conseguir una recuperación más rápida tras los eventos traumáticos. En 2014, este centro atendió a 9.880 pacientes y realizó más de 4.200 cirugías.

Emergencias obstétricas

En el céntrico barrio de Delmas 33 de Puerto Príncipe, MSF siguió gestionando el Centro de Referencias para Urgencias Obstétricas (CRUO), de 140 camas, que ofrece atención gratuita las 24 horas del día a las mujeres embarazadas con complicaciones graves y potencialmente mortales, tales como eclampsia, preeclampsia, hemorragias, parto prolongado u obstruido y rupturas uterinas. También ofreció servicios de salud reproductiva (incluyendo atención pre y posnatal y planificación familiar), tratamiento para la Prevención de la Transmisión del VIH



© Clara Nordon/MSF

En la unidad de quemados del hospital de Drouillard, una madre y su hija charlan con una trabajadora de MSF.



© Corentin Fohlen

El número de enfermos de cólera se disparó en octubre. MSF abrió centros de tratamiento en varios barrios de Puerto Príncipe, como Martissant. El cólera se transmite a través del agua o los alimentos contaminados, o por contacto directo con superficies infectadas.

de Madre a Hijo (PTMH) y salud mental, así como atención especializada a embarazadas con cólera (que son atendidas en una unidad de 10 camas llamada *Cholernité*, o *Colernidad*). En 2014, hubo unos 17 partos al día y 10.400 hospitalizaciones.

Hospital de Chatuley

El terremoto de 2010 arrasó el 80% del área de Léogâne. MSF construyó por aquel entonces un hospital temporal centrado en cirugía; en 2014, este proyecto se centró sobre todo en las urgencias, principalmente embarazos complicados y víctimas de accidentes de tráfico. También ofreció atención primaria a embarazadas y niños menores de 5 años.

MSF tenía previsto cerrar este hospital en 2015, para lo cual desde 2013 ha ido reduciendo actividades. En febrero cerró la unidad de tratamiento de cólera abierta en 2010; desde noviembre solo se atienden

urgencias obstétricas, neonatales y pediátricas (de menores de 5 años). Este hospital no se va a traspasar a las autoridades haitianas y va a ser cerrado, por lo que MSF ha estado reforzando la capacidad de los centros de salud de la zona.

En 2014, fueron ingresados 6.782 pacientes en este hospital, se realizaron 2.617 consultas a menores de 5 años y 6.162 consultas prenatales, y se atendieron 3.298 partos.

Respuesta al cólera

Cuatro años después de la aparición del cólera en el país, el sistema de salud de Haití sigue escaso de fondos, recursos humanos y medicamentos. Muchos haitianos no tienen acceso a agua potable o un saneamiento adecuado, lo que causa brotes periódicos de esta enfermedad potencialmente mortal. En la actualidad es posible prácticamente predecir estos brotes y sin embargo las autoridades haitianas, en general, no han mejorado su

grado de preparación: no hay suficientes centros públicos de tratamiento del cólera y la reducción de la financiación internacional ha limitado los programas de atención médica, potabilización y saneamiento.

Cuando el número de enfermos se disparó en octubre, MSF abrió varios centros de tratamiento en la capital, en Martissant, Delmas y Carrefour, que atendieron a más de 5.600 personas. También asumió medidas preventivas como la distribución de 1.640 kits de desinfección (cloro, baldes, etc.), y la promoción de la salud (con una campaña que llegó a casi 225.000 personas).

HONDURAS

Nº de trabajadores en 2014: 44 | Gasto: 1,2 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1974 | msf.org/honduras



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.800 consultas de salud mental, individuales y en grupo

560 personas tratadas tras agresiones sexuales

Médicos Sin Fronteras (MSF) atiende a víctimas de la violencia, y en especial de la violencia sexual.

Honduras ha experimentado años de gran inestabilidad política, económica y social, y en consecuencia la criminalidad se ha disparado. Tegucigalpa, la capital, es una de las ciudades

más violentas del mundo, con frecuentes asesinatos, secuestros y violaciones.

En colaboración con el Ministerio de Salud, MSF ofrece en esta ciudad lo que ha bautizado como *servicio prioritario* de atención médica y psicológica de urgencia para víctimas de la violencia, incluida la violencia sexual. Este tipo de atención, integral, es necesaria para que las víctimas puedan superar el miedo a las represalias y buscar ayuda. Es un servicio gratuito y confidencial, que está disponible en dos centros de salud y en el principal hospital de Tegucigalpa. Muchas personas no saben que existe esta asistencia, sobre todo las mujeres y las niñas, así que los promotores de salud de MSF se esfuerzan por darle divulgación y concienciar a la población. Como resultado, en 2014 aumentó la cifra de víctimas de violencia sexual que buscaron atención médica dentro de las 72 horas posteriores a la agresión.

El tratamiento médico tras una agresión sexual incluye profilaxis posexposición (PPE), para prevenir la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual como la hepatitis B o el tétanos. En 2014, MSF trató a 700 víctimas de la violencia, entre ellas 560 víctimas de la violencia sexual, y llevó a cabo 1.770 consultas de salud mental. Estas últimas

consisten en asesoramiento y primeros auxilios psicológicos.

La píldora anticonceptiva de emergencia está prohibida en Honduras desde 2009. En 2014, el Congreso inició un debate para cambiar esta política, que sigue abierto en la actualidad. MSF participó en este proceso, para subrayar las consecuencias psicológicas y médicas de un embarazo no deseado derivado de una violación. Y dado que actualmente no hay directrices vigentes para la atención a las víctimas de la violencia sexual en Honduras, MSF trabajó, desde la incidencia política, para que el Ministerio de Salud adopte un protocolo de alcance nacional.

TESTIMONIO

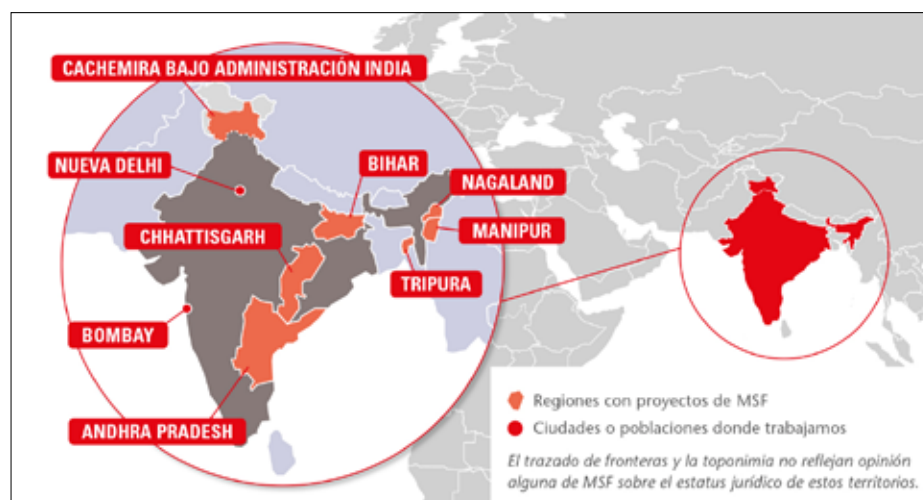
AURELIA*, paciente de MSF en Tegucigalpa, fue violada por unos desconocidos pistola en mano.

"Antes de que los médicos me atendieran, me quería morir... Me sentía sucia, me sentía como si hubiera perdido una parte de mi vida, no quería seguir viviendo. Pero me dieron terapia y asesoramiento y, gracias a ello, he conseguido superar muchas cosas. Mi vida ha cambiado".

* Nombre ficticio.

INDIA

Nº de trabajadores en 2014: 657 | Gasto: 10 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1999 | msf.org/india



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

92.200 consultas externas

4.400 niños tratados en centros de nutrición

2.700 consultas de salud mental, individuales y en grupo

1.500 pacientes con VIH en tratamiento ARV de primera línea

La atención médica está fuera del alcance de muchas personas, debido a la pobreza, la exclusión social y la debilidad del sistema de salud.

Las personas pudientes pueden permitirse unos servicios de salud de gran calidad, pero la mayor parte de la población del país no puede costearse ni siquiera la atención primaria. Tampoco es universal el tratamiento del VIH, la tuberculosis (TB) y el kala azar. El trabajo de Médicos Sin Fronteras (MSF) pretende cubrir algunas de estas brechas y facilitar que más personas puedan recibir la atención médica que necesitan.

Desnutrición

La desnutrición infantil es una emergencia médica bastante ignorada en India. MSF trabaja con las autoridades sanitarias para ampliar el tratamiento de niños desnutridos en el distrito de Darbhanga, en el estado de Bihar. La mayoría de los pequeños son de familias pobres y viven en aldeas donde los servicios médicos a menudo son insuficientes. A través de 12 centros de salud primaria, MSF ofrece tratamiento ambulatorio semanal a niños con desnutrición severa de entre 6 meses y 5 años de edad –más de 3.500 pacientes en 2014–. Además, 300 niños desnutridos con complicaciones leves fueron derivados al centro hospitalario de nutrición terapéutica de MSF.

En marzo, MSF abrió una unidad de cuidados intensivos para niños desnutridos dentro del Hospital Universitario de Darbhanga; es la primera de su tipo en India. Trata a

niños desnutridos de hasta 5 años de edad que presenten complicaciones graves: en 2014, ingresó a 250 pacientes. MSF sigue trabajando con las autoridades sanitarias para integrar la atención nutricional en la sanidad pública.

Kala azar

El kala azar es endémico en el distrito de Vaishali, en Bihar; MSF atendió a más de 1.000 pacientes en 2014.

En los últimos cuatro años, el número de casos en India se ha reducido. El Gobierno quiere eliminar la enfermedad en 2015, y con este objetivo adoptó, en octubre, la

dosis única de anfotericina B liposomal como tratamiento de primera línea. MSF llevaba años peleando a favor de este cambio de política, y contaba con un proyecto piloto para demostrar la seguridad y eficacia de los nuevos modelos de tratamiento. MSF también apoyó a las autoridades mediante la capacitación de médicos y enfermeras en las zonas más afectadas por el kala azar.

Clínicas móviles

El conflicto de baja intensidad entre el Gobierno y los grupos maoístas merma la disponibilidad de atención médica para los habitantes de Chhattisgarh, Andhra Pradesh y Telangana. MSF siguió ofreciendo asistencia



En Bihar se dan elevadas tasas de desnutrición en los niños de entre 6 meses y 5 años. El brazalete MUAC determina el estado nutricional mediante la medición del perímetro mesobraquial.



© Sami Siva

Una enfermera de MSF toma una muestra de sangre para realizar la prueba de la malaria, durante una clínica móvil en Chhattisgarh.

mediante clínicas móviles semanales en los pueblos del sur de Chhattisgarh, así como a los desplazados de Andhra Pradesh y Telangana.

En Chhattisgarh, el centro de salud de MSF en el distrito de Bijapur, prestó especial atención a la atención materna, obstétrica, neonatal y pediátrica. Además, las clínicas móviles llevaron la atención primaria y especializada a las poblaciones circundantes. En total, este equipo realizó 63.200 consultas y trató a 14.657 pacientes con malaria.

VIH y TB: refuerzo de actividades

En Bombay, MSF siguió gestionando una clínica que ofrece atención psicosocial y médica a personas con tuberculosis resistente a los medicamentos, VIH y hepatitis B o C, y a los coinfectados por cualesquiera de estas enfermedades. Estos pacientes requieren unos servicios especializados de diagnóstico, atención y tratamiento que no están disponibles en la sanidad pública. Los equipos de MSF comparten activamente sus conocimientos con organizaciones y profesionales locales, con el fin de reforzar la lucha contra estas enfermedades.

El estado de Manipur (noreste) tiene una de las tasas de VIH más altas del país. MSF siguió

ofreciendo diagnóstico y tratamiento del VIH y la TB en sus clínicas de los distritos de Churanchandpur y Chandel. También empezó a cooperar con una ONG local, ofreciendo atención hospitalaria a los pacientes de VIH y terapia de sustitución de opiáceos para usuarios de drogas intravenosas. MSF pudo confirmar que más del 25% de los pacientes con VIH estaban coinfectados con hepatitis C.

Salud mental en Cachemira

MSF cuenta con programas de salud mental en Cachemira desde 2001. En 2014, los mantenía en Srinagar, Baramulla, Pattan y Sopore. Los pacientes suelen buscar la ayuda de los consejeros y psicólogos clínicos de MSF tras ser derivados por los psiquiatras de los hospitales. MSF trabajó también para incrementar el conocimiento y visibilidad de los problemas de salud mental, colaborando con una productora local en una serie de televisión de 13 episodios. El primero se emitió el 18 de diciembre: unas 80 personas llamaron inmediatamente al teléfono de atención de MSF, y muchas de ellas se desplazaron después a las clínicas.

Las inundaciones de septiembre en el valle de Cachemira obligaron a MSF a cerrar las clínicas de salud mental durante más de un

mes. Cuando estas actividades pudieron reanudarse, de hecho se habían ampliado con más clínicas en Pulwama, Kakapora y Bandipora. Por otra parte, con el fin de asistir a los damnificados, MSF distribuyó artículos de primera necesidad (mantas y kits de higiene), agua y alimentos.

Emergencia de malaria

A mediados de año, en apenas cuatro meses, se registraron más de 50.000 casos de malaria en diferentes zonas del estado de Tripura. MSF formó a trabajadores comunitarios de salud para detectar y tratar la malaria simple y derivar los casos complicados a unidades de cuidados intensivos. Se realizaron 5.200 pruebas de diagnóstico rápido, y MSF asumió el tratamiento de 2.300 pacientes en algunas de las áreas más inaccesibles.

Traspaso de proyectos

MSF ha desempeñado un papel clave en la revitalización del hospital de distrito de Mon, en el estado de Nagaland (noreste): renovó el equipamiento médico y organizó formaciones para el personal. Tras cuatro años de trabajo, este programa fue traspasado al Ministerio de Salud, una vez que el hospital estuvo funcionando a pleno rendimiento.

IRAK

Nº de trabajadores en 2014: 627 | Gasto: 20,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2003 | msf.org/iraq



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

219.800 consultas externas

17.700 consultas de salud mental, individuales y en grupo

7.300 kits de artículos de primera necesidad distribuidos

El rápido recrudecimiento del conflicto en Irak provocó enormes desplazamientos internos en 2014. Casi dos millones de personas han huido de sus hogares en busca de seguridad.

El conflicto no cesó y siguió obstaculizando el envío de ayuda humanitaria a los desplazados del centro y norte de Irak. Durante sus operaciones de emergencia, Médicos Sin Fronteras (MSF) pudo determinar que la mayoría de los problemas de salud se derivaban de las malas condiciones sanitarias, sobre todo de la falta de letrinas y agua potable: habitualmente, los pacientes sufrían infecciones respiratorias y del tracto urinario, problemas gastrointestinales y dermatológicos y enfermedades crónicas.

Ayuda de emergencia para los desplazados

En junio, el Estado Islámico (EI) y sus aliados lanzaron importantes ofensivas en Samarra y Mosul, y en agosto en los alrededores de Sinjar, cerca de la frontera con Siria. Muchas personas huyeron hacia otras regiones, sobre todo hacia el Kurdistán iraquí, y MSF lanzó varias intervenciones de emergencia para proporcionarles atención médica primaria y ayuda de primera necesidad.

Con este objetivo, cuatro clínicas móviles empezaron a recorrer la gobernación

de Dohuk en junio; suministraron más de 1.000 kits de higiene (con jabón, pañales, detergente, etc.) y organizaron el saneamiento y la provisión de agua potable para mantener unos estándares mínimos. Por ejemplo, en Dabin se construyeron letrinas y duchas.

En la ciudad de Kirkuk y sus alrededores, entre junio y agosto, dos equipos llevaron clínicas móviles de atención primaria a cinco emplazamientos situados entre Mosul y Erbil; eran prioritarias la salud materno-infantil y la atención a pacientes crónicos, y se distribuyeron 2.000 mantas y 2.200 kits de higiene. Además, MSF fue la primera organización médica que pudo llegar al campo de desplazados de Bharka, donde estableció un dispensario de atención primaria (más tarde sería traspasado a la ONG International Medical Corps, IMC).

En octubre, MSF empezó a ofrecer atención primaria en una clínica de la provincia de Diyala. Se realizaron más de 4.700 consultas médicas y, cuando el invierno se acercaba, se distribuyeron artículos de primera necesidad a más de 400 familias de campos y asentamientos improvisados en el norte de Diyala: mantas, tiendas de campaña y kits para la construcción de refugios.

Entre noviembre de 2014 y enero de 2015, MSF asistió a los desplazados procedentes del norte del país y de las provincias

de Nayaf, Kerbala, Babilonia, Wasit y Al Qadisiya: las clínicas móviles realizaron 1.387 consultas médicas y se organizaron campañas de promoción de la salud, al tiempo que se entregaba ayuda de primera necesidad (14.000 kits con mantas, utensilios de cocina y artículos de higiene).

A finales de 2014, los combates se recrudecieron en las provincias de Anbar, Nínive, Saladino, Diyala y Kirkuk, y quienes trataban de dejar las zonas inseguras quedaron atrapados. MSF defendió públicamente en varias ocasiones que todas las comunidades tenían derecho a ser protegidas, recibir ayuda humanitaria y desplazarse a zonas más seguras.

El impacto del conflicto

En junio, el centro de atención primaria de MSF en Tikrit fue destruido por una explosión justo al día siguiente de terminarse su habilitación. El personal médico internacional e iraquí tuvo que ser evacuado. El EI tomó el control de la ciudad, y MSF no ha podido regresar.

En el hospital de Jaguija, MSF llevaba colaborando con los servicios de urgencias desde 2010; pero en agosto los combates causaron graves daños en las oficinas de la organización dentro el recinto del hospital, por lo que el programa tuvo que cancelarse. Lo mismo ocurrió con el proyecto de MSF en el hospital de Sinjar cuando el EI tomó



En Dohuk, los desplazados procedentes de Sinjar se refugian en edificios inacabados y otros asentamientos improvisados.



© Gabrielle Klein/MSF

Tras la consulta, los pacientes recogen su medicación, durante una clínica móvil en la provincia de Dohuk.

la ciudad en agosto: algunos trabajadores de este equipo pudieron integrarse en los proyectos de Dohuk, donde a fecha de hoy siguen trabajando.

En diciembre, MSF se retiró del hospital de Hit después de que el EI tomara la ciudad, lo que forzó a los desplazados a volver a moverse. La mayor parte del equipo médico se marchó.

Ayuda a los sirios en el Kurdistán

Además de los nuevos desplazados internos, el Kurdistán iraquí acogía a más de 200.000 refugiados sirios, en gran parte procedentes de la provincia de Arbil. MSF fue el principal proveedor de asistencia primaria a los refugiados en los campos de Darashakran y Kawargosk; estos programas fueron traspasados a IMC en noviembre y diciembre, respectivamente (para ese momento, MSF había realizado 64.000 consultas externas). Por otra parte, siguió habiendo una gran necesidad de apoyo psicológico ya que desplazados y refugiados vivían sumidos en el miedo y la incertidumbre; por ello, MSF mantuvo su

programa de salud mental en estos campos, con más de 1.100 consultas durante el año.

MSF también fue el principal proveedor de atención médica en el campo de Domiz (Dohuk), donde vivían unos 60.000 refugiados sirios; aquí ofreció servicios de salud sexual y reproductiva y atención a las enfermedades crónicas y a la salud mental, y se hizo cargo de las urgencias y de las derivaciones de pacientes las 24 horas del día al hospital de Dohuk. En agosto, MSF abrió una maternidad: hasta finales de año, se atendieron 571 partos.

Cirugía reconstructiva en Jordania

Muchas de las víctimas de la guerra no pueden acceder a la cirugía reconstructiva en Irak, debido a su elevado coste y a la inseguridad; además, tampoco pueden recibir atención posoperatoria ni fisioterapia, ya que estos servicios no existen. Por eso, MSF ofreció a los heridos iraquíes cirugía reconstructiva, apoyo psicosocial y rehabilitación a través de un programa establecido en Amán, Jordania. Un grupo de enlace formado por ocho médicos se encargaba de derivar a los pacientes que

necesitan este tipo de atención: en 2014, fueron 150.

Cierre de proyectos

En febrero, MSF dejó de apoyar a la unidad neonatal del Hospital General de Kirkuk, y en octubre cerró el programa de capacitación y apoyo en el hospital de Al Zahra (Nayaf).

IRÁN

Nº de trabajadores en 2014: 31 | Gasto: 0,7 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1990 | msf.org/iran



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

5.000 consultas externas

1.900 consultas de salud mental, individuales y en grupo

Los usuarios de drogas, los trabajadores sexuales y los empobrecidos refugiados afganos están entre los grupos vulnerables con peor acceso a la atención médica.

La sanidad iraní sigue mejorando y el consumo de drogas y las enfermedades estigmatizadas empiezan a reconocerse oficialmente. Pero para los colectivos vulnerables aún es difícil conseguir asistencia médica. Médicos Sin Fronteras siguió trabajando en la clínica de Darvazé Ghar de Teherán, ofreciendo atención médica y psicológica voluntaria a personas vulnerables, incluyendo asesoramiento, apoyo social y pruebas para el VIH y la hepatitis. MSF contó con la ayuda de un equipo formado por trabajadores de la comunidad y pacientes.

Desde 2012, la clínica atiende a usuarios de drogas (algunos de ellos niños) y a otros

colectivos excluidos: son sobre todo mujeres (incluidas trabajadoras sexuales) y menores de 15 años; especial atención merecen quienes tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual e infecciosas, como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis. Entre los pacientes se cuentan familiares de usuarios de drogas y niños explotados laboralmente.

MSF apostará por un enfoque específico para el manejo de la hepatitis C y el VIH, seguirá trabajando en la prevención de infecciones, y espera iniciar la atención a varones con drogodependencia.

ITALIA

Nº de trabajadores en 2014: 22 | Gasto: 0,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1999 | msf.org/italy



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

42.100 consultas externas

136 pacientes hospitalizados

La travesía del Mediterráneo sigue siendo la principal opción para quienes intentan llegar a Europa y solicitar protección internacional. La explotación, la violencia y los peligros de cruzar el mar no disuaden a quienes ya se han enfrentado antes a situaciones de vida o muerte.

Médicos Sin Fronteras (MSF) observó un aumento en el número de personas vulnerables que llegaban, entre ellas víctimas de la violencia y la tortura, personas con discapacidad, niños y embarazadas. Según la ONU, los más numerosos eran los sirios y los eritreos.

En Sicilia, en colaboración con el Ministerio de Salud, MSF realizó reconocimientos médicos en Pozzallo y prestó atención psicológica en los centros de acogida de Ragusa; muchos pacientes presentaban cuadros de sarna, infecciones respiratorias, tuberculosis latente y sufrimiento psicológico. En el puerto de Augusta se estableció una clínica temporal en tiendas de campaña para ofrecer atención médica inmediata a los recién llegados y derivar las urgencias al hospital; este programa fue traspasado al Ministerio y a la Cruz Roja

Italiana en diciembre, una vez disminuyeron las llegadas

Entre marzo y septiembre, MSF gestionó en Milán un centro de hospitalización de 23 camas, para brindar atención a personas sin hogar que hubieran recibido el alta en otros hospitales pero aún tuvieran necesidades médicas. El centro se instaló en colaboración con organizaciones locales dentro de un albergue, y atendía gratuitamente en consulta ambulatoria y en salas de hospitalización (incluyendo el cuidado de enfermería). Muchos pacientes sufrían enfermedades crónicas o dolencias resultantes de las duras condiciones de vida, tales como infecciones respiratorias. El proyecto fue traspasado al Ministerio de Salud en septiembre.

En junio también cerró el programa centrado en el Chagas, que incluía tanto promoción de la salud como rastreo de enfermos.

Más información sobre los refugiados y los migrantes que llegan a Europa en los apartados de Bulgaria, Grecia y Serbia.

En 2014, un número sin precedentes de personas llegaron a las costas italianas tras cruzar el Mediterráneo. Muchas de ellas huían de la guerra.

JORDANIA

Nº de trabajadores en 2014: 209 | Gasto: 8,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2006 | msf.org/jordan



Más de 600.000 sirios han llegado a Jordania huyendo de la guerra, y se han instalado sobre todo en zonas urbanas. La necesidad de servicios básicos como la salud ha aumentado enormemente.

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.500 consultas de salud mental, individual y en grupo

1.500 víctimas de la violencia atendidas

1.300 intervenciones quirúrgicas

La mayoría de los refugiados viven fuera de los campos y comparten espacios, recursos y servicios con sus anfitriones jordanos, lo que ha empujado hasta el límite de su capacidad a todos los servicios públicos, incluyendo la salud o la recogida de residuos. En noviembre, las autoridades jordanas anunciaron que los refugiados tendrían que empezar a pagar por la atención médica.

Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió operando una maternidad en Irbid, en el norte de Jordania, que prestó atención gratuita a refugiadas sirias y a jordanas vulnerables, con consultas pre y posnatales y atención obstétrica y neonatal. En 2014, se atendieron más de 2.000 partos. En enero, MSF amplió estos servicios con un nuevo departamento de atención ambulatoria pediátrica, que realizó 14.000 consultas. En octubre, puso en marcha un programa de salud mental para niños víctimas de la guerra y el desplazamiento que presentarán secuelas psicológicas; para finales de año se habían realizado 351 consultas. A mediados de diciembre, un equipo inició un proyecto piloto de atención gratuita en una clínica de la gobernación de Irbid, para atender a refugiados sirios y a jordanos desfavorecidos y con enfermedades crónicas (principalmente diabetes e hipertensión), y aliviar la carga de trabajo de los desbordados centros de salud locales.

Cirugía de urgencia en Ar Ramtha

En el hospital de Ar Ramtha, a pocos kilómetros de la frontera con la provincia siria de Dará, MSF proporcionó cirugía de urgencia a los sirios heridos: 538 pacientes se sometieron a un total de 1.300 operaciones de cirugía mayor (muchas de ellas vitales). MSF también les proporcionó atención

hospitalaria general, fisioterapia y atención psicológica (1.160 consultas).

En marzo, MSF abrió un centro de atención posoperatoria en el campo de refugiados de Zaatari; cuenta con 40 camas y está reservado a los heridos de guerra derivados desde Ar Ramtha y otros hospitales jordanos. Entre los más de 460 pacientes ingresados, 244 necesitaron seguimiento para el manejo del dolor y la cura de heridas; también se prestó atención en salud mental y fisioterapia.

Cirugía reconstructiva en Ammán

El programa de cirugía reconstructiva de MSF en Ammán ofrece un servicio esencial para las víctimas de los conflictos en Siria, Irak y Yemen, muchas de ellas niños. Una red de médicos identifica a estos pacientes por toda la región, para su derivación a Ammán. Una vez allí, reciben gratuitamente cirugía reconstructiva ortopédica, maxilofacial o plástica. Este equipo realizó 1.369 intervenciones quirúrgicas en 2014; un 45% de los pacientes ingresados eran sirios. El programa atendía también a los sirios que hubieran sido operados en otros lugares y necesitaran atención posoperatoria. Finalmente, se realizaron 8.000 consultas de salud mental.



Rayya, refugiada siria, vivía en Dará. En enero de 2012 fue herida por una granada: la metralla le destruyó el antebrazo. Ha sido operada varias veces por el equipo de MSF en Jordania.

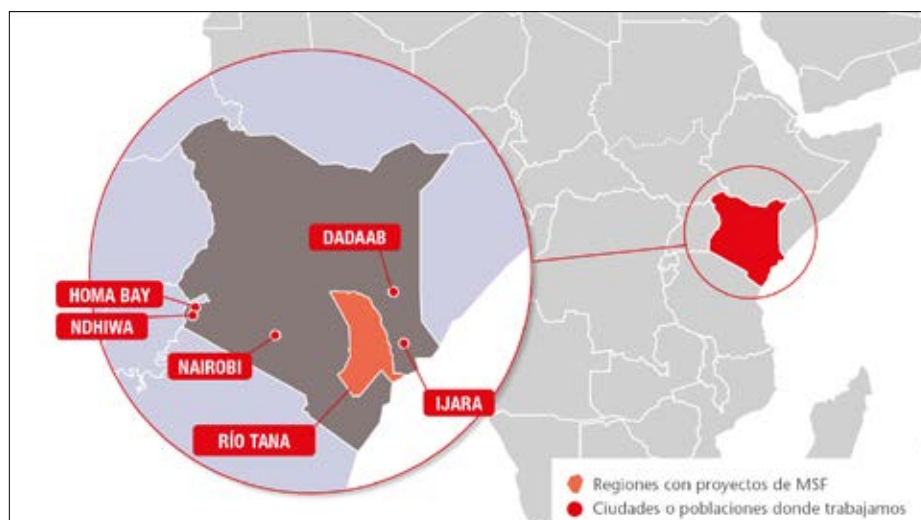
TESTIMONIO

El hijo de AHMED fue operado en Ar Ramtha. El pequeño, de 9 años de edad, y un amigo suyo resultaron heridos cuando jugaban con un artefacto sin estallar que habían encontrado en la calle.

"En Dará me dijeron que no podían tratar el tipo de heridas que sufría mi hijo. No tenían el equipo adecuado y solo había un médico. Tuvimos suerte. En 15 minutos llegamos a la frontera y en apenas 25 estábamos en el hospital. Tenía todo el cuerpo lleno de metralla; las heridas más graves las tenía en la pierna. Hasta ahora le han operado siete veces, y esperamos que termine pronto ya con el tratamiento".

KENIA

Nº de trabajadores en 2014: 603 | Gasto: 17,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1987 | msf.org/kenya



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

333.400 consultas externas

10.500 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

2.800 pacientes tratados tras agresiones sexuales

Médicos Sin Fronteras (MSF) atiende las necesidades médicas de algunas de las personas más vulnerables de Kenia: los vecinos de los barrios chabolistas, los refugiados, los pacientes con VIH y tuberculosis (TB) y las víctimas de violencia sexual.

Más de 350.000 refugiados, en su mayoría somalíes, viven en condiciones precarias en Dadaab, el campo estable más grande del mundo. Tras el acuerdo de retorno voluntario (firmado por la ONU y los Gobiernos de Kenia y Somalia), a los refugiados les quedan solo dos opciones: volver a un país arrasado por la guerra o quedarse en campos cerrados donde la asistencia es mínima. La amenaza de secuestros, robos y agresiones sexuales ejerce una gran presión sobre los refugiados, al tiempo que la inseguridad limita la capacidad de ayuda de las organizaciones humanitarias.

Debido a la inseguridad, desde 2011 MSF no cuenta con personal internacional permanente en el campo de Dagahaley (a 80 km de la frontera con Somalia) y el proyecto se gestiona a distancia gracias al personal keniano. En 2014, este programa se articuló en torno a un hospital de 100 camas (con servicios de consulta externa y hospitalización, maternidad, cirugía urgente y tratamiento del VIH y la TB), un centro hospitalario de nutrición terapéutica, y cuatro puestos de atención primaria (que

también prestan apoyo en salud mental, dentro de sus actividades externas). Estos programas realizaron una media mensual de 15.000 consultas externas, 1.000 prenatales y 1.000 hospitalizaciones. En marzo, MSF denunció públicamente las inadecuadas e inseguras condiciones en que viven estos refugiados, y pidió al Gobierno keniano y a los países donantes un mayor compromiso con los campos de Dadaab.

VIH/sida

El programa de MSF en Homa Bay, dentro del hospital público, proporciona tratamiento antirretroviral (ARV) desde

2001; este fue de hecho el primer centro público en hacerlo de forma gratuita. En la actualidad MSF está traspasando sus actividades al Ministerio de Salud. En 2014, estaban en tratamiento 7.400 pacientes. Por otra parte, en Ndhiwa –con un 24% de prevalencia y un 2% de nuevas infecciones cada año– MSF inició un nuevo proyecto de diagnóstico y tratamiento basado en la atención integral y simplificada; este programa trabaja desde las estructuras del Ministerio y en las mismas comunidades. Además, MSF apoyará a las autoridades sanitarias para ampliar el acceso a las pruebas de VIH, a la circuncisión masculina



Pacientes con tuberculosis esperan consulta en la clínica Green House de Mathare (Nairobi).



© Phil Moore

Las matronas de MSF atienden a una madre en la clínica de Kibera South (Nairobi) y a John, su bebé recién nacido.

voluntaria y al tratamiento para la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo (PTMH). También serán prioritarias la adherencia al tratamiento y la mejora de la calidad de la atención a los pacientes ingresados en los hospitales de Ndhiwa y Homa Bay (en los que la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con VIH sigue siendo alta).

Asistencia en los barrios chabolistas

En los barrios de Eastlands, la pobreza, el consumo de drogas, el crimen y la impunidad contribuyen a los altos niveles de violencia y violencia sexual. Sin embargo, apenas existe atención médica de urgencia en esta parte de la ciudad. MSF siguió trabajando en la clínica Lavender House de Mathare: ofreció atención integral a las víctimas de violencia sexual y de género, y puso a su disposición un teléfono de asistencia y un servicio de recogida en ambulancia. La atención médica incluye profilaxis posexposición para prevenir la transmisión del VIH y las infecciones de transmisión sexual, prueba de embarazo (si es pertinente), toma de muestras, apoyo psicológico e información para apoyo social y legal. Este programa atendió a unas 200 personas al mes, la mitad de ellas

menores de edad, y una cuarta parte, menores de 12 años. Lavender House cuenta también con una sala de urgencias y estabilización, desde la que después se derivan los pacientes que lo necesiten a otros hospitales: aquí fueron atendidas unas 300 personas al mes, en su mayoría víctimas de agresiones.

Además, tras confirmar la grave brecha existente en el acceso a los hospitales y a atención especializada, MSF decidió iniciar un servicio de transporte, con dos ambulancias, en Mathare e Eastleigh; en las primeras seis semanas del proyecto, se recibieron 141 llamadas. MSF también comenzó a colaborar con las urgencias del hospital Mama Lucy Kibaki, el único disponible para los dos millones de habitantes de Eastlands: proporcionó personal, equipamiento, formación y supervisión. Por otra parte, se mantuvo el programa de búsqueda y tratamiento de personas con tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR) en Green House (Mathare), y se inició el tratamiento con bedaquilina de un paciente con la forma extrarresistente: es la primera vez que se administra este novedosos fármaco en Kenia.

En la barriada de Kimera, las dos clínicas de MSF son los únicos centros que brindan atención primaria gratuita, incluyendo tratamiento del VIH/sida, TB y enfermedades crónicas, y atención integral a las víctimas de violencia sexual. En Kibera Sur, MSF abrió una nueva clínica con servicios de atención primaria, maternidad, ambulancias para emergencias obstétricas y otras urgencias, promoción de la salud, terapia psicológica y apoyo social; esta clínica ha implantado un modelo de *ventanilla única*, para manejar de forma integrada enfermedades como el VIH, la diabetes o el asma: esto facilita el diagnóstico temprano, el tratamiento y el seguimiento del paciente. Más del 60% de las consultas en las clínicas de MSF en Kibera eran por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas o dermatológicas, provocadas por las condiciones de vida en el barrio, y fundamentalmente por el hacinamiento y la falta de higiene y saneamiento.

KIRGUISTÁN

Nº de trabajadores en 2014: 108 | Gasto: 2,1 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2005 | msf.org/kyrgyzstan



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

620 pacientes con TB en tratamiento

En Kirguistán, uno de cada cuatro pacientes diagnosticados con tuberculosis padece una forma multirresistente.

Estos pacientes no responden a los fármacos estándar de primera línea y necesitan un tratamiento más largo, complejo e intensivo. Un problema añadido es que la atención a pacientes con tuberculosis (TB) se ha centralizado y solo

está disponible en hospitales, lo que limita su disponibilidad, sobre todo en zona rural.

Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió siendo la única organización internacional activamente comprometida en la atención clínica a pacientes con TB resistente a los medicamentos (TB-DR) en Kirguistán. El distrito de Kara-Suu (provincia de Osh) presenta algunas de las tasas de TB más elevadas del país; MSF se centró en la atención ambulatoria, para reducir el tiempo que el paciente debe pasar en el hospital y mejorar así su adherencia al tratamiento. El proyecto quiere además influir en las políticas sanitarias del país, y de hecho consiguió que el Ministerio de Salud introdujera este enfoque como estrategia clave para los próximos años.

En el caso de pacientes con TB en estado grave, MSF siguió trabajando en el hospital de Kara-Suu (de 80 camas), donde no solo ofrece diagnóstico y tratamiento: opera una sala de aislamiento para pacientes con TB-MDR, y da apoyo a la farmacia, el laboratorio, la gestión de residuos, el suministro de agua y el control de infecciones.

Muchos pacientes ya habían recibido tratamiento para la TB, y más de dos tercios de ellos desarrollaron resistencias debido a la interrupción o discontinuidad de la terapia. Por esta razón,

MSF también les ofreció apoyo psicosocial, para ayudarles a perseverar en los complicados y duros regímenes de medicamentos.

Traspaso de un proyecto en la cárcel

En 2006, MSF lanzó un proyecto de diagnóstico y tratamiento de la TB para los reclusos de una prisión de Biskek, donde la enfermedad era muy prevalente. El proyecto fue traspasado al Comité Internacional de la Cruz Roja, el Ministerio de Salud y la dirección de la prisión. Desde su inicio, han sido tratados más de 3.000 pacientes.

TESTIMONIO

SHAKIR recibió tratamiento para la TB-MDR.

"Durante el tratamiento, no tenía ni idea de que fuera a necesitar ayuda psicológica. Pero cuando tomas los medicamentos, sufres efectos secundarios negativos. Estaba nervioso y apático. El apoyo psicosocial que recibí de MSF fue muy útil. Tras seis meses de tratamiento ambulatorio, el médico vino a casa con los resultados de mis últimas pruebas de esputo: 'Shakirake, tengo buenas noticias: los resultados de la prueba son estupendos, ¡estás curado!'".

LESOTO

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



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

6.600 consultas de planificación familiar

5.900 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

1.900 partos asistidos

La atención materna no está disponible para muchas mujeres, con los consiguientes riesgos para su salud.

Lesoto es montañoso y tiene pocas carreteras. En los pueblos rurales aislados, muchas personas no pueden pagar el transporte hasta un centro de salud. Y además escasea el personal sanitario cualificado. En consecuencia, cerca del 50% de las mujeres dan a luz en casa. Otro problema es la alta prevalencia del VIH, que en las embarazadas llega al 27%. El VIH, aislado o en coinfección con la tuberculosis (TB), contribuye a engrosar la elevada mortalidad materna. Médicos Sin Fronteras siguió centrada en mejorar el acceso a la salud materna, a la planificación familiar y al tratamiento antirretroviral.

En la provincia de Roma, MSF colaboró con el Hospital Saint Joseph en los servicios de planificación, atención pre y posnatal y urgencias, ofreciendo también servicios

similares en seis clínicas situadas en las llamadas tierras bajas y en tres dispensarios de la remota zona de Semonkong. En Saint Joseph nacieron una media de 133 niños al mes, y en todo el año, 230 mujeres se alojaron en el albergue de la maternidad a la espera del parto. MSF también tiene una ambulancia para llevar a las urgencias al hospital.

MSF formó al personal local de estos centros para mejorar la atención integral a los pacientes coinfectados con VIH y TB. Son los agentes de salud y consejeros locales quienes se encargan de iniciar el tratamiento antirretroviral y de su seguimiento. Mediante este sistema, 1.550 personas empezaron a recibirlo en 2014. También se amplió el programa de seguimiento de la carga viral (indicador del éxito o fracaso del tratamiento).

LÍBANO

Nº de trabajadores en 2014: 284 | Gasto: 15,6 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1976 | msf.org/lebanon



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

245.200 consultas externas

7.200 consultas de salud mental, individuales y en grupo

Cerca de 1,2 millones de refugiados sirios, refugiados palestinos y retornados libaneses han entrado en Líbano desde Siria desde que empezó la guerra en 2011. Líbano es un país pequeño, de solo cuatro millones de habitantes, y esta presión genera muchas dificultades.

Los refugiados y repatriados tienen cada vez menos oportunidades de empleo y recursos económicos, por lo que dependen en gran medida de la ayuda humanitaria. Dado que no hay campos de refugiados oficiales, un gran número de personas viven en asentamientos informales, refugios colectivos, fincas, garajes, edificios sin terminar y colegios abandonados, sin las mínimas condiciones de abrigo, alimentación y agua. Todo ello, agravado por el hacinamiento y el clima extremo, impacta gravemente en su salud.

Destaca la falta de atención médica. Sin ir más lejos, son miles los pacientes crónicos que estaban siendo tratados en Siria (por ejemplo con hipertensión, asma o diabetes) que han interrumpido su medicación –a veces con graves consecuencias– porque no pueden pagarla o porque no tienen acceso a atención médica. Muchas embarazadas no tienen supervisión médica, y la atención especializada está completamente fuera del alcance de la mayoría.

Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió prestando atención gratuita a quien la necesitara, independientemente de su nacionalidad o estatus legal.

Valle de la Beká

Muchos de los que han entrado en Líbano se han quedado cerca de la frontera, en áreas como el valle de la Beká, donde no hay suficientes estructuras médicas para cubrir las necesidades actuales. En 2014, MSF asistió a los refugiados sirios y retornados libaneses con atención básica y reproductiva, tratamiento de enfermedades

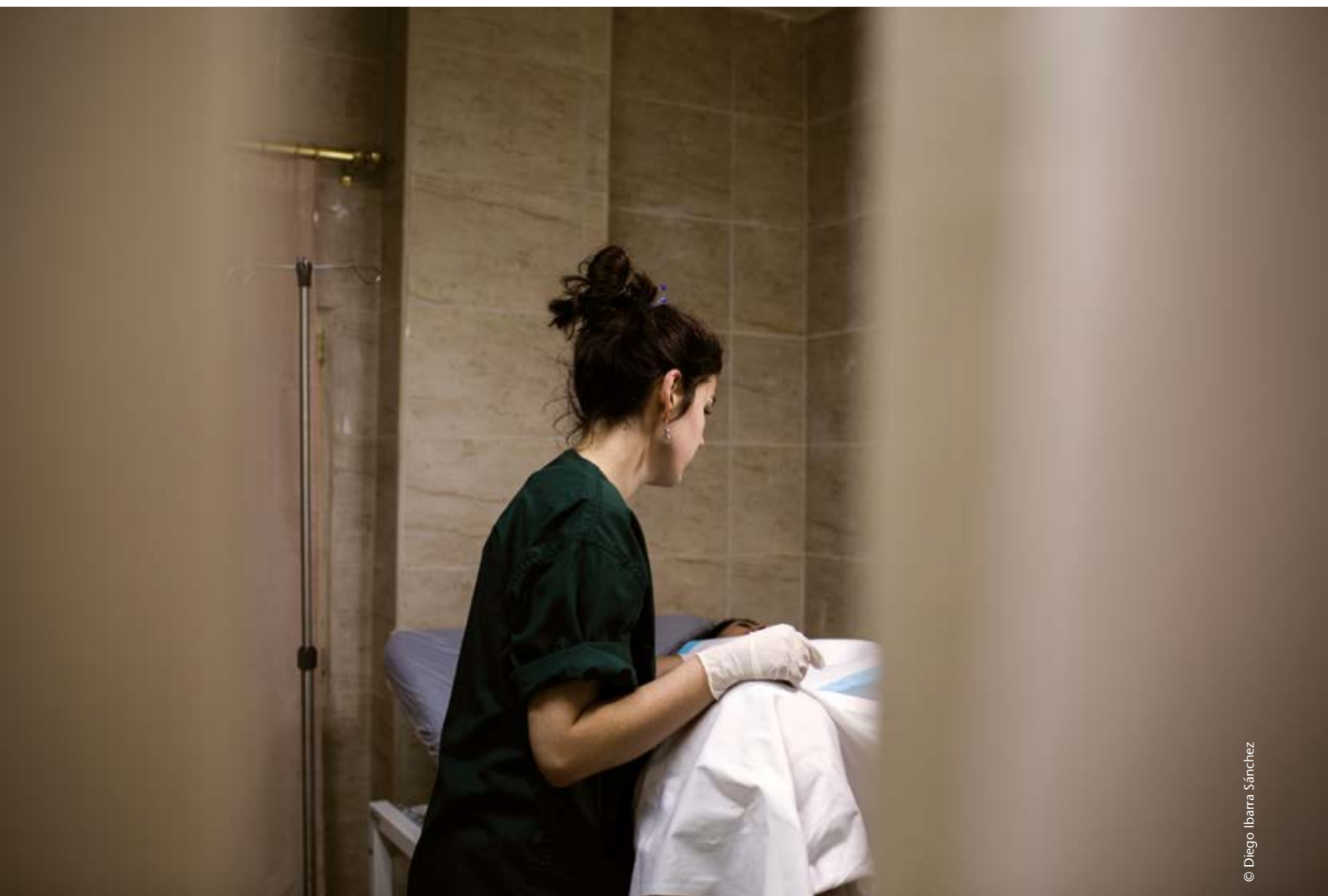
crónicas, asesoramiento y promoción de la salud. Estos programas se ofrecen en varias clínicas en Baalbek y Majdal Anjar (Beká Oeste), en Aarsal (Beká del Norte) y en Hermel. En esta región se realizaron 113.000 consultas en 2014.

Beirut

MSF siguió trabajando en el campo de Shatila (sur de Beirut), un asentamiento de refugiados palestinos establecido en 1949, que acoge ahora además a los palestinos recientemente llegados desde Siria y también a los refugiados sirios.



Una enfermera enseña a un refugiado sirio con diabetes los ejercicios diarios que tiene que hacer para estimular la circulación.



© Diego Ibarra Sánchez

Una matrona de MSF asiste en un parto en el campo de Shatila (sur de Beirut).

MSF se centró en quienes no estaban registrados y por tanto no recibían ayuda oficial, y en aquellos que, aun estando registrados, sufrían necesidades médicas excluidas de los criterios de elegibilidad del Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados. MSF también ofreció atención primaria a menores de 15 años, tratamiento de enfermedades crónicas, apoyo en salud mental y derivación de los pacientes que requirieran atención especializada (por ejemplo mujeres con embarazos o partos complicados que necesitaran cesárea).

Trípoli

En Trípoli (costa norte), MSF trabajó en el hospital Dar al Zahrá del barrio de Abu Samra: la atención médica incluyó tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, salud reproductiva, asesoramiento y vacunaciones de rutina. En Abdie, mantuvo actividades similares desde abril, mientras que en los dispensarios de Jabal

Mohsen y Bab el Tabané proporcionó salud reproductiva, asesoramiento y cuidado de enfermedades graves.

Líbano Sur

Otro equipo de MSF atendió a los refugiados en Líbano Sur, con atención primaria desde tres centros de salud especializados en atención a menores de 15 años, enfermedades crónicas, salud mental y salud reproductiva y materna. También contaba con un sistema de derivación para los pacientes que necesitan atención médica más especializada. En 2014, además, MSF amplió sus actividades en el campo de Ain el Hilwé para cubrir toda la zona de Sidón, y ayudar a los refugiados palestinos, los refugiados sirios y personas vulnerables de la comunidad de acogida. En 2014, estos equipos realizaron 4.800 consultas de salud mental, casi el doble que en 2013.

TESTIMONIO

SAMAR ISMAIL, consejero de salud mental de MSF en el campo de Shatila (Beirut).

“Muchas de las personas que veo proceden de zonas de Siria que han sido bombardeadas. Algunas han perdido a hijos y otros seres queridos. Lo primero que intento es comprender lo que les ha ocurrido y averiguar de dónde vienen los sentimientos negativos. Una vez hemos entendido los problemas y su causa, trabajamos la gestión del estrés. La mayoría de ellos no consiguen entender por qué la gente se ha comportado con ellos de esa forma”.

LIBERIA

Nº de trabajadores en 2014: 373 | Gasto: 23 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1990 | msf.org/liberia | blogs.msf.org/en/staff/blogs/msf-ebola-blog



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

2.500 pacientes con sospecha de Ébola ingresados

1.600 pacientes con Ébola tratados

670 pacientes con Ébola curados

El 31 de marzo se confirmó la existencia de los primeros casos de Ébola en Liberia. Para finales de julio, la cifra era abrumadora y la gente moría en la calle.

La larga guerra civil dañó enormemente el sistema de salud liberiano, y había lagunas graves cuando se produjo el brote de Ébola. Las autoridades sanitarias y las organizaciones de ayuda no reaccionaron adecuadamente, presas de una sensación de falsa seguridad tanto en marzo y abril –cuando había pocos pacientes confirmados–, como entre abril y principios de junio –cuando no se detectó ningún caso nuevo–. Así, cuando a finales de julio se produjo la explosión de casos, el sistema de salud no estaba preparado. En dos meses, el número de casos pasó de menos de 10 en junio a más de 1.000. La epidemia alcanzó su punto álgido entre agosto y octubre.

Margibi y Lofa

Tras las primeras alertas, MSF envió en abril un equipo a los condados de Lofa y Margibi. En Margibi, al este de Monrovia, una empresa local se encargó de construir una pequeña unidad de aislamiento, y MSF colaboró aportando su experiencia técnica y organizando formaciones para los sanitarios locales.

En Foya, cerca de las fronteras con Guinea y Sierra Leona, MSF construyó un centro de tratamiento, impartió formaciones y se aseguró del buen funcionamiento de los sistemas de



Construcción de una de las salas del centro de tratamiento Elwa 3, a las afueras de Monrovia.

alerta de casos sospechosos. Después de que la ONG Samaritan's Purse suspendiera sus operaciones tras la infección de dos de sus trabajadores, MSF asumió también la dirección de su centro y aumentó su capacidad hasta las 100 camas. Pronto se hizo evidente que era imprescindible un enfoque integral para contener la propagación de la epidemia en la región, para lo cual se lanzaron actividades de sensibilización, apoyo psicosocial, promoción de la salud y rastreo y seguimiento de personas que hubieran estado en contacto con los enfermos. Hasta su cierre en diciembre, el centro de MSF en Foya hospitalizó a 700 pacientes; en 394 de ellos se confirmó la infección, y 154 se curaron.

Monrovia

En la capital, MSF dio apoyo a las autoridades e impartió formaciones en los hospitales Elwa y JFK (en este último, también construyó una unidad de aislamiento). En agosto, MSF abrió el Elwa 3, que se convertiría en el más grande de la historia de la organización: su capacidad inicial era de 120 camas, pero fue ampliándose a medida que el brote se agravaba, hasta llegar a 250 a finales de septiembre. Para entonces, había unos 150 ingresos por semana, y la falta de espacio obligaba a los trabajadores de MSF a rechazar a unas 30 personas al día.

Un equipo de respuesta rápida operó clínicas móviles y capacitó al personal sanitario local en el *triaje* de pacientes y el control de infecciones. Para mitigar el riesgo de contagio y restaurar la confianza pública en el sistema de salud, MSF reforzó la prevención y control de infecciones en 13 ambulatorios, que llegarían a ser 22 a medida que el virus se propagaba. MSF también inició la construcción de un hospital pediátrico de acceso gratuito, y en diciembre estableció un servicio de ambulancias con destino al centro de tratamiento.

El Hospital Redemption, el único de la capital con atención gratuita y que cubría a unas 90.000 personas, cerró sus puertas en octubre. Con el fin de que pudiera reanudar su actividad, MSF estableció un centro de tránsito para el *triaje* de casos. También ofreció apoyo psicosocial a las familias de los enfermos de Ébola.

Río Cess

En Río Cess, tras una visita en noviembre de las autoridades sanitarias, la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), MSF recibió la petición de establecer un centro de tránsito en Gozohn. Este centro se encargaba de la identificación de pacientes, para su derivación a Monrovia.

Para el 8 de diciembre ya no había pacientes ingresados en el centro de tránsito, si bien en seis ambulatorios prosiguieron la búsqueda de contactos, la promoción de salud y la formación del personal (sobre control de infecciones). El 15 de diciembre, la organización Partners in Health y las autoridades sanitarias del condado asumieron estas actividades.

Grand Bassa

El 22 de noviembre se confirmó un primer caso en este condado, y ocho días después ya había nueve enfermos graves. MSF desplegó un equipo de 16 personas para establecer un centro de tratamiento en Quewein. A finales de diciembre, la ONG Concern Worldwide y el equipo sanitario liberiano del condado se hicieron cargo de la vigilancia y el seguimiento de contactos. El centro de Quewein cerró en enero de 2015.

Distribución de antimaláricos

MSF distribuyó antimaláricos a 522.000 personas en Monrovia para protegerles de la enfermedad y también para reducir el número de personas con fiebre que acudían a los centros de Ébola temiendo tener el virus. Las dos rondas de distribución se desarrollaron entre finales de octubre y diciembre en los

distritos de New Kru Town, Clara Town, Gardnersville, West Point y Logan Town.

Previsiones de futuro

El número de casos disminuyó bruscamente a finales de año; en diciembre, Liberia tenía el nivel de incidencia más bajo de los tres países más afectados. Sin embargo, el rastreo de contactos y la comunicación transfronteriza seguían siendo esenciales para identificar

nuevos casos. También era necesario abordar con urgencia las necesidades sanitarias no relacionadas con el Ébola, para reducir la mortalidad por enfermedades tratables como la malaria y la diarrea. Muchos hospitales han cerrado sus puertas, los trabajadores de salud han muerto o huido, y pocas personas tienen acceso a la atención que necesitan.

TESTIMONIO

JAMES KOLLIE fue el superviviente número 1.000 de los centros de MSF. Su padre Alexander cuenta lo ocurrido.

"Me di cuenta de que mi hijo parecía cansado. Me preocupé mucho. No tenía síntomas como vómitos o diarrea, solo parecía muy cansado. Llamé al teléfono del Ébola y MSF lo trajo a su centro de tratamiento en Foya para hacerle la prueba. Dio positivo, y esa fue una de las peores noches de mi vida. Al cabo de un tiempo, mi hijo empezó a tener mucho mejor aspecto. Paseaba. Recé para que se curara, para que nos dieran un resultado negativo, pero me preocupaba que sus ojos siguieran estando enrojecidos. Yo solo quería que volviéramos a estar juntos. Entonces sucedió algo sorprendente, algo que me costó creer hasta que lo vi con mis propios ojos. Hasta que no le vi salir no llegué a creer que fuera a salvarse. He visto a personas con Ébola que parecen recuperar las fuerzas y que al día siguiente nos dejaban. Así que pensaba que Kollie tal vez iba a dejarnos de un día para otro. Cuando por fin lo vi salir, me sentí más feliz que nunca. Le miré, y él me dijo: 'Papá, ya estoy bien'".



Tras superar el Ébola, Deddeh se quedó en la zona de aislamiento para cuidar del pequeño Elijah, de 3 meses de edad, cuya madre había fallecido por culpa del virus.

LIBIA

Nº de trabajadores en 2014: 71 | Gasto: 2,2 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2011 | msf.org/libya



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

390 consultas externas

En primavera estallaron nuevos combates que obligaron a miles de personas a huir de sus hogares. El caos y la inseguridad dificultaron enormemente las evaluaciones y operaciones humanitarias.

En 2013, Médicos Sin Fronteras (MSF) abrió un centro de salud mental en Trípoli para dar apoyo médico y psicológico a las víctimas de conflictos pasados. En julio de 2014, la inseguridad obligó a MSF a evacuar a su equipo; este pudo regresar en octubre, pero un nuevo deterioro de la situación llevó al cierre definitivo del proyecto en diciembre.

Para finales de año, la violencia y los disturbios eran generalizados. Muchos trabajadores sanitarios tuvieron que huir, y en los centros de salud también escaseaban los suministros y medicamentos. La inseguridad impedía el acceso a muchas áreas, especialmente en el este del país, donde el número de víctimas era muy elevado. MSF prestó asistencia en Trípoli,

Zawiyá, Yefren, Zuwara y Jadu, mediante la donación de medicamentos, equipamiento médico y kits para tratar a heridos de guerra.

La crisis en Libia ha empujado a miles de personas a buscar refugio en Europa; el 90% de ellas salían desde la costa. Son especialmente vulnerables los migrantes que trabajan en Libia y quienes utilizan su litoral como base desde la que cruzar el Mediterráneo. La mayoría de los barcos zarpan de Zuwara y sus alrededores, y es allí también donde llegan los cuerpos de los fallecidos en los naufragios; MSF donó al comité local de crisis materiales de higiene y protección para el manejo seguro de cadáveres, como cloro, mascarillas y guantes.

MADAGASCAR

Nº de trabajadores en 2014: 40 | Gasto: 0,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1987 | msf.org/madagascar



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

670 pacientes con malaria tratados

290 partos asistidos

En junio, Médicos Sin Fronteras (MSF) traspasó su proyecto de Bekily al Ministerio de Salud.

La crisis política de 2009 deterioró la situación económica y sanitaria, y MSF lanzó varias evaluaciones, que finalmente la llevaron a lanzar un proyecto en Bekily, en la región de Androy (sur) en 2011. Este programa tenía como base el hospital de Bekily y dos centros de salud locales. Ofrecía atención médica a mujeres con embarazos complicados, a niños con

desnutrición y a enfermos de malaria, tuberculosis y esquistosomiasis (una enfermedad parasitaria curable).

Hasta el cierre del proyecto en 2014, fueron atendidas en urgencias 20.000 personas, un 42% de ellas niños menores de 5 años. Uno de cada cuatro pacientes tenía malaria. Además, los equipos realizaron 12.000 consultas prenatales, hospitalizaron a 1.460 niños, y diagnosticaron y dieron tratamiento a 130 enfermos de tuberculosis.

MALAWI

Nº de trabajadores en 2014: 586 | Gasto: 7,1 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1986 | msf.org/malawi



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

43.300 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

400 pacientes con TB en tratamiento

Uno de los principales problemas de la sanidad malgache es la escasez de personal cualificado: cerca de un 60% de los puestos de trabajo están vacantes.

Médicos Sin Fronteras (MSF) lleva años colaborando con la sanidad malgache para fortalecer la respuesta al VIH, mediante programas de formación, apoyo técnico y desarrollo de modelos de tratamiento innovadores que lleguen a más pacientes.

En agosto, MSF y las autoridades del distrito de Chiradzulu comenzaron el traspaso del proyecto iniciado en 1997, que se prolongará durante cuatro años. MSF siguió trabajando en la simplificación de la atención a pacientes en tratamiento antirretroviral: desde septiembre, casi la mitad de ellos reciben cita médica solo cada seis meses, lo que reduce la carga de trabajo de los centros de salud. Además, MSF está ejecutando un proyecto financiado por UNITAID (mecanismo de compra de medicamentos gestionado por la ONU) para facilitar el recuento de CD4 y la medición de la carga viral: las muestras se analizan *in situ* en lugar de ser enviadas a laboratorios en otros lugares. Para finales de 2014, cinco centros de salud ya realizaban el análisis de CD4, y cuatro, el de carga viral.



Este paciente ha tenido que caminar tres horas para llegar al centro de salud de Thyolo.

En Nsanje, MSF supervisó un programa para el tratamiento de todas las mujeres embarazadas y lactantes con VIH, con independencia de su estado clínico, para prevenir la transmisión del virus a sus bebés. También implantó el tratamiento de la tuberculosis (TB) en 14 centros de salud, como paso hacia la terapia integrada para pacientes coinfectados con VIH. Además, MSF trabajó en la mejora de los servicios de asesoramiento, diagnóstico y tratamiento para trabajadoras sexuales, parejas serodiscordantes, adolescentes y personas en fase avanzada de la enfermedad.

En diciembre de 2013 se traspasó al Ministerio de Salud el proyecto de tratamiento de VIH en Thyolo, aunque MSF siguió impartiendo formaciones al personal local encargado de las terapias de segunda línea y los análisis de carga viral; MSF dejará Thyolo definitivamente a lo largo de 2015. En 2014, el equipo conjunto de MSF y el Ministerio reorganizó a 4.200 pacientes en varios grupos comunitarios, de forma que los propios pacientes se turnan para recoger la medicación. Además, en Nsanje y Thyolo se realizaron 22.864 mediciones de la carga viral.

Asimismo, 12 estudiantes se graduaron en el Programa de Becas de MSF para Recursos Humanos Sanitarios Rurales: trabajarán en Thyolo, Nsanje y Chikhawa, áreas aisladas y con poco personal sanitario.

Proyecto en las cárceles

MSF lanzó un nuevo proyecto en dos prisiones: Maula (Lilongwe) y Chichiri (Blantyre). Se efectuaron pruebas de VIH, TB, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y hepatitis B a unos 4.400 reclusos y al personal penitenciario al completo; además, se efectuaron vacunaciones contra la hepatitis B y se brindó tratamiento para las otras enfermedades. Otras medidas para mejorar y ampliar la atención sanitaria incluyeron las becas de formación a cuatro funcionarios de prisiones, la construcción de salas de consulta, farmacias y laboratorios, y el apoyo a los servicios de consulta externa.

En 2014, MSF inició en Mwanza y Zalewa, cerca de la frontera con Mozambique, un proyecto para ofrecer análisis del VIH y las ETS a los camioneros (50 se las hicieron) y trabajadoras del sexo (300).

MALI

Nº de trabajadores en 2014: 883 | Gasto: 9,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1992 | msf.org/mali



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

173.500 consultas externas

75.700 pacientes tratados por malaria

15.000 vacunaciones rutinarias

En 2014 se sucedieron los ataques yihadistas contra objetivos militares, sin que las conversaciones de paz fructificaran. El deterioro de la seguridad restringió enormemente el acceso de la población a la atención primaria en algunas regiones del norte.

Norte

Los civiles no pudieron acceder a la asistencia médica en las zonas controladas por ciertas facciones o en las que había combates. Los profesionales sanitarios siguen escaseando, y las autoridades carecen de medios para responder a crisis como las provocadas por las epidemias. Los programas de Médicos Sin Fronteras (MSF) han hecho todo lo posible por cubrir estas brechas y llegar allí donde la sanidad maliense no podía.

En colaboración con varios centros de salud en la provincia de Gao, MSF realizó 47.750 consultas en 2014. Algunas de las áreas cercanas a la localidad de Ansongo eran de difícil acceso. Un equipo siguió dando atención médica y medicamentos gratuitos a los pacientes del hospital de referencia de Ansongo, que estaba colapsado. MSF también colaboró con el Ministerio de Salud durante un brote de sarampión a principios de año, y derivó a 124 pacientes para su tratamiento en el hospital.

MSF colaboró con otras organizaciones para garantizar la detección de la desnutrición

infantil y ampliar la quimioprevención de la malaria estacional en Gao. Durante una intervención desarrollada para una población muy dispersa y en un entorno de gran inseguridad, los equipos de MSF consiguieron proporcionar antimaláricos de forma preventiva a 40.000 niños de entre 3 meses y 5 años de edad, durante los cuatro meses que duró el pico estacional.

MSF también colaboró con el hospital regional de Tombuctú (de 65 camas), sobre todo en las urgencias médicas y quirúrgicas: se atendieron 700 hospitalizaciones y 150 partos al mes. También se pasó consulta a pacientes crónicos en el Centro de Salud de Referencia (CSREF), sobre todo enfermos con diabetes o hipertensión y heridos de guerra con secuelas físicas.

En Tombuctú, un 40% de la población vive a más de 15 km del centro sanitario más cercano. Los equipos móviles siguieron apoyando al personal médico local en cinco centros periféricos, con atención primaria, vacunaciones y evaluación nutricional. La inseguridad dificultó enormemente la supervisión de estas instalaciones y el traslado de pacientes a Tombuctú cuando era necesaria su derivación.

Sur

En el sur, relativamente pacífico, MSF se centró en la salud pediátrica, con programas en Koutiala (Sikasso) centrados en la principal

causa de mortalidad infantil, la malaria (con 37.400 niños tratados), y en la desnutrición severa. MSF colabora con la unidad de pediatría del centro de salud de Koutiala, y duplicó su número de camas, hasta las 400, durante el pico estacional de malaria. Además de ofrecer atención primaria en cinco distritos, MSF implantó un programa de quimioprevención del paludismo a tres años vista, y que en 2014 llegó a 183.970 niños. Los equipos también formaron a personal paramédico y estudiantes de Medicina. En el área de Konséguéla, siguió en marcha el proyecto piloto de pediatría preventiva, con vacunaciones y distribución de mosquiteras.

Respuesta al Ébola

Tras confirmarse los primeros casos de Ébola en octubre, dos equipos de emergencia se dirigieron a Kayes y Bamako para establecer centros de tratamiento y asumir su gestión. Además, MSF colaboró con el Ministerio de Salud para reforzar la capacidad de detección y respuesta a las alertas, capacitó a equipos de respuesta rápida y participó en la elaboración de protocolos de actuación rural. Además, en diciembre puso en marcha un sistema de alerta temprana para detectar a posibles enfermos en Sikasso. Finalmente, se ofreció una formación exhaustiva a 95 profesionales sanitarios de Sélingué y Yanfolila.



Un líder comunitario participa en la campaña de quimioprevención de la malaria en Gao.

MAURITANIA

Nº de trabajadores en 2014: 346 | Gasto: 4,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1994 | msf.org/mauritania



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

175.800 consultas externas

1.800 partos asistidos

260 intervenciones quirúrgicas

Más de 51.000 refugiados malienses asentados en el campo de Mbera dependen casi por completo de la ayuda internacional, y muchos no tienen ni comida ni cobijo adecuados.

La crisis política y de seguridad sufrida por Mali en 2013 obligó a miles de personas a huir a Mauritania. A pesar de las negociaciones de paz de 2014, el norte de Mali siguió sufriendo tal inseguridad que los servicios públicos no existían en gran parte

de la región. Los grupos armados eran cada vez más numerosos, y los ataques y asaltos disuadían a los refugiados de regresar a sus hogares.

Médicos Sin Fronteras brindó atención primaria y de urgencias, y servicios de ginecología y obstetricia, a los refugiados del campo de Mbera y las comunidades de acogida de las cercanas Bassikounou y Fassala. Mediante la colaboración con las clínicas y hospitales públicos, MSF logró que la población al completo de esta empobrecida zona tuviera por primera vez acceso a atención médica. La mayoría de intervenciones vitales fueron cesáreas y de cirugía visceral y ortopédica.

MÉXICO

Nº de trabajadores en 2014: 84 | Gasto: 2,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1985 | msf.org/mexico



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

21.200 consultas externas

2.000 consultas de salud mental, individuales y en grupo

200 pacientes tratados tras agresiones sexuales

En 2014, Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió asistiendo a los migrantes, con atención médica y psicológica, derivaciones hospitalarias y seguimiento de los casos urgentes. Muchas personas han sufrido violencia en algún momento de la ruta, pero apenas hay atención disponible para las víctimas de violencia sexual, y no existen servicios de salud mental. MSF realizó más de 10.000 consultas médicas y 1.000 de salud mental en Ixttepec, Apaxco, Lechería, Huehuetoca, Bojay y Tierra Blanca.

MSF también empezó a ofrecer apoyo psicológico a las víctimas de la violencia extrema en Colonia Jardín, Acapulco, la ciudad con más homicidios del país.

Atención de urgencias en Tamaulipas

Los habitantes de Tamaulipas llevan más de diez años expuestos a la violencia extrema relacionada con el narcotráfico. El hospital general de Nuevo Laredo –el único que ofrece atención gratuita y de calidad para la población vulnerable– está desbordado. MSF trabajó con las autoridades sanitarias para mejorar la atención en urgencias, ampliando estas instalaciones, estableciendo un triaje de 24 horas, capacitando al personal, donando equipos y medicamentos, y

estandarizando los tratamientos. Una vez confirmadas las mejoras en la atención al paciente, este modelo se replicó en Reynosa, Río Bravo y Valle Hermoso. A finales de 2014, también empezó a prestarse asistencia de salud mental y atención a víctimas de violencia sexual en Nuevo Laredo y Reynosa.

Tratamiento del Chagas

El Chagas es una enfermedad frecuente en México, pero bastante olvidada. MSF colaboró con las autoridades sanitarias para desarrollar una respuesta integral en el centro de salud de San Pedro Pochutla (Oaxaca). MSF organizó actividades de promoción de la salud y la implantación de medidas preventivas (incluyendo 3.145 pruebas de diagnóstico rápido) y del tratamiento, además de apoyo técnico y formación. Cinco centros de salud están ya capacitados para tratar el Chagas.

Desaparecidos en Guerrero

Desde octubre, MSF ofreció apoyo psicosocial y terapéutico a 400 familiares y compañeros de los 43 estudiantes desaparecidos en Iguala el 26 de septiembre.

La población urbana y los migrantes que pasan por México de camino a Estados Unidos se exponen al secuestro, la extorsión, los abusos e incluso a la muerte.

MOZAMBIQUE

Nº de trabajadores en 2014: 370 | Gasto: 7,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1984 | msf.org/mozambique



Médicos Sin Fronteras (MSF) sigue cubriendo algunas brechas críticas en el tratamiento del VIH y la tuberculosis (TB).

La respuesta de Mozambique al VIH ha mejorado, pero el virus sigue siendo la principal causa de muerte en adultos; según el Ministerio de Salud, hay 1,6 millones de VIH-positivos. Además, Mozambique tiene la quinta tasa de coinfección por VIH y TB más alta del mundo, lo que se traduce en un creciente problema de TB multirresistente (TB-MDR).

Desde 2001, MSF colabora con el Ministerio de Salud para garantizar el acceso a atención integral a los pacientes de VIH y TB en los distritos sanitarios de Kampfumo y Nhamankulo. El objetivo para los próximos años es ofrecer asistencia especializada para los casos complicados, como aquellos enfermos que buscan tratamiento demasiado

tarde, quienes presentan resistencias a los antirretrovirales de primera línea y los coinfectados con enfermedades oportunistas como la TB-MDR o el sarcoma de Kaposi. Por otra parte, el programa de MSF en el centro de salud Primeiro de Maio se centró sobre todo en los adolescentes, y dio apoyo a los grupos comunitarios de pacientes en tratamiento.

MSF también implantó las pruebas de carga viral en los centros públicos de salud en Maputo y el distrito de Changara, dentro de un proyecto piloto de mejora de la atención. En la provincia de Tete, MSF trabajó con grupos de pacientes, que se brindan apoyo y se turnan para recoger sus fármacos; a finales de 2014, más de 10.500 personas formaban parte de estos grupos. Finalmente, MSF lanzó un nuevo programa en las ciudades de paso de Tete y Beira, dirigido a colectivos difíciles de alcanzar, como las trabajadoras sexuales, los camioneros y los temporeros; más de 2.000 personas se hicieron las pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual y recibieron tratamiento.

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

38.300 antenatal consultations

31.400 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

3.600 mujeres se hicieron las pruebas de cáncer de cuello uterino

MYANMAR

Nº de trabajadores en 2014: 1.146 | Gasto: 14 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1992 | msf.org/myanmar



El proyecto de Médicos Sin Fronteras en Rakhine, que presta una ayuda vital a miles de víctimas de la crisis médico-humanitaria, quedó en suspenso durante la mayor parte de 2014; hasta finales de año no pudo reanudar sus actividades.

En febrero, las autoridades de Myanmar ordenaron a MSF la suspensión de su proyecto regular en Rakhine, que prestaba atención primaria en 24 campos de desplazados y sus comunidades aledañas en el este del estado.

A partir de junio, se aceptó que MSF aportara personal médico a las estructuras sanitarias del Ministerio de Salud en Rakhine, y también pudo entregar suministros (como vehículos y equipo médicos) a los Equipos de Respuesta Rápida del Ministerio en los municipios de Sittwe y Pauktaw. También pudo retomar su

asistencia a los pacientes de VIH que estaba tratando con anterioridad. Tras la reanudación oficial de actividades a mediados de diciembre, MSF realizó más de 3.400 consultas en apenas un mes, sobre todo a personas con enfermedades dermatológicas e infecciones de las vías respiratorias; 550 de las consultas fueron con mujeres embarazadas.

Para finales de diciembre aún quedaban algunas actividades por reanudar.

VIH y TB

En colaboración con el Ministerio, MSF siguió siendo un proveedor clave de atención a pacientes de VIH y tuberculosis (TB): en 2014, suministraba antirretrovirales a más de la mitad de las 70.000 personas que reciben tratamiento en el país. Además, siguió operando programas integrales en los estados de Shan y Kachin, y en Yangon y Dawei (en la región de Tanintharyi): tratamiento de pacientes coinfectados con VIH y TB, de pacientes con enfermedades de transmisión sexual, y para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

51.600 consultas externas

34.700 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

1.300 pacientes con TB en tratamiento



Paciente con TB-MDR en tratamiento en la clínica de MSF en el municipio de Insein (Yangón); es el principal centro de tratamiento del VIH y la TB del país.

(PTMH), además de promoción de la salud, y apoyo psicosocial. MSF también rehabilitó e inauguró en noviembre una clínica de VIH y TB en el municipio de Insein (Yangón): es la más grande del país y en la actualidad trata a unas 10.000 personas.

A finales de 2014, MSF también comenzó a colaborar con tres centros de diagnóstico del VIH y asesoramiento en Dawei y alrededores, centrándose en colectivos de difícil acceso: trabajadoras sexuales, temporeros y varones

que mantienen relaciones homosexuales. Los psicólogos de MSF también organizaron grupos de apoyo.

En 2014 se produjo un hito en el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus (CMV), infección relacionada con el VIH que causa ceguera, y que en Myanmar afecta a uno de cada cuatro enfermos graves de VIH. Tras años negociando precios con una farmacéutica, MSF inició en Dawei el tratamiento con valganciclovir (una píldora diaria). Aunque

este fármaco está disponible en los países ricos desde 2001, esta es la primera vez que MSF consigue usarlo. Hasta ahora, los pacientes tenían que soportar dolorosas inyecciones en el ojo.

Clínicas móviles de emergencia

En abril, cuando se reanudaron los combates en Shan y Kachin, MSF lanzó clínicas móviles para llevar asistencia sanitaria a los desplazados.

TESTIMONIO

MA*, paciente con VIH en estado avanzado y CMV, fue la primera persona tratada con valganciclovir.

"Si no hubiera ido a la clínica en Dawei, probablemente habría muerto. Tenía CMV, y el médico me dijo al examinarme los ojos que tenía muchas lesiones en la retina. Pero tras cuatro meses de tratamiento, estoy mejor. No he notado efectos secundarios. Antes estaba muy mal y tenía que estar en cama todo el tiempo. Ahora puedo ir a todas partes por mi cuenta. Incluso vuelvo a ver bien y puedo leer los mensajes de mi móvil. Si no me hubiera tratado a tiempo, seguramente habría perdido la vista en tres meses. Tuve mucha suerte de poder tomar este tratamiento oral".

* Nombre ficticio.

NÍGER

Nº de trabajadores en 2014: 1.866 | Gasto: 23,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1985 | msf.org/niger

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

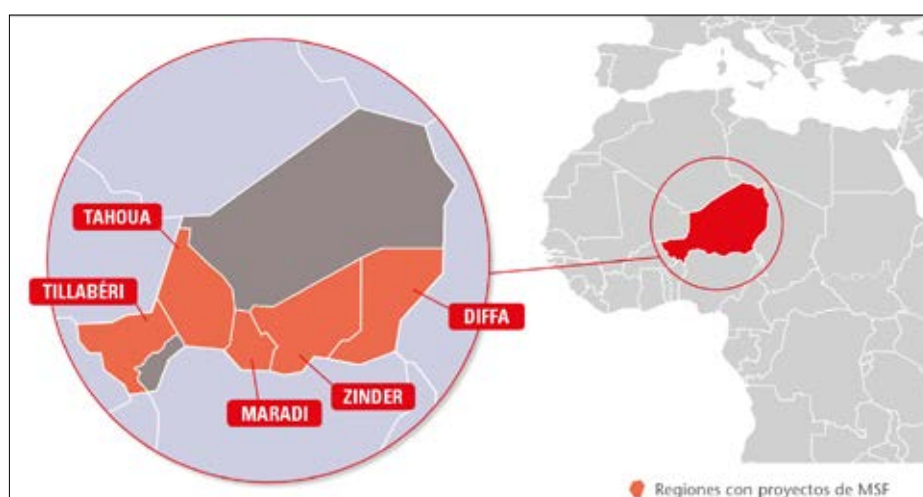
508.300 consultas externas

185.100 pacientes con malaria tratados

85.700 niños tratados en los centros nutricionales

Médicos Sin Fronteras siguió mejorando y ampliando sus programas integrales de salud para reducir el sufrimiento y la mortalidad infantil en Níger.

La desnutrición infantil tiene tintes epidémicos en Níger, sobre todo durante el llamado periodo de escasez, entre mayo y septiembre, cuando las familias agotan sus



reservas de grano y la siguiente cosecha aún no está lista. Este momento crítico coincide además con la temporada de lluvias y la proliferación de los mosquitos transmisores de la malaria: es una combinación letal para los más pequeños, ya que un niño desnutrido es más vulnerable a la malaria, y viceversa.

MSF colabora con las autoridades nigerinas y con varias ONG (como la local Foro de Salud de Níger, FORSANI, y Befem/Alima) para reducir la mortalidad de menores de 5 años, con un enfoque que lucha de forma integral contra la desnutrición y el paludismo. En 2014, estos programas tuvieron como base



Durante la campaña de quimioprevención de la malaria, un trabajador de MSF evalúa el estado nutricional de un niño mediante un brazaletes de medición del perímetro mesobraquial (MUAC).

seis hospitales y numerosos centros de salud de Madarounfa y Guidan Roumdji (región de Maradi), Bouza y Madaoua (Tahoua) y Magaria (Zinder).

Además de tratamiento, MSF siguió trabajando en prevención, y por segundo año consecutivo lanzó una campaña de quimioprevención de la malaria estacional en las regiones del Sahel nigerino (Tahoua, Zinder y Maradi), que llegó a 447.500 niños. Esta estrategia consiste en la administración de forma preventiva del tratamiento antipalúdico, y se combina con otros métodos tradicionales de prevención como el reparto de mosquiteras: de esta forma, se ha logrado una importante reducción de la incidencia del paludismo en los menores de 5 años.

Zinder

En 2014, MSF mantuvo su programa de atención médica y nutricional para los niños menores de 5 años en Magaria, centrándose durante el periodo de escasez en la unidad de pediatría del hospital y en siete centros de salud y 21 dispensarios. En 2014, MSF distribuyó raciones de alimento terapéutico preparado a 65.000 niños.

Maradi

En Madarounfa, MSF gestionó tres centros de nutrición terapéutica para niños con

desnutrición severa (dos ambulatorios y uno hospitalario), y supervisó otros cuatro de atención ambulatoria de FORSANI. En total, este programa examinó a 137.000 niños, de los cuales 14.500 fueron puestos en tratamiento. MSF también apoyó al Ministerio de Salud en la unidad pediátrica del hospital de Madarounfa, y ayudó a 11 centros de salud durante el pico de malaria (de junio a diciembre). MSF asumió la campaña de quimioprevención, realizó 54.400 vacunaciones y distribuyó 7.850 mosquiteras. También operó un pabellón de recuperación en Dan Issa para aliviar la carga de los centros de salud locales durante el periodo de escasez, y se encargó de la atención a los niños en estado más grave.

También brindó apoyo a cinco centros de salud en Guidan Roumdji, con consultas externas y vacunación de los niños de hasta 5 años. Los niños con desnutrición severa fueron tratados en centros de nutrición terapéutica ambulatoria –más de 125.800–, y los que presentaban complicaciones o enfermedades asociadas –unos 10.000– fueron ingresados en el hospital del distrito (con el que MSF también colaboraba). Durante el pico de paludismo, MSF apoyó a seis centros de salud, aportando medicamentos, formando al personal y supervisando las actividades médicas; fueron tratados 9.300 niños con malaria, y se

proporcionó quimioprevención a 67.000 de entre 3 y 59 meses de edad.

Tahoua

En Madaoua, MSF colaboró con seis centros de salud en el tratamiento de las enfermedades infantiles y la desnutrición aguda severa: fueron hospitalizados más de 4.800 niños y 13.660 recibieron tratamiento ambulatorio. También implementó actividades psicosociales para garantizar un desarrollo saludable y facilitar la recuperación de los niños desnutridos. Los psicólogos de MSF realizaron más de 2.000 consultas y organizaron actividades para la mejora del desarrollo psicosocial y psicomotor.

En Bouza, MSF ofreció atención pediátrica y nutricional a los niños menores de 5 años en el hospital de la ciudad y en los seis centros sanitarios de la zona. También apostó por la descentralización de la atención primaria en tres de las áreas de salud del proyecto, de forma que niños y mujeres embarazadas podían ser tratados en los puestos de salud y desplazarse al hospital solo en caso necesario.

En ambos distritos, MSF también empezó a trabajar con los niños con VIH y con tuberculosis. En Bouza además formó al personal del hospital, con el fin de reducir el estigma que sufren estos pacientes. Finalmente, en ambos distritos también

amplió la campaña de quimioprevención para cubrir todas las áreas de salud: alcanzó a 237.000 niños de entre 3 y 59 meses.

Refugiados de Nigeria

La violencia de Boko Haram en el estado nigeriano de Borno provocó grandes desplazamientos de población, y los refugiados empezaron a llegar a Diffa, en el sureste de Níger; en su mayoría eran mujeres, niños y personas de edad avanzada. MSF empezó a colaborar con los centros de salud de N'Garwa y Gueskérou a principios de diciembre, con atención médica y kits de artículos de primera necesidad. MSF también respondió a un brote de cólera entre los refugiados y la población de acogida, en Diffa, tras detectarse varios casos en esta ciudad y en Chatimari; se establecieron varios centros de tratamiento y puntos de rehidratación oral, y se capacitó al personal del centro de salud local para clorar el agua en estos últimos.

Brote de cólera

En septiembre, MSF trabajó con el Ministerio de Salud para responder a otro brote de cólera, en Tamaské, Madaoua, Bouza, Tahoua, Maradi y Madarounfa: atendió a unos 1.000 pacientes en unas pocas semanas. La intervención de MSF fue asumida por el Equipo Médico de Emergencia para el Sahel (EMUSA), cuya base está precisamente



Miles de personas llegaron a Diffa (sureste) tras huir de los ataques de Boko Haram en la región del lago Chad, en la vecina Nigeria.

en Níger pero que vigila y responde a emergencias en toda la región.

Traspaso del proyecto de Tillabéri

El programa de atención médica para refugiados malienses y la comunidad

de acogida en Abala fue traspasado a la Media Luna Roja Catarí en junio. Hasta ese momento, se habían realizado 20.777 consultas.

NIGERIA

Nº de trabajadores en 2014: 508 | Gasto: 9,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1971 | msf.org/nigeria

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

28.300 consultas externas

26.800 pacientes con cólera tratados

13.000 pacientes hospitalizados

10.000 pacientes con malaria tratados



Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió trabajando para prestar atención médica, pero la inseguridad obligó a cerrar temporalmente algunas clínicas.

Atención médica a los desplazados

La inestabilidad política, los ataques de Boko Haram y las operaciones del Ejército nigeriano forzaron la huida de miles de

personas. Hasta 400.000 desplazados se establecieron en Maiduguri (capital de Borno) y sus alrededores, con familias de acogida o en los campos establecidos a partir de julio.

Dada la grave escasez de suministros médicos y profesionales de la salud, MSF lanzó una intervención en agosto en dos de los campos de desplazados más grandes: organizó clínicas móviles semanales para evaluar el estado nutricional de los niños y ofrecer atención prenatal a las embarazadas. A finales de año, se habían efectuado 10.000 consultas en total. También estableció un sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de identificar brotes y lanzar vacunaciones en caso necesario.

A finales de septiembre se produjo un brote de cólera en Maiduguri, con 4.500 casos y 70 muertes en apenas un mes. MSF abrió un centro de tratamiento con 120 camas y

En 2014, la seguridad se deterioró en muchas regiones. La violencia y el desplazamiento impactaron negativamente en la salud de la población y dificultaron su acceso a la atención médica.

cinco puestos de rehidratación oral; para diciembre, había atendido a 6.833 pacientes, de los cuales un 40% eran refugiados.

Atención obstétrica

En el estado de Jigawa, cuyos índices de mortalidad materna se cuentan entre los más altos del país, MSF trabajó en el hospital de Jahun, en el servicio de obstetricia de urgencia: fueron atendidas 7.980 mujeres, un 11% más que en 2013, con 5.700 partos asistidos. Tras ampliar la unidad neonatal, se implantó el *cuidado canguro*, por el que madre y bebé está en contacto directo, piel con piel. Este método empezó a probarse en entornos de bajos recursos, donde no hay incubadoras, y ha demostrado ser beneficioso para el desarrollo y bienestar del niño.

En este hospital, MSF también trabajó en el tratamiento de la fístula obstétrica; esta lesión, derivada de complicaciones en el parto, causa dolor e incontinencia, y esta a su vez puede provocar rechazo familiar y exclusión social. MSF proporcionó cirugía reconstructiva a 264 mujeres y apoyo psicosocial para ayudarles a reintegrarse en la comunidad.

Atención pediátrica

En Sokoto, MSF trabajó en el hospital para niños con noma, una infección gangrenosa de rápido desarrollo que causa desfiguración facial, y que, sin tratamiento, es mortal en el 90% de los casos. Esta dolencia es más común entre los menores de 6 años, y cada año se registran unos 140.000 nuevos casos, sobre todo en África subsahariana¹. Se desconoce su causa exacta, si bien son factores de riesgo la desnutrición y la falta de higiene y de agua potable. MSF trató a 50 niños y les proporcionó atención psicológica (con 90 sesiones en grupo y 12 consultas individuales) y apoyo nutricional. MSF tiene previsto ofrecer cirugía reparadora en 2015.

MSF también siguió tratando a niños con intoxicación por plomo en ocho aldeas del estado de Zamfara. El envenenamiento por plomo (provocado por la minería artesanal) puede causar lesiones cerebrales, problemas de riñón e incluso la muerte. Al ir reduciéndose la cifra de pacientes, MSF cerró tres clínicas, sin por ello dejar de presionar al Gobierno nigeriano para que siga atendiendo a estas comunidades. Los equipos realizaron 7.680 consultas externas, trataron a 3.560 pacientes con malaria, y



Cloración del agua durante un brote de cólera en el noreste de Nigeria.

examinaron a los niños buscando casos de sarampión, meningitis y fiebre amarilla.

Brotes epidémicos

La Unidad de Respuesta de Emergencia de Nigeria (NERU) es un equipo de alerta temprana y respuesta rápida a los brotes estacionales de enfermedades infecciosas en los estados del noroeste del país: Zamfara, Kebbi, Sokoto y Níger. De junio a diciembre, trató a más de 6.000 enfermos de cólera en Goronyo (Sokoto), Aliero (Kebbi), y Mada, Anka y Shagari (Zamfara), y 330 por meningitis en Aliero. Los ataques contra las aldeas y asaltos en carretera, sobre todo en

Zamfara, limitaron la movilidad del NERU durante cortos periodos de tiempo.

Contención del Ébola

Durante la epidemia de Ébola, MSF prestó apoyo técnico a las autoridades sanitarias en Lagos y Port Harcourt, entre julio y octubre: aislamiento de los pacientes, rastreo de sus contactos, capacitación del personal y promoción de la salud. En total hubo 20 casos confirmados, de los cuales 12 se curaron. Nigeria fue declarada libre del virus el 20 de octubre.

¹ Nthumba, P., y Carter, L. (2009). *Visor flap for total upper and lower lip reconstruction: a case report. Journal of Medical Case Reports* (3), 7312.



© Abubakr Bakri/MSF

Pacientes en un centro de tratamiento del cólera de de MSF en Nigeria. Los casos graves requieren hospitalización para la rehidratación intravenosa.

PAKISTÁN

Nº de trabajadores en 2014: 1.558 | Gasto: 17,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1986 | [msf.org/pakistan](https://www.msf.org/pakistan)

PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

279.900 consultas externas

25.200 partos asistidos

10.900 consultas de salud mental, individuales y en grupo

3.600 intervenciones quirúrgicas

En Pakistán, son sobre todo las mujeres y los niños quienes sufren las consecuencias de la falta de acceso a la asistencia sanitaria, y en particular a la atención neonatal. Por eso, la salud materno-infantil siguió siendo prioritaria para Médicos Sin Fronteras.



En 2014, MSF también siguió atendiendo las necesidades médicas de comunidades vulnerables excluidas de la atención médica, como los desplazados o los colectivos marginados de bajos ingresos.

Las restricciones gubernamentales, los procesos burocráticos y el clima de inseguridad y violencia esporádica plantean problemas para el trabajo humanitario en Pakistán. El acceso a ciertas regiones se ve dificultado

por la presencia de grupos armados, las operaciones militares contra el terrorismo y la desconfianza que generan las organizaciones humanitarias. Por todo ello, las actividades de MSF en Pakistán están exclusivamente financiadas por donaciones de particulares, sin aportación alguna de donantes institucionales o gubernamentales.

Baluchistán

Baluchistán es la provincia más pobre de Pakistán, y acoge a miles de refugiados afganos. MSF siguió prestando atención primaria, con hincapié en mujeres y niños, en Quetta y Kuchlak; en 2014, asistió en 3.598 partos y realizó 59.690 consultas. Los pacientes desnutridos son muy habituales. MSF dio apoyo nutricional a bebés con bajo peso, a niños en primera infancia, a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes. Además, realizó 3.360 sesiones psicosociales individuales o en grupo con adultos de ambos sexos, y ofreció servicios adicionales de apoyo psicosocial (como grupos de juego para niños).

Fueron tratadas además 697 personas con leishmaniasis cutánea, enfermedad parasitaria frecuente en la región –la transmite la picadura de un mosquito y puede causar lesiones dermatológicas debilitantes–.

Al norte de Quetta, en el Hospital de Distrito de Chaman, MSF dio apoyo a los servicios materno-infantiles, incluyendo los de salud reproductiva y atención neonatal y pediátrica. También operó programas hospitalarios y ambulatorios de nutrición, y servicios de tratamiento y soporte para pacientes de urgencias. Estos equipos realizaron 6.978 consultas y atendieron 4.048 partos; más de 5.795 mujeres asistieron a consulta prenatal. MSF también supervisó el departamento ambulatorio de atención a la mujer, en el que el personal del Ministerio de Salud trabaja con protocolos de MSF.

En el Hospital de Distrito de Dera Murad Jamali (este), MSF trabajó en estrecha colaboración con el Ministerio en la lucha contra la desnutrición y en la atención a recién nacidos, lactantes y niños con complicaciones médicas agudas. Las tasas de desnutrición son elevadas en esta región, y empeoran entre mayo y octubre, durante el llamado periodo de escasez (cuando las familias ya han agotado sus reservas de grano y la siguiente cosecha no está lista). El programa ambulatorio de nutrición, que opera durante todo el año, se amplió durante estos meses para cubrir ocho localidades de Jaffarabad y Nasirabad; 8.800 personas recibieron apoyo nutricional.

Las unidades de obstetricia y maternidad en Nasirabad y Jaffarabad fueron traspasadas al Ministerio de Salud a finales de octubre. En mayo, ya se habían traspasado las de atención primaria de Sohbat Pur y Mir Hassan, y en



Un médico de MSF examina a un niño desnutrido en Dera Murad Jamali (este de Baluchistán).

octubre se hizo lo propio con los servicios de salud sexual y reproductiva.

Áreas Tribales bajo Administración Federal (FATA)

MSF prestó atención médica a las comunidades desplazadas y vulnerables en la región tribal de Bajaur (norte), tomando como base los centros de atención primaria de Talai y Bilot, donde se evaluó el estado nutricional de los niños y se les vacunó; MSF también mejoró los servicios ambulatorio y de cuidados prenatales. En cuanto al hospital civil de Nawagai, trabajó en el departamento ambulatorio, las urgencias y la unidad materno-infantil; los servicios pediátricos incluyeron vacunaciones y nutrición terapéutica. Los pacientes con complicaciones fueron derivados a Khar, Timurgara o Peshawar.

En el enclave suní de Sadda, en Kurram, MSF asumió la atención ambulatoria para niños de hasta 5 años en el hospital de Tehsil, así como el programa de nutrición terapéutica. Los recién nacidos y los menores de 12 años que necesitan hospitalización son atendidos en la sala de pediatría apoyada por MSF, o son derivados a otros centros en caso necesario. MSF también colaboró con las unidades de atención pre y posnatal. Además, 160 pacientes recibieron tratamiento para la leishmaniasis cutánea en un centro de salud establecido por MSF.

En la comunidad chií de Alizai (Kurram), MSF mantuvo el servicio de atención pediátrica ambulatoria para menores de 12 años de edad; casi el 60% de los pacientes eran menores de 5 años.

Khyber Pakhtunkhwa

En Peshawar, capital provincial, MSF gestionó una maternidad de 35 camas, a la que

llegaron pacientes de otras unidades de salud, hospitales públicos y otros servicios médicos del distrito y del conjunto de la FATA. En 2014 fueron hospitalizadas 3.700 mujeres, y hubo 3.268 partos.

El hospital público de Hangu también se centró en la salud materno-infantil. MSF gestionó las urgencias (que atienden las 24 horas del día) y un quirófano, y dio apoyo al paritorio (tanto técnico como en la derivación de pacientes). MSF también colaboró con el servicio de radiología y con el banco de sangre.

En el Hospital de Distrito de Timurgara (Lower Dir), MSF prestó asesoría médica en las salas de urgencias (efectuando el *triaje* de 114.957 pacientes), reanimación (27.576 pacientes) y observación, así como en el banco de sangre y en los servicios de esterilización y de gestión de residuos. También ofreció atención obstétrica integral, incluyendo cirugía para partos complicados (7.369 fueron asistidos en 2014). En mayo, MSF abrió una unidad neonatal para prematuros y bebés con peso bajo.

Además, la aparición de brotes de diarrea acuosa aguda y sarampión llevó al establecimiento de salas de aislamiento en este hospital. MSF también desarrolló actividades de promoción de la salud en relación con el dengue en comunidades y escuelas de la zona; más de 8.000 estudiantes y profesores asistieron a estas sesiones.

Karachi

El barrio chabolista Colonia Machar, junto al puerto pesquero de Karachi, está superpoblado, contaminado y carece de saneamiento adecuado. En 2012, MSF abrió una clínica en colaboración con la ONG médica local SINA Health, Education and Welfare Trust, para ofrecer atención sanitaria básica y de urgencia, incluyendo consultas



Una médica de MSF explica a Aminah que su bebé está bien de salud.

ambulatorias, asistencia en el parto, triaje, estabilización, derivaciones y salud mental. Los equipos de promoción de la salud organizaron sesiones centradas en la higiene para padres

e hijos, y difundieron los servicios gratuitos y de calidad que ofrece la clínica; debido a ello, la demanda entre los vecinos de la Colonia no dejó de crecer.

TESTIMONIO

GUL BIBI* llevó a su nieta de 8 meses al hospital de Sadda, con el que MSF colabora. Toda la familia tuvo que huir del pueblo cuando los grupos armados destruyeron sus hogares y su forma de vida. Ahora viven en un campo de desplazados.

“Vivíamos en paz. Vivíamos bien. Pero todo cambió hace tres años. Esa gente llegó y nada volvió a ser igual. Todo el mundo tenía miedo. Pasamos de vivir en un pueblo tranquilo y feliz, en el que todos nos conocíamos, a no saber en quién podíamos confiar o quiénes eran nuestros vecinos. Cuando cierro los ojos e intento dormir, vuelvo a ver nuestro pueblo en llamas”.

* Nombre ficticio.

PAPÚA NUEVA GUINEA

Nº de trabajadores en 2014: 219 | Gasto: 5,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1992 | msf.org/png



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

21.900 consultas externas

En julio, Médicos Sin Fronteras (MSF) inició un proyecto para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la provincia del Golfo.

MSF empezó a colaborar con el hospital general de Kerema para mejorar la detección de la tuberculosis. El hospital y su laboratorio fueron renovados y se creó una sala de

consulta para casos sospechosos. Más de 290 personas fueron diagnosticadas y tratadas en 2014, y se organizaron actividades de promoción de la salud entre los pacientes. MSF también comenzó a ofrecer diagnóstico y tratamiento en zonas remotas; a algunas de ellas solo puede llegarse en barco, por lo que, con la ayuda de la empresa estadounidense Matternet, se ensayó con éxito el uso de drones para el transporte de muestras de esputo y de resultados de laboratorio entre los centros de salud remotos y el hospital de Kerema.

Violencia sexual, doméstica, social y tribal

La violencia doméstica y sexual sigue siendo una emergencia médica, con consecuencias para quienes las sufren, sus familias y todo el país. MSF siguió trabajando con las autoridades de salud para garantizar a las víctimas una atención integral gratuita, de calidad y confidencial.

El proyecto cubre la región de Port Moresby. En 2014, 50.000 personas asistieron a sesiones informativas sobre la asistencia disponible para las víctimas; además, se realizaron

900 consultas ambulatorias y 265 primeras consultas tras una violación. En la provincia de Southern Highlands, el equipo de MSF en el hospital de Tari realizó 1.190 intervenciones de cirugía mayor y siguió prestando atención médica y psicosocial. En junio, MSF traspasó su proyecto de salud materno-infantil en Buin a las autoridades sanitarias.

Emergencia en las Salomón

En abril, las islas Salomón se vieron afectadas por inundaciones y deslizamientos de tierras, que destruyeron puentes, carreteras y algunos centros de salud. Unas 10.000 personas de la capital, Honiara, perdieron sus casas. MSF lanzó clínicas móviles en los refugios temporales, con 1.443 consultas médicas en total. También ofreció consultas de salud mental y organizó formaciones sobre primeros auxilios psicológicos y vigilancia epidemiológica. Antes de las inundaciones, MSF tenía previsto iniciar un programa de sensibilización sobre violencia sexual: este se llevó a cabo, así como la mejora de los servicios pertinentes en Honiara y en la provincia de Guadalcanal.

REPÚBLICA CENTROAFRICANA

Nº de trabajadores en 2014: 2.593 | Gasto: 53 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1997 | msf.org/car



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.401.800 consultas externas

749.100 pacientes con malaria tratados

13.400 intervenciones quirúrgicas



Intervención quirúrgica a cargo del equipo de MSF en el Hospital General de Bangui.

La situación sanitaria en República Centroafricana (RCA) es catastrófica: el conflicto y el desplazamiento impiden que la población reciba la atención médica que tan desesperadamente necesita.

A principios de 2014, en apenas unos pocos meses, la mayoría de los musulmanes de la mitad occidental de RCA abandonaron el país huyendo del conflicto, mientras miles de personas quedaban aisladas en enclaves donde sus vidas estaban amenazadas. Los abusos de los grupos armados no se limitaron a la población musulmana: todas las comunidades fueron blanco de la violencia.

Para diciembre de 2014, había 430.000 desplazados internos, y cientos de miles de refugiados en Chad y Camerún. En enero se formó un Gobierno de transición, pero muchas regiones siguen siendo inseguras y los desplazados no quieren volver a sus casas. El bandolerismo y los incidentes son corrientes. Médicos Sin Fronteras (MSF) se ha visto directamente afectada, con robos, amenazas y ataques; el 26 de abril, tres miembros de su personal nacional y otros 16 civiles fueron asesinados por hombres armados en el hospital de Boguila.

Todo el país sufre una grave carestía de personal cualificado. El acceso a la salud es limitado y costoso, las vacunas escasean, y el suministro de medicamentos a menudo se interrumpe. MSF sigue siendo el principal proveedor de atención médica en RCA: lleva años ofreciendo programas regulares de asistencia integral y respondiendo a las emergencias. La malaria es endémica, y las pésimas condiciones de vida causan problemas de salud tales como infecciones intestinales o enfermedades diarreicas o dermatológicas.

Asistencia sanitaria en Bangui

En el Hospital General, MSF mantuvo su quirófano para casos urgentes, sobre todo víctimas de la violencia y pacientes con lesiones traumáticas (derivadas por ejemplo de accidentes de tráfico). Entre diciembre de 2013 y marzo de 2014, MSF también prestó apoyo en cirugía y salud materna en el centro de salud Castor, hasta que la situación mejoró y la población pudo acudir a otros ambulatorios. En junio, MSF reanudó algunas actividades –cirugía obstétrica y de urgencias en general–, y en julio lanzó un programa de atención médica y psicológica para víctimas de violencia sexual.

En el centro de salud de Mamadou M'Baiki, en el distrito PK5, MSF prestó asistencia básica a los menores de 15 años, y un servicio de ambulancias trasladaba a las urgencias hospitalarias a pacientes de todas las edades. Este año, las clínicas móviles también

empezaron a trabajar varias veces por semana con los desplazados asentados en los terrenos de la Gran Mezquita, la Iglesia de Fátima y el Centro Parroquial de San José. En PK5 se realizaron 39.900 consultas, casi un tercio por paludismo.

Durante el pico de violencia, unos 100.000 desplazados se asentaron en el aeropuerto de M'Poko y sus inmediaciones, aunque para finales de año solo quedaban 20.000. En estos campos, MSF trató a enfermos de malaria, parturientas y víctimas de violencia sexual (más de 80); dos tercios de los pacientes eran personas procedentes de Bangui capital, que acudían a los campos en busca de atención médica.

En febrero, al empezar a trabajar en el Hospital General, MSF traspasó al Comité Internacional de la Cruz Roja el servicio de cirugía de emergencia que venía manteniendo en el Hospital Comunitario. También cerró el programa de ayuda a los desplazados en Don Bosco, en marzo, tras reducirse notablemente la ocupación del asentamiento.

Atención a los desplazados

En enero, MSF empezó a trabajar en el Hospital Universitario de Berbérati, para atender a desplazados, víctimas de la violencia, embarazadas y niños; las clínicas móviles visitaron semanalmente a unas 350 personas. En julio, también se iniciaron actividades externas

desde siete centros de salud de los pueblos cercanos. Desnutrición, malaria, diarrea, infecciones de las vías respiratorias y sarampión eran los principales problemas de salud. MSF realizó 41.900 consultas externas y 3.000 cirugías, y puso en marcha una intervención en Nola (prefectura de Sangha-Mbaéré) para vacunar contra el sarampión a 23.000 niños.

Entre enero y abril, MSF respondió a las consecuencias médicas del recrudecimiento de la violencia ejercida contra los desplazados que habían quedado aislados en ciertos enclaves y contra las poblaciones de Bouar y Nana-Mambéré: organizó clínicas móviles y respaldó al hospital de Bouar en sus servicios de urgencias y cirugía.

Tras el ataque de Boguila (Ouham), MSF redujo sus actividades a un solo centro, con consultas externas, cuatro dispensarios, servicio de tratamiento del VIH, y diagnóstico de la malaria y su tratamiento (*puntos palu*) –estos últimos fueron traspasados a la ONG MENTOR Initiative en noviembre–. Otro proyecto de larga duración es el de Kabo, donde MSF lleva años ofreciendo atención básica y especializada; sin embargo, tras varios incidentes de seguridad, el equipo fue parcialmente evacuado en febrero. La situación se estabilizó en el segundo semestre, y en todo 2014 MSF consiguió atender a más de 46.000 pacientes, la mayoría por malaria.

MSF siguió trabajando en el hospital de Batangafo (165 camas) y cinco centros de salud de la zona. Esta localidad quedó atrapada en la línea del frente, y se produjeron varios incidentes de seguridad. En total, el equipo realizó 96.000 consultas externas y hospitalizó a 5.000 pacientes. En cuanto al programa

de emergencia para desplazados iniciado en Bossangoa en 2013, siguió trabajando hasta abril, cuando estos empezaron a regresar a casa.

A raíz de los brotes de violencia y desplazamiento en la prefectura de Ouaka, MSF lanzó en abril nuevos programas en Bambari y Grimari. Los equipos se encontraron con muchas personas que seguían viviendo, aterradas, en el bosque. MSF trabajó en varios *puntos palu* y centros de salud, y en agosto vacunó contra la poliomielitis y el sarampión a 4.000 niños. Estas actividades concluyeron en Grimari en octubre, y MSF concentró su atención en Bambari.

En Kémo, MSF empezó a dar apoyo a la clínica parroquial de Dékoua en mayo, tras los combates que desplazaron a la población. Además de consultas, asistencia en partos y tratamiento de la desnutrición, MSF puso en marcha varias clínicas móviles. En total, llevó a cabo 5.500 consultas, a niños pequeños sobre todo. El proyecto terminó en agosto, cuando los civiles abandonaron la zona.

En Carnot (Mambéré-Kadéï), MSF cuenta con un proyecto regular de asistencia integral; en 2014, este equipo realizó más de 49.000 consultas. Además, una clínica móvil visitó con regularidad al medio millar de musulmanes refugiados en una iglesia de la ciudad, efectuando unas 4.470 consultas.

Acceso a la asistencia médica

En enero, MSF lanzó un proyecto de tipo hospitalario en Bozoum (Ouham-Pendé), que se canceló al constatare que la población se sentía más segura visitando los centros de salud cercanos a sus casas. En Bocaranga, MSF mantuvo durante el pico estacional de malaria

(de mayo a septiembre) un programa de tratamiento para menores de 5 años, y clínicas móviles estuvieron recorriendo toda la región. En cuanto al proyecto integral de salud en Paoua, lanzado hace años, llevó a cabo 71.400 consultas en 2014.

En febrero, MSF empezó a trabajar en el hospital de Bangassou, capital de la prefectura de Mbomou, cuyos servicios se habían visto gravemente perturbados. En este centro, de 80 camas, MSF prestó asistencia básica y especializada, incluyendo medicina interna, maternidad, pediatría y cirugía. Entre mayo y octubre, MSF dio apoyo al hospital de 30 camas de Ouango: renovó las salas de maternidad, pediatría y medicina interna, así como el quirófano y el laboratorio.

MSF también ofreció atención integral a menores de 15 años en el renovado hospital de Bria (Haute-Kotto), donde había altos índices de malaria y desnutrición. Se realizaron 48.000 consultas, y fueron hospitalizados 80 niños de media por semana.

Asimismo, siguió en marcha el programa de atención primaria y especializada en el hospital de Ndélé (Bamingui-Bangoran) y en cuatro centros de salud próximos. En estas estructuras se produjo un aumento significativo de los pacientes con lesiones relacionadas con la violencia.

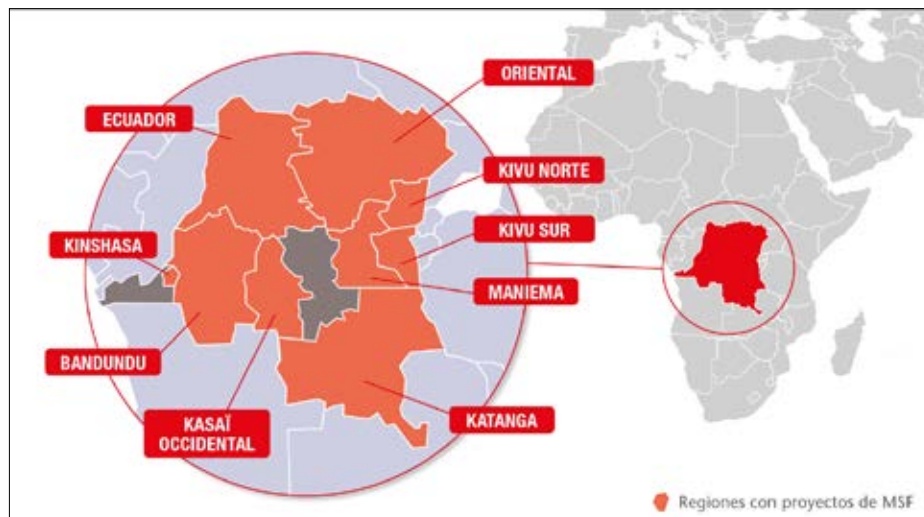
MSF siguió siendo el principal proveedor de atención médica en la prefectura de Haut-Mbomou (este); los servicios de salud son escasos y una persona que necesite atención médica puede tener que recorrer hasta 200 km para llegar al centro de salud de Zémio o al alguno de sus cuatro dispensarios periféricos.



Musulmanes refugiados en la iglesia católica de Carnot.

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

Nº de trabajadores en 2014: 2.999 | Gasto: 70,1 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1981 | msf.org/drc



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.593.800 consultas externas

499.400 pacientes con malaria tratados

116.300 pacientes hospitalizados

En 2014, Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió respondiendo a las consecuencias humanitarias del conflicto en las provincias del este de República Democrática del Congo (RDC), así como a brotes epidémicos por todo el país.

La sucesión de conflictos ha dañado gravemente la infraestructura sanitaria y los servicios médicos públicos. En el este, la violencia, el miedo y el desplazamiento no han cesado, a pesar del discurso de estabilidad vinculado a la nutrida fuerza militar internacional. MSF trabaja en colaboración con el Ministerio de Salud para brindar atención médica integral en algunas de las zonas más remotas, donde la población no puede costearse la atención médica o donde esta ni siquiera existe. MSF ofrece atención primaria y especializada: consultas externas, hospitalización, pediatría (incluyendo vacunaciones), cirugía, salud sexual y reproductiva, salud mental, tratamiento de la desnutrición, el VIH y la tuberculosis, y atención a las víctimas de la violencia, y de la violencia sexual en particular. Además, MSF trabaja continuamente en la prevención y respuesta a los frecuentes brotes de enfermedades potencialmente mortales, como la malaria, el cólera y el sarampión.

En 2013, cuatro trabajadores congoleños de MSF fueron secuestrados en Kivu Norte. Nuestra compañera Chantal recuperó la libertad en 2014 y decidió reincorporarse a MSF, pero Philippe, Richard y Romy siguen retenidos y la organización no cesa en sus esfuerzos por traerlos de vuelta.

Kivu Norte

MSF siguió trabajando en el hospital general de Rutshuru: con 300 camas, es el único que ofrece atención especializada a

desplazados y a población local. Este año fueron hospitalizados 28.800 pacientes, un 31% más que en 2013. En Masisi, MSF apoyó al hospital, a un ambulatorio y al centro de salud de Nyabiondo, y operó clínicas móviles en los campos de desplazados y en las aldeas más alejadas. Más de 4.000 niños y mujeres embarazadas fueron vacunados contra un amplio espectro de enfermedades en una remota zona montañosa al sur de Masisi.



Una madre y su hijo en la pediatría del hospital de Baraka (Kivu Sur).



Un equipo de MSF de camino a la aldea de Lukweti, en Masisi, para iniciar una clínica móvil. Esta ruta es inaccesible en coche.

MSF también prestó atención primaria y especializada en los hospitales de Mweso y Walikale y en sus centros de salud asociados, y clínicas móviles centradas en la malaria recorrieron el distrito de Walikale, donde la enfermedad es muy habitual: fueron tratados por paludismo 16.200 pacientes.

En Goma, tras reducirse la mortalidad, MSF se retiró del campo de Mugunga III –en 2014 efectuó 21.100 consultas–, y traspasó los proyectos en Bulengo a otras organizaciones. MSF mantuvo no obstante un centro de tratamiento del cólera a las afueras de Goma, ya que el flujo de pacientes, aunque pequeño, era constante. En el distrito de Birambizo, MSF se ocupó de la pediatría en el centro de salud de Kabizo hasta mayo; en julio ayudó a controlar un brote de cólera en Kibirizi.

Kivu Sur

MSF trabajó en el Hospital General de Shabunda, en el de Matili y en siete centros de salud. De la misma forma, asistió con atención primaria y especializada a desplazados y comunidades de acogida en Minova y Kalonge. El proyecto en Kalonge se traspasó al Ministerio de Salud en abril.

En Baraka (Fizi), MSF trató a 101.200 pacientes de malaria, asistió en 8.500 partos y atendió a 2.035 enfermos de cólera. El hospital de Lulimba (distrito de Kimbi Lulenge) prestó atención médica de todo tipo, con 76.100 consultas y 42.800 enfermos de malaria tratados. De hecho, la cifra de pacientes se incrementó a medida que otras organizaciones médicas dejaban la región. En octubre, MSF abrió una clínica de salud sexual y reproductiva en Misisi

(atención pre y posnatal, tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, atención a víctimas de la violencia sexual y planificación familiar).

Katanga

Junto con otras entidades, MSF siguió desarrollando planes de prevención del cólera en la ciudad de Kalémie. Entre las medidas implantadas, se cuentan la mejora del abastecimiento de agua, la distribución de filtros de agua en el distrito de Katakai y la vacunación de 51.400 personas. Durante el brote de julio y agosto, MSF trató a 700 personas. Por otra parte, en Kongolo, de marzo a junio, MSF trató a 12.300 menores de 5 años con malaria y hospitalizó a 1.350 casos severos o complicados. Los equipos también trabajaron en seis centros de salud, tratando sobre todo enfermedades diarreicas y dolencias infecciosas y parasitarias. En la capital provincial, Lubumbashi, MSF respondió a un brote de sarampión; y a raíz de un brote de cólera, distribuyó agua, desinfectó viviendas y rehabilitó varios pozos.

MSF colaboró con el hospital de Shamwana y seis centros de salud, ofreciendo atención primaria y especializada en los distritos de Kiambi, Mitwaba y Kilwa, donde el conflicto estaba provocando el desplazamiento de la población. Se realizaron 67.000 consultas externas, y se lanzó un programa comunitario contra el paludismo, que incluía nueve puntos fijos de diagnóstico y tratamiento de la malaria simple a lo largo del eje Mpiana-Kishale, y un sistema de derivación de casos severos al hospital mediante motocicletas; también se emprendieron obras en las carreteras, con el fin de facilitar el acceso a la asistencia sanitaria.

En Kinkondja, más de 37.000 personas con malaria fueron tratadas en una emergencia que se prolongó durante 14 semanas.

Provincia Oriental

Los enfrentamientos entre el Ejército congoleño y los grupos armados volvieron a ensañarse con la población del distrito de Gety; MSF lanzó un programa de salud materno-infantil. En el hospital del distrito, MSF gestionó los servicios de urgencias y cuidados intensivos, pediatría, maternidad, banco de sangre y laboratorio, y en septiembre abrió una sala de neonatología. Para aliviar la presión en los centros de salud circundantes, MSF donó medicamentos y trató a más de 96.800 pacientes. De junio a noviembre, cuando la violencia extrema causó grandes desplazamientos de población en Nia Nia, Mambassa y Bafwasende, MSF prestó atención médica y la tan necesaria asistencia a las víctimas de la violencia sexual. En octubre también trabajó en Ituri, donde habían llegado 25.000 civiles huyendo del vecino Kivu Norte.

Por otra parte, MSF decidió concluir el proyecto de búsqueda y tratamiento de pacientes de enfermedad del sueño en Ganga-Dingila, Ango y Zobia, debido a la poca incidencia de esta patología; sí que siguió en marcha un programa similar en Doruma. Finalmente, en diciembre terminó el apoyo de MSF a las urgencias y cuidados intensivos del hospital de Dingila.

Kinshasa

Hace años que el tratamiento del VIH viene descentralizándose en Kinshasa; en la actualidad, la administración de antirretrovirales a pacientes estabilizados corre a cargo de un programa comunitario. El proyecto de MSF se centró en la atención integral a las personas VIH-positivas de Massina, y ofreció en este barrio (sobre todo a grupos de alto riesgo) la posibilidad de realizarse la prueba. Este proyecto impulsó también la formación de grupos comunitarios de pacientes en tratamiento y apostó por la prueba de carga viral.

Respuesta a emergencias

Los equipos de emergencias de MSF vigilan, investigan y responden a brotes de enfermedad por todo el país. En 2014, intervinieron en brotes de sarampión, tífus y Ébola y a un posible brote de fiebre amarilla. También atendieron a desplazados y víctimas de la violencia. Y en agosto, tras confirmarse los primeros casos de Ébola, MSF abrió dos centros de tratamiento, donde atendió a 25 pacientes confirmados (de los que 13 se recuperaron); además, trabajó junto con el Ministerio de Salud para controlar el brote hasta que el país fue declarado libre del Ébola en noviembre.

RUSIA

Nº de trabajadores en 2014: 132 | Gasto: 4,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1992 | msf.org/russianfederation



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

5.300 consultas de salud mental, individuales y en grupo

300 pacientes con TB en tratamiento

Médicos Sin Fronteras asistió a pacientes cardíacos, enfermos de tuberculosis y personas con necesidades en salud mental en Chechenia.

La incidencia de enfermedades cardíacas en Chechenia es alta, pero la calidad y volumen de servicios disponibles para personas con síndromes coronarios y urgencias cardiovasculares no son los adecuados. En Grozni, MSF siguió trabajando en el Hospital de Urgencias de la República, en la mejora de la unidad de reanimación cardiopulmonar. MSF donó medicamentos y equipamiento médico; capacitó al personal en la técnica de la coronariografía (diagnóstico a partir de la imagen del interior de las arterias coronarias) y la angioplastia (procedimiento endovascular para ensanchar las coronarias estrechas u obstruidas); y dio formación en primeros auxilios para el personal de ambulancias.

En Chechenia, la tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR) se ha extendido debido a años de diagnósticos de mala calidad y de tratamientos interrumpidos. La sanidad pública ya ofrece una atención integral, con diagnóstico, tratamiento y asesoramiento para la TB y su forma multirresistente (TB-MDR). La extrarresistente (TB-XDR), que no responde a los medicamentos de segunda línea para la MDR, también sigue propagándose. MSF proporcionó medicamentos para la TB-XDR, y facilitó apoyo a los servicios de laboratorio, promoción de la salud y asistencia psicosocial para pacientes y familiares.

Además, MSF mantuvo su programa de salud mental en Grozni y los distritos de montaña, donde los enfrentamientos no han cesado. Los síntomas de trauma y ansiedad perceptibles en los pacientes se relacionan con la violencia directa o indirecta y con los abusos sufridos en situaciones de detención.

En agosto, MSF lanzó en Moscú un programa para migrantes de países de la antigua Unión Soviética con acceso limitado o nulo a los servicios médicos: se realizaron 700 consultas y, para los pacientes que lo necesitaban, se facilitó su derivación a atención especializada.

TESTIMONIO

ASLAMBEK, de 54 años, es enfermo del corazón.

"Cuando me ingresaron con infarto de miocardio, me inyectaron un trombolítico para reanimarme el corazón. Pero tras recibir el alta, seguía teniendo dolores. Entonces me preguntaron si quería que me operaran unos médicos de MSF que iban a venir. Acepté. Me pusieron dos estents. Desde entonces me encuentro mejor y puedo caminar sin problemas".

SERBIA

MSF trabajó por primera vez en el país en 1991 | msf.org/serbia



A finales de 2014, Médicos Sin Fronteras empezó a prestar asistencia a los migrantes y solicitantes de asilo que llegaban por millares a Serbia, de camino al norte de Europa.

Muchas personas se vieron obligadas a dormir a la intemperie durante los fríos meses del invierno. Además, tal y como pudo comprobar MSF, los

migrantes indocumentados y los solicitantes de asilo eran tan numerosos que no estaban siendo debidamente registrados y asistidos. En colaboración con las autoridades, MSF rehabilitó o construyó aseos y duchas en dos centros de tránsito, en Sjenica y Tutin.

En diciembre, también empezó a prestar asistencia médica en el pueblo de Bogovadja (a unos 80 km de Belgrado) y en Subotica (cerca de la frontera con Hungría). Además, organizó clínicas móviles y distribuyó a centenares de personas unos kits con artículos de primera necesidad especialmente pensados para la ruta: artículos de higiene, utensilios de comida, materiales de supervivencia, etc. Los problemas de salud más comunes eran las enfermedades respiratorias y dermatológicas –en su mayoría debidas al frío y las malas condiciones sanitarias– y las lesiones musculoesqueléticas. MSF también atendió a pacientes con enfermedades crónicas (como la hipertensión o la diabetes) que habían interrumpido su medicación: MSF les

repuso estos tratamientos en cantidad suficiente para llegar a su siguiente destino.

Más información sobre los refugiados y los migrantes que llegan a Europa en los apartados de Bulgaria, Italia y Grecia.

TESTIMONIO

de un joven afgano de 27 años

"Tuve que cruzar muchos países para llegar aquí: primero Irán, luego Turquía, y finalmente Bulgaria. La frontera entre Irán y Afganistán fue la más peligrosa. En Bulgaria estuve detenido dos meses y medio. Llevo aquí [Subotica] cuatro días, y cada día intento cruzar la frontera [a Hungría], pero hasta ahora no lo he logrado. Cada vez que me devuelven a este lado, no tengo más remedio que volver aquí, ya que no hay otro sitio al que ir. Hace mucho frío, tanto que por la noche apenas puedo dormir".

SIERRA LEONA

Nº de trabajadores en 2014: 959 | Gasto: 26 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1986 | msf.org/sierraleone | blogs.msf.org/en/staff/blogs/msf-ebola-blog



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.800 pacientes con sospecha de Ébola ingresados

1.400 pacientes con Ébola tratados

770 pacientes con Ébola curados

Los primeros casos de Ébola en Sierra Leona se confirmaron a finales de mayo, cerca de la frontera con Guinea.

Incluso antes del brote de Ébola, había poca atención médica disponible para la población de Sierra Leona: la sanidad pública no tenía recursos suficientes y estaba desbordada de trabajo. La mortalidad materno-infantil era devastadora, por lo que Médicos Sin Fronteras (MSF) operaba un hospital para urgencias pediátricas y maternidad y un paritorio en Gondama, cerca de la ciudad de Bo.

Cuando se confirmaron los primeros casos de Ébola, el Ministerio de Salud pidió ayuda a MSF. La organización instaló un centro para pacientes en las afueras de la ciudad de Kailahun, con 100 camas, que empezó a trabajar el 26 de junio. También formó al personal sanitario local, e inició actividades de sensibilización, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica, para informar a las comunidades sobre la forma de protegerse frente al virus y sobre las medidas adecuadas en el caso de que algún familiar o conocido mostrase síntomas. Estas actividades se completaron con atención psicológica a los pacientes y familiares. A medida que el virus se propagaba por todo el país, empezaron a llegar en ambulancia pacientes de pueblos

situados hasta a 10 horas de distancia. En octubre, MSF construyó una pequeña maternidad para dar atención especializada a embarazadas con Ébola.

Bo (Provincia del Sur)

En septiembre, MSF abrió un segundo centro de tratamiento a 5 km de Bo, al que se podía acceder con facilidad desde la mayor parte del país; posteriormente fue ampliado hasta las 104 camas. De nuevo, MSF asumió las actividades de formación del personal de salud, sensibilización, promoción de la salud y vigilancia. También en Bo, un tercer proyecto ofrecía una formación específica para capacitar a otras organizaciones (seis la recibieron) en el manejo seguro de los centros de tratamiento.

Freetown

A principios de diciembre, los centros de salud de la capital estaban desbordados, y MSF abrió un centro de tratamiento en el céntrico colegio Prince of Wales, dotado de 30 habitaciones individuales para casos sospechosos y 70 camas para pacientes confirmados. Además, se aplicó nuevo modelo para la sala de cuidados intensivos: se utilizó plexiglás, de manera que



Una higienista de MSF cuelga los pijamas sanitarios y las gafas, una vez desinfectados, en el centro de tratamiento de pacientes con Ébola en Freetown.

© Anna Surinyach/MSF



Un sanitario entrega a otro la medicación para un paciente ingresado en la zona de alto riesgo.

el personal sanitario podía monitorizar de forma más constante a los pacientes sin tener que ponerse y quitarse el traje de protección.

Además, MSF lanzó actividades de sensibilización y vigilancia en nueve subdistritos de Freetown, en colaboración con el Centro Nacional de Respuesta al Ébola (NERC), al que apoyó con cartografía y rastreo de contactos. Los epidemiólogos de MSF estaban en constante movimiento, y en contacto diario con la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y el NERC. MSF también organizó formaciones sobre desinfección de viviendas.

Magburaka (Provincia del Norte)

El 15 de diciembre, MSF abrió un cuarto centro de tratamiento en Tonkolili, también con actividades externas de sensibilización, promoción de la salud, vigilancia epidemiológica y capacitación del personal sanitario. En Magburaka se estableció también un equipo de respuesta rápida, capaz de desplegarse rápidamente allí donde aparecieran nuevos casos.

Control de infecciones y distribución de antipalúdicos

Al principio, la epidemia se llevó por delante a muchos trabajadores sanitarios locales, que estuvieron atendiendo a los enfermos sin la protección adecuada y sin formación sobre la forma de transmisión del virus. Se estima que un 10% del personal sanitario murió,

debilitando aún más los centros de salud e impidiéndoles hacer frente al Ébola.

En octubre, MSF tuvo que suspender el proyecto de Gondama: la falta de recursos hacía imposible garantizar la calidad de la atención médica necesaria para tratar a los pacientes y proteger al equipo. De hecho, las mujeres con complicaciones en el parto y los enfermos de malaria y otras dolencias eran reacios a acudir a los hospitales públicos, por temor a contraer el Ébola: un número incalculable de personas han muerto por dolencias no relacionadas con el virus. En el caso de la malaria, la similitud de los síntomas llevaba a mucha gente con fiebre

a acudir a los centros de Ébola temiendo tener el virus; con el fin de evitarlo, y al mismo tiempo para protegerles de una enfermedad potencialmente mortal, MSF lanzó una campaña masiva de distribución de antipalúdicos en Freetown, que benefició a 1,5 millones de personas. Para ello, reclutó y capacitó a unos 6.000 trabajadores, en colaboración con el Ministerio de Salud. Esta campaña se completó con una segunda en enero de 2015.

BLOG Patricia Carrick, enfermera

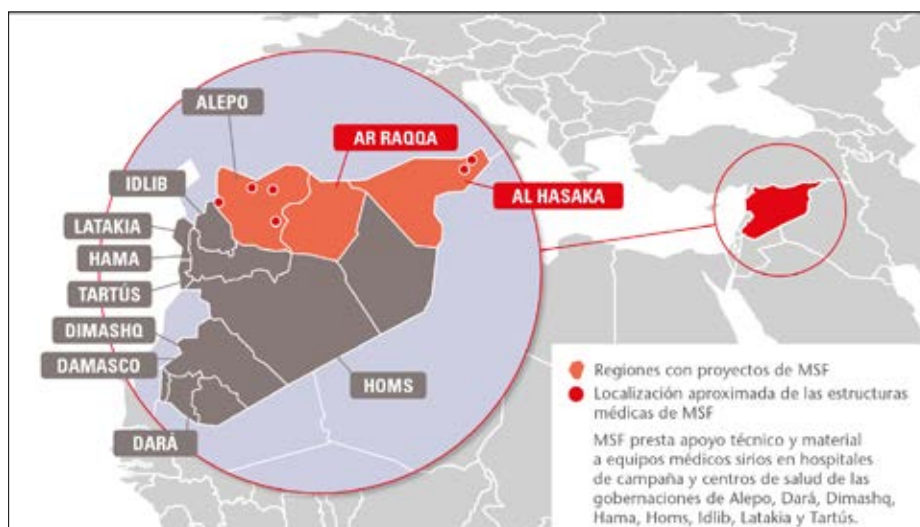
“La mujer tenía el torso curvado alrededor de una pata de la cama, con las piernas rodeando otra de las patas y sobresaliendo parcialmente. Su rostro inexpresivo estaba vuelto hacia arriba, la mirada en el vacío, la boca abierta, una máscara mortuoria desesperada con la que estoy empezando a familiarizarme. Aún respiraba, pero no pudo responder, ni gemir siquiera.

A pesar de toda la formación recibida en Bruselas, de las reuniones informativas en Freetown, Bo y Kailahun, de las historias de sufrimiento cada vez más frecuentes, y de mi propia experiencia, reconozco que me quedé como pasmada. Me acerqué y vi que no había nada que hacer, nada en absoluto. Me giré tontamente hacia Konneh y, bendito sea, incluso desde las profundidades de nuestros trajes de protección, tuvo la compasión de decírmelo con palabras: ‘No podemos hacer nada por ella, Patricia’. No podíamos moverla ni levantarla, ni siquiera desenroscarla de las patas. No veníamos preparados, no teníamos demasiado tiempo ni fuerzas; habíamos venido para otras tareas, para autorizar la salida de los supervivientes”.

Este blog está disponible (en inglés) en blogs.msf.org/en/staff/authors/patricia-carrick

SIRIA

Nº de trabajadores en 2014: 729 | Gasto: 16,6 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2009 | msf.org/syria



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

135.600 consultas externas

4.900 kits de artículos de primera necesidad distribuidos

4.400 intervenciones quirúrgicas

1.400 partos asistidos

Millones de personas necesitan asistencia en Siria, y Médicos Sin Fronteras (MSF) debería estar ofreciendo uno de los mayores despliegues de su historia. Pero factores externos se lo impiden.

Entre los obstáculos que han impedido a MSF ampliar sus actividades, se cuentan la propia violencia y concretamente los ataques contra los centros sanitarios y sus trabajadores, la falta de autorización del Gobierno sirio y la poca fiabilidad de los grupos armados en lo tocante a las garantías de seguridad para los equipos de la organización.

Ya en su cuarto año, este conflicto sigue marcado por una violencia brutal que no distingue entre combatientes y civiles. Unas 200.000 personas han muerto, y la mitad de la población ha huido de sus casas, para convertirse bien en desplazados internos, bien en refugiados en otros países. Muchas localidades sufren asedio y están aisladas de la ayuda exterior, y la población a menudo queda atrapada entre las cambiantes líneas del frente. Miles de médicos, enfermeros, farmacéuticos y paramédicos han sido asesinados o secuestrados, o son desplazados, y han dejado un vacío irreparable en el sistema de salud.

El 2 de enero de 2014, el entonces ISIS (más tarde Estado Islámico, EI) secuestró a 13 trabajadores de MSF, ocho de ellos sirios, que fueron liberados a las pocas horas; los cinco internacionales permanecieron retenidos hasta cinco meses. El secuestro provocó la salida de todo el personal internacional y el cierre de los centros de salud en las zonas controladas por el EI. MSF también cerró su hospital de campaña

en la región montañosa de Jabal al Akrad (oeste de la provincia de Idlib) y los dos centros de salud que operaba en las cercanías.

Alepo

MSF gestionó tres estructuras sanitarias en la provincia de Alepo, escenario de algunos de los combates más intensos y uno de los principales corredores para quienes intentan huir del país. Uno de los hospitales tiene 28 camas y cuenta con servicios de urgencias, maternidad, atención ambulatoria, vacunaciones, ortopedia y tratamiento de algunas enfermedades crónicas. Cuando llegan pacientes graves que necesitan otra atención, se les estabiliza y son derivados a otras estructuras. Además, este hospital también donó medicamentos y equipo médico

a 10 hospitales de campaña, nueve puestos de primeros auxilios y tres centros de salud.

Un segundo hospital de MSF tuvo que cerrar en agosto por razones de seguridad; ofrecía cirugía para heridos de guerra o pacientes con lesiones traumáticas o quemaduras, así como servicios de urgencias, maternidad, consultas pre y posnatales y atención ambulatoria.

El tercer hospital se encuentra a las afueras de Alepo; tiene 12 camas y servicios de vacunación, atención prenatal, salud mental y derivación a otros centros. En 2014, se realizaron aquí 22.000 consultas externas, 12.300 consultas de urgencias y más de 500 cirugías, y unos 1.200 pacientes estuvieron hospitalizados.



Una niña es atendida durante una clínica móvil de MSF en Al Hasaka.



En el campo de Bab al Hawa, los sirios desplazados por la violencia viven en condiciones lamentables.

Idlib

La guerra ha provocado una penuria extrema de recursos, y el combustible de mala calidad que las familias tienen que utilizar para estufas y calentadores a menudo provoca explosiones en los hogares. En Idlib, MSF opera la única unidad de quemados del norte de Siria; la atención especializada consiste en desbridamiento de heridas, curas (con anestesia cuando es necesario), injertos de piel y fisioterapia. Este centro tiene una sala de urgencias y capacidad para hospitalizar a 15 pacientes, y ofrece atención psicológica a los heridos. En 2014, fueron atendidos 5.800 pacientes en urgencias, y se realizaron más de 3.800 cirugías.

Además, en agosto MSF lanzó una campaña de vacunación contra el sarampión entre los desplazados de la frontera sirioturca, en respuesta a varios casos. Más de 11.000 niños fueron inmunizados en los campos y aldeas vecinas. De hecho, MSF no ha dejado de realizar vacunaciones de rutina entre los menores de 3 años, ya que los programas públicos de vacunación fueron suspendidos a causa de la guerra, y se ha producido un aumento de las enfermedades infantiles prevenibles.

Ar Raqqa

Los centros de salud y hospitales que siguen funcionando en esta provincia tienen problemas para mantener la cadena de suministro, la cadena de frío de los fármacos, y un personal fijo. En toda la provincia se cuentan unos 40.000 desplazados, lo que supone una presión adicional sobre las comunidades locales que los acogen en sus casas, escuelas y antiguos

centros de salud. MSF siguió ofreciendo atención primaria en el hospital de Tal Abyad y apoyando su servicio de pediatría. Además, equipos móviles atendieron a los desplazados en varios emplazamientos y colaboraron con las campañas rutinarias de vacunación organizadas por los sanitarios locales. Hasta mayo, cuando estas actividades se traspasaron al Ministerio de Salud y las autoridades locales, se realizaron 5.200 consultas y 7.000 niños fueron vacunados contra el sarampión.

Al Hasaka

En el noreste de Siria, la grave escasez de medicamentos, suministros médicos y personal capacitado está teniendo un impacto devastador en la atención sanitaria. MSF trabajó en las urgencias de un hospital, aportando personal y suministros para facilitar la atención pre y posoperatoria, así como en su maternidad, que la organización reconstruyó y dotó de nuevos equipos. MSF estableció dos clínicas con consultas ambulatorias y atención materno-infantil.

Desde 2013, MSF gestiona clínicas móviles en la región fronteriza con Irak. En el lado sirio, MSF ofrece atención primaria a desplazados y comunidades de acogida (con especial atención a la salud materno-infantil). En octubre de 2013, apareció en esta zona el primer caso de poliomielitis en Siria en 14 años, por lo que MSF lanzó campañas rutinarias de vacunación contra esta enfermedad.

La frontera con Irak, cerrada desde septiembre de 2013, volvió a abrirse en junio, aunque tan

solo en el sentido Irak-Siria. En agosto, decenas de miles de iraquíes cruzaron huyendo de la violencia en la provincia de Nínive. Los equipos de MSF que trabajan a uno y otro lado de la frontera respondieron al aumento de las necesidades con clínicas móviles y la instalación de puestos de salud en los campos de tránsito y de desplazados.

Apoyo a los médicos sirios

Las dificultades de acceso son cada vez mayores. Sin embargo, MSF siguió dando apoyo clandestino a los servicios médicos organizados por profesionales sirios, tanto en los sectores controlados por el Gobierno como en los de la oposición. Estos programas permiten que el personal médico sirio pueda seguir trabajando, a menudo en condiciones extremadamente peligrosas, para proporcionar una mínima asistencia a las poblaciones atrapadas en el conflicto.

El de MSF es un programa a gran escala, que cubre un centenar de estructuras médicas clandestinas e improvisadas en seis provincias situadas en zonas fronterizas, y a las que MSF no tiene acceso físico. Casi la mitad de estos centros están en las zonas sitiadas de la provincia de Damasco. De hecho, este apoyo se centra cada vez más en áreas en estado de sitio, y se articula en torno al suministro de medicamentos y artículos médicos, la formación y el apoyo técnico a distancia, y un respaldo adaptado a ciertas necesidades (por ejemplo donando ambulancias).

SUAZILANDIA

Nº de trabajadores en 2014: 406 | Gasto: 8,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2007 | msf.org/swaziland



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

16.500 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

1.700 pacientes con TB en tratamiento



Una madre y su bebé, en consulta médica en la clínica de Shiselweni.

La atención descentralizada y los tratamientos innovadores facilitan que las personas con VIH vivan más y mejor.

Las tasas de coinfección con VIH y tuberculosis (TB) son muy preocupantes, así como la propagación de la TB resistente a los medicamentos (TB-DR), que sufren un 10% de los nuevos diagnosticados. Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a colaborar con el Ministerio de Salud para responder a estas epidemias en Shiselweni en 2007, y en Manzini en 2010.

Shiselweni

En esta región rural, MSF ofreció atención integral al VIH y la TB, concretamente en Nhlanguano, Hlatikulu y Matsanjeni. Desde 2010, el programa ha ampliado la cobertura del diagnóstico y el tratamiento, y ha capacitado a trabajadores locales y pacientes. Ahora, el tratamiento y el apoyo psicosocial están disponibles en 22 clínicas y tres centros especializados. MSF ha estudiado la evolución de la descentralización de estos servicios a lo largo de cinco años, confirmando que simplificar la atención y acercarla a los pacientes no solo es sostenible, sino que mejora su adherencia al tratamiento.

En todo ello tienen un papel clave los pacientes con VIH formados por MSF y el Ministerio de Salud: ellos se encargan de la sensibilización de otros pacientes. En 2014, organizaron 3.200 sesiones informativas,

que beneficiaron a unos 137.000 vecinos de Shiselweni. También se llevó puerta a puerta la prueba del VIH –lo que ha aumentado la detección de casos– y se implantó el análisis rutinario de la carga viral: esta permite confirmar si el tratamiento funciona y el virus es indetectable en el organismo (lo que además reduce enormemente el riesgo de transmisión).

MSF también lanzó la estrategia *Tratamiento como prevención*, que en su primera fase quiere llegar a las mujeres embarazadas con VIH; ya había demostrado su eficacia en un proyecto piloto en Nhlanguano, y se implantó a escala nacional en 2014. En octubre, también en Nhlanguano, comenzó la segunda fase: el *Acceso temprano a antirretrovirales para todos*, es decir dar tratamiento con independencia del estado clínico o inmunológico.

Manzini

La clínica de MSF en Matsapha atendió a la población local y al colectivo flotante de temporeros migrantes, con un modelo de *ventanilla única* para el diagnóstico y tratamiento del VIH y la TB. También proporcionó atención primaria (incluida salud materna), vacunaciones para los menores de 5 años, planificación familiar, atención domiciliaria, y tratamiento médico y psicosocial para víctimas de la violencia sexual.

MSF también ofreció atención integral a personas coinfectadas con VIH y TB en el

hospital de Mankayane y varios centros de salud. Siempre que es posible, los pacientes de TB-DR son tratados de forma ambulatoria, lo que minimiza la incomodidad de las largas estancias en el hospital y mejora la adherencia al tratamiento. Concretamente, el tratamiento de la TB multirresistente dura un mínimo de 20 meses y tiene muchos y dolorosos efectos secundarios. Por ello, MSF inició en Matsapha y Mankayane un estudio sobre la eficacia y seguridad de un tratamiento de solo nueve meses de duración.

TESTIMONIO

SPHIWE recibe tratamiento antirretroviral, dentro del programa de acceso temprano en Mashobeni.

"Soy un 'motivador de salud rural': el Ministerio de Salud me formó para llevar a cabo la promoción de la salud y la atención domiciliaria. En nuestro grupo de apoyo hablamos de estas cuestiones, y animamos a la gente a informarse bien de su estado de salud y a adherirse a la medicación. Ser parte de estos grupos me ha ayudado a aceptar mi situación y a usar mi propia experiencia para mejorar la de otras personas de mi comunidad".

The map highlights the regions of Johannesburg, KwaZulu-Natal, and Khayelitsha. A legend indicates that orange areas represent regions with MSF projects, and red dots represent cities or populations where MSF works.

15.600 pacientes con VIH en
tratamiento de primera línea

1.400 pacientes con TB en tratamiento

© Kate Ribet/MSF

SUDÁN

Nº de trabajadores en 2014: 589 | Gasto: 11,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1979 | msf.org/sudan



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

246.900 consultas externas

400 pacientes con kala azar tratados

La salud de la población sigue sufriendo gravemente los efectos del conflicto en Darfur, Kordofán del Sur y Nilo Azul.

Miles de personas no reciben asistencia humanitaria y necesitan desesperadamente atención médica. Médicos Sin Fronteras (MSF) siguió proporcionando ayuda de emergencia, pero en 2014 vio restringido su acceso a la población de algunas zonas afectadas por el conflicto. El hospital de MSF en Kordofán del Sur fue bombardeado en enero.

Darfur Norte

En Tawila hubo enfrentamientos entre la comunidad local zaghawa y las tribus árabes nómadas; en esta localidad, MSF siguió trabajando en un centro de salud, con atención ambulatoria y hospitalaria, y especial atención a las necesidades de madres y niños. En 2014, se realizaron 34.900 consultas externas y 5.400 prenatales, y 1.300 niños desnutridos recibieron tratamiento. Otro equipo, también centrado en atención materno-infantil, operó en cuatro centros de salud en Dar Zaghawa (y en tres dispensarios, con atención posnatal). En 2014, se efectuaron 46.800 consultas.

En El Sireaf, MSF siguió atendiendo a los desplazados, con cirugía, consultas externas (17.700), tratamiento de la malaria (1.100 pacientes), suministro de agua y saneamiento, y distribución de artículos de primera necesidad.



En febrero MSF abrió una nueva clínica en Nilo Blanco, para dar atención básica a unos 30.000 refugiados sursudaneses; muchos de ellos eran mujeres, niños y ancianos.

El Equipo de Respuesta de Emergencia para Darfur Norte (NDER), un proyecto en colaboración con el Ministerio de Salud de esta región, lanzó varias exploratorias e intervenciones: distribuyó artículos de primera necesidad (en Tawisha, Usban y El Fashir); respondió a un brote de hepatitis E (Um Kadada); evaluó la desnutrición (Shangil Tobaya); y apoyó una campaña contra el dengue (El Fashir). El NDER asumió labores como el manejo de casos, el control vectorial y la vigilancia epidemiológica, y la capacitación del personal sudanés en la respuesta a emergencias.

Darfur Sur

En marzo y abril llegaron 4.000 nuevos desplazados al campo de El Sereif, cerca de Nyala, procedentes de las aldeas destruidas de los alrededores. MSF ya estaba trabajando en este emplazamiento: había mejorado el suministro de agua (estaba muy por debajo de los estándares), al tiempo que prestaba atención médica a quienes habían enfermado debido a las malas condiciones de vida.

Darfur Oeste

A finales de 2014, MSF empezó a dar apoyo con atención primaria a cuatro centros de salud de la zona de Kerenek. Otro equipo trabajó con el Ministerio de Salud en un plan de preparación para el Ébola: formó a un

centenar de trabajadores locales y reforzó la vigilancia epidemiológica.

Refugiados sursudaneses

En febrero, MSF inauguró una clínica en Nilo Blanco, para atender a 30.000 refugiados del vecino Sudán del Sur, muchos de ellos mujeres, niños y ancianos que habían caminado largas distancias; se realizaron 4.300 consultas al mes.

Enfermedades olvidadas

MSF impartió formaciones sobre kala azar a 590 profesionales de la salud en el estado de Sennar, y trató a 400 pacientes con esta enfermedad en el hospital Tabarak Allah (Al Gedaref), al que también apoyó en su servicio de salud reproductiva.

En Jebel Awil, enorme arrabal chabolista de Jartum, MSF ofreció diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en cinco centros de salud. Las condiciones de hacinamiento en estos barrios agudizan el riesgo de contraer la enfermedad.

SUDÁN DEL SUR

Nº de trabajadores en 2014: 3.996 | Gasto: 83,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1983 | blogs.msf.org/en/staff/blogs/msf-in-south-sudan



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

936.200 consultas externas

22.700 niños tratados en los centros de nutrición terapéutica

6.900 intervenciones quirúrgicas

6.800 pacientes con kala azar tratados

6.800 pacientes con cólera tratados

En 2014, Médicos Sin Fronteras (MSF) respondió a las emergencias médico-humanitarias provocadas por el conflicto, al tiempo que intentaba mantener sus programas de atención primaria.

A finales de 2013 estallaron los combates en la capital, Juba, y pronto se extendieron por todo el país. MSF empezó a enviar suministros y personal médico a los lugares más afectados, incrementando rápidamente sus programas, de 13 a más de 20 en nueve estados. Miles de personas huyeron de sus hogares y se escondieron en el monte. A finales de 2014, había 1,5 millones de desplazados internos.

Desde que comenzó la crisis, MSF no ha dejado de pedir a todas las facciones en liza que respeten las instalaciones médicas y que permitan a las organizaciones de ayuda acceder a las comunidades afectadas. En enero de 2014, la ciudad de Leer (en Unidad) fue escenario de combates, y el hospital al que MSF daba apoyo fue saqueado e incendiado, lo que interrumpió durante meses la atención que prestaba: ambulatoria, hospitalaria, cuidados intensivos, cirugía, maternidad y tratamiento del VIH.

La atención médica ha sido objeto de ataques una y otra vez; los equipos de MSF han visto a pacientes acibillados en sus camas, salas de hospital reducidas a cenizas y saqueadas... Estos abusos han dejado sin atención médica vital a cientos de miles de personas. MSF también fue testigo de las consecuencias horribles de los ataques y enfrentamientos en Malakal (Alto Nilo), donde también fueron asesinados

varios pacientes en el Hospital Universitario. Lo mismo ocurrió en Bentiu en abril: las personas que se habían refugiado en el hospital fueron asesinadas.

Juba

Para escapar a la violencia, decenas de miles de personas buscaron refugio en los recintos de la ONU, donde se organizaron emplazamientos de Protección de Civiles (PoC). MSF abrió puestos médicos en los de Topping y Juba House, al tiempo que denunciaba las deplorables condiciones de acogida. Al estabilizarse las necesidades médicas, y a medida que otras organizaciones iban haciéndose más presentes, los programas de MSF en los PoC de Juba se traspasaron a International Medical Corps

(IMC), Cruz Roja de Sudán del Sur y a la ONG local Health.

Unidad

La situación de seguridad empeoró rápidamente en enero, obligando a la evacuación del personal internacional de Bentiu. En abril, el recrudecimiento de la violencia obligó a MSF a suspender su programa de tuberculosis y VIH en el hospital. Los habitantes de la ciudad huyeron al cercano recinto de la ONU, donde la cifra de desplazados aumentó de 6.000 a 22.000 en cuestión de días; para finales de año, eran 40.000.

MSF mantuvo un servicio de urgencias de 24 horas en el PoC: proporcionó 10.000



En Bentiu, la población se refugió en el recinto de la ONU; para finales de 2014, había 40.000 desplazados en este campo improvisado, que se inundó en su mayor parte en cuanto comenzó la estación de las lluvias en julio.

consultas externas, trató un millar de niños con desnutrición severa y realizó 300 cirugías de emergencia, un 83% de ellas relacionadas con el conflicto (y en su mayoría, por heridas de bala). Decenas de miles de niños fueron vacunados contra el sarampión dentro y fuera del PoC, y expresamente para los que estaban fuera, MSF organizó clínicas móviles y una clínica de medicina general y prenatal. Otro equipo mantuvo el programa de atención integral para 70.000 refugiados sudaneses en el campo de Yida, donde además lanzó una campaña de vacunación contra el neumococo (la primera efectuada en un entorno de refugiados, y que llegó a 10.000 niños menores de 2 años).

En Leer, el personal internacional de MSF tuvo que ser evacuado en enero debido al deterioro de la seguridad. Poco después, los 240 trabajadores sursudaneses del hospital de MSF tuvieron que huir campo a través con sus familias y algunos de los pacientes más gravemente heridos. A mediados de abril, la población empezó a regresar a la ciudad, y en mayo se reanudaron las actividades médicas. Para entonces, la desnutrición había superado los umbrales de la emergencia, y entre mayo y junio, MSF trató a más pacientes desnutridos que en todo 2013.

Jonglei

Unas 70.000 personas huyeron de la ciudad de Bor, cuyo hospital público fue saqueado. En abril, MSF ayudó al Ministerio de Salud a repararlo y a reanudar las actividades médicas básicas; además, MSF asumió la atención a los heridos del ataque en el aeropuerto. En Lankien, donde MSF llevaba largo tiempo colaborando con el hospital, instaló un quirófano para cirugía de emergencia, para tratar a los cada vez más numerosos heridos de guerra: de las 910 intervenciones de cirugía mayor realizadas, el 76% se relacionaron con la violencia. También hubo un brote masivo de kala azar, y MSF trató a más de 6.000 pacientes.

En 2013, la inseguridad en Pibor había obligado a MSF a retirarse de un centro de salud y a trabajar mediante clínicas móviles. En julio de 2014, la situación se había estabilizado, y MSF reanudó sus actividades en la ciudad, incluyendo la atención primaria, las hospitalizaciones y la salud materna. Los equipos también dieron asistencia sanitaria en las cercanas Gumuruk, Lekwongole y Old Fangak, áreas muy afectadas por la guerra.

Alto Nilo

El proyecto regular en el hospital de Nasir estaba realizando una media de 4.100 consultas al mes, hasta que estallaron intensos combates en las inmediaciones. La población huyó de la ciudad y el hospital fue evacuado en mayo. El personal de MSF que regresó en junio se encontró con una ciudad desierta, y con el hospital saqueado, y resultó imposible



En el hospital de Agok, un cirujano de MSF opera a un niño herido de bala.

averiguar el paradero o estado de salud de los desplazados.

Debido a la creciente inseguridad, MSF tuvo que suspender también su labor en el hospital público de Malakal en abril; poco después estableció una clínica en el PoC de la ONU, donde se habían refugiado 20.000 personas. En Mellut, MSF dio atención médica a los desplazados, incluyendo tratamiento del kala azar y la tuberculosis. A medida que la situación de salud en los campos se estabilizaba, MSF fue reduciendo las consultas externas.

Lagos

MSF prestó atención básica y especializada, incluyendo vacunaciones, en el campo de Minkamman, en Awerial, que acoge a unas 95.000 personas, y en cuyos alrededores hay otros asentamientos. En 2014, se realizaron 52.000 consultas externas y 2.700 de salud mental, además de campañas de vacunación contra el sarampión, la poliomielitis, el cólera y la meningitis.

A raíz del brote de sarampión en el condado de Cueibet a finales de marzo, MSF apoyó al Ministerio de Salud organizando una campaña de vacunación contra esta enfermedad y contra la polio, que llegó a 32.700 niños menores de 5 años.

Bahr El Ghazal del Norte

En Pamat, cerca de la frontera con Sudán, MSF siguió ofreciendo a los desplazados atención primaria y especializada y artículos de primera necesidad. MSF colabora desde 2008 con el hospital de Aweil, con servicios de 24 horas de pediatría y maternidad (incluyendo obstetricia de urgencia). A lo largo de 2014, 7.100 mujeres fueron ingresadas en la maternidad, y se atendieron más de 1.500 partos complicados.

Además, fueron tratadas 30.000 personas con malaria, el triple que en 2013.

Desde 2008, MSF también trabaja en el hospital estatal de Yambio (Ecuador Occidental), donde ofrece atención pediátrica especializada, atención prenatal, cirugía y tratamiento del VIH (que se proporcionaba en 2014 a 3.000 pacientes). En Warrap, MSF gestionó un pequeño hospital en la ciudad de Gogrial, que ofrece atención básica y especializada, y cuenta con un quirófano para cirugía de emergencia.

Agok

MSF siguió trabajando en Agok, a 40 km al sur de Abyei, en una zona disputada entre Sudán y Sudán del Sur. La organización gestiona el único hospital con servicios especializados en toda la región, con servicios de cirugía de emergencia, maternidad y nutrición terapéutica hospitalaria. A principios de 2014 se abrieron además una sala de *triaje* y otra de urgencias. A lo largo del año, hubo 6.600 hospitalizaciones y 1.550 partos. Por otra parte, en febrero, las clínicas móviles de MSF tuvieron que cesar sus actividades debido a la inseguridad, y en marzo, los servicios ambulatorios fueron traspasados a la ONG GOAL.

Respuesta al cólera

El 15 de mayo, el Ministerio de Salud alertó de un brote de cólera en Juba. MSF intervino de inmediato con cinco centros de tratamiento y tres puntos de rehidratación oral, así como con apoyo técnico al Hospital Universitario de Juba. MSF también respondió a brotes menores en Torit (Ecuador Oriental) y en Malakal y Wau Shilluk (Alto Nilo).

TAYIKISTÁN

Nº de trabajadores en 2014: 67 | Gasto: 1,4 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1997 | msf.org/tajikistan



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

160 pacientes con TB en tratamiento, de los cuales **30** con TB-MDR

El primer paciente en tratamiento para la tuberculosis extrarresistente (TB-XDR) recibió el alta en diciembre.

Este paciente, de 17 años, fue tratado en el hospital de Dusambé, donde Médicos Sin Fronteras (MSF) inició en 2011 un programa de TB pediátrica que ofrece diagnóstico y tratamiento a menores de 18 años. Antes, los niños con TB regular eran ingresados en aislamiento durante largos periodos, mientras que los diagnosticados con las formas multirresistente (TB-MDR) o extrarresistente (TB-XDR) –que no responden a los antibióticos de primera y segunda línea, respectivamente– no eran tratados.

Ahora, siempre que es posible, los niños con TB siguen su tratamiento de forma ambulatoria, y reciben apoyo nutricional y psicosocial para facilitar su adherencia a estos difíciles regímenes. En 2014, el programa empezó a trabajar en nuevas combinaciones de fármacos adaptadas a niños con TB-MDR.

MSF también apoyó al Ministerio de Salud en el diagnóstico y tratamiento de los familiares de los pacientes; buscó soluciones

individualizadas para las personas que vivían lejos del hospital; y trabajó en la sensibilización, para acabar con el estigma que rodea a la TB y concretamente para facilitar el regreso de los niños a la escuela.

Hasta ahora, MSF era el único proveedor de tratamiento para la TB-XDR, pero las conversaciones con el Fondo Mundial de Lucha contra la TB y con el Programa de la ONU para el Desarrollo (PNUD) han sido un éxito, y la cobertura empieza a ampliarse. Además, la política nacional contra la TB ha adoptado el protocolo para la TB pediátrica de MSF.

Kala azar

En mayo, MSF dio por terminada la respuesta al brote de kala azar aparecido en 2013. MSF formó a profesionales del Ministerio de Salud en siete localidades (médicos, enfermeros, epidemiólogos, técnicos de laboratorio, etc.), y trabajó en la mejora de las guías nacionales de manejo de la enfermedad.

TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS

Nº de trabajadores en 2014: 121 | Gasto: 4,3 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1989 | msf.org/palestine



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

9.100 consultas de salud mental, individuales y en grupo

3.400 consultas externas

1.600 víctimas de la violencia atendidas

400 intervenciones quirúrgicas



En un hospital de Gaza, una anestesista de MSF comprueba el estado de un niño que sufrió quemaduras graves al caer un misil sobre su casa.

La violencia se agudizó en 2014 en los Territorios Palestinos Ocupados y el año estuvo marcado por los 50 días de guerra con Israel. MSF duplicó sus actividades para poder afrontar las necesidades de la población.

La Operación Marco Protector, lanzada el 8 de julio, dejó como saldo 2.286 palestinos fallecidos (25% niños), más de 11.000 heridos y 3.000 personas con discapacidad permanente. El 26 de agosto se declaró el alto el fuego, pero de las 500.000 personas desplazadas, 54.000 no han podido regresar a sus hogares.

El acceso a la asistencia médica sigue siendo muy limitado debido al muro de Cisjordania, el bloqueo de Gaza y otras medidas. En Gaza, escasea el equipamiento técnico y las formaciones para especialistas. Las condiciones de vida continúan empeorando y los mecanismos de las personas para lidiar con el conflicto están cada vez más deteriorados. En Cisjordania, incluyendo Jerusalén Este, la violencia cotidiana, los castigos colectivos y las humillaciones en los puestos de control son habituales y hacen mella en la salud mental de la población.

Cisjordania

MSF trabaja desde 2000 en un programa de salud mental en Hebrón, Nablús y Qalqilya, que fue ampliado a Jerusalén Este en 2011. El programa se enfoca en adultos y niños que experimentaron o presenciaron episodios de

violencia palestino-israelí o interpalestina, y cuyo sufrimiento psicológico les impide seguir con sus vidas. Se dirige principalmente a quienes han sido evacuados por la fuerza, cuyas casas han sido demolidas, o a los que están sometidos a acoso diario por parte de los colonos o de las operaciones de busca y captura del Ejército israelí.

Franja de Gaza

Debido a la intensificación del conflicto, en Gaza aumentó dramáticamente la demanda de cirugía reconstructiva. Lo normal en estos casos es que MSF intervenga solo por un corto periodo de tiempo, pero la cantidad de personas necesitadas de cirugía de la mano, correctiva o para pacientes quemados era tal, que hubo que desplegar un equipo fijo de cirugía de emergencia entre julio y septiembre, y otro hasta diciembre.

Dos clínicas de MSF, una en Gaza ciudad y otra en una tienda inflable en el hospital Nasser,

prestaron cuidados posoperatorios, incluyendo 12.700 curas, 11.800 sesiones de fisioterapia, y terapia ocupacional. Más de 1.000 pacientes accedieron a rehabilitación, y unos 350 seguían en tratamiento al finalizar el año.

Tras año y medio de trabajo, y al constatar que los resultados no eran todo lo buenos que se esperaba, MSF suspendió su apoyo a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nasser, y lo que MSF tiene previsto ahora es iniciar formaciones para médicos y enfermeros.

El programa de salud mental en Gaza, suspendido en 2011 por las autoridades locales, se reactivó en octubre para responder a las necesidades generadas por Marco Protector. Las consultas de salud mental se integraron en el cuidado posoperatorio. En los próximos meses, MSF tiene la intención de lanzar un programa de salud mental pediátrica.

BLOG Hazem Abu Malu, médico

“Es muy duro no tener noticias de nuestros pacientes habituales. O recibimos a otros con historias horribles, como aquella niña de 7 años que vino con quemaduras en la cara causadas por una explosión. Cuando le pregunté dónde estaban sus padres, me dijo que los dos habían muerto. Luego tenemos a una mujer de 32 años con heridas leves por metralla, y que se encontraba bastante bien físicamente. Pero estaba muy traumatizada por haber perdido a sus cuatro hermanos. Dos de ellos acababan de casarse y habían muerto hacía unas pocas semanas. Escuchamos a los pacientes, necesitan hablar pero no entienden lo que les ha pasado. Pasamos por muchos estados emocionales. A veces también pasan cosas increíbles. Uno de nuestros pacientes está en silla de ruedas. Cuando nos enteramos de que la ciudad en la que vive, Shujahia, está siendo bombardeada, y todo el mundo estaba huyendo, me pregunté cómo podría hacerlo él. ¿Cómo huir, cuando vas en silla de ruedas? Y luego una noche vi en televisión un reportaje sobre familias que se habían refugiado en un colegio, y allí estaba él. Estaba vivo. Fue estupendo”.

Este blog está disponible (en inglés) en blogs.msf.org/en/staff/authors/hazem-abu-malouh

TURQUÍA

Nº de trabajadores en 2014: 8 | Gasto: 0,8 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1999 | [msf.org/turkey](https://www.msf.org/turkey)



A finales de 2014 había más de 1,8 millones de refugiados sirios en Turquía.

Muchos refugiados sirios, mayoritariamente instalados en ciudades turcas pero sin registro oficial, sufren preocupantes condiciones de vida, y un limitado acceso a la atención médica. En 2014, Médicos Sin Fronteras (MSF) lanzó varios programas de apoyo técnico y económico a las organizaciones de la sociedad civil turca que les prestan asistencia.

Existen asentamientos de refugiados sirios en las provincias meridionales de Kilis y Sanliurfa, a lo largo de la frontera con Siria. En Kilis, MSF colaboró con la Agrupación de Ciudadanos de Helsinki (aCh), que opera una clínica con servicios de atención primaria y salud mental. La atención psicológica, que se ofrece a los desplazados estén o no acogidos en los campos oficiales, pretende ayudarlos a afrontar y adaptarse a su nueva situación.

En Sanliurfa, MSF también prestó apoyo económico y técnico a la ONG Support to Life y a la Fundación de la Media Luna Azul Internacional para la Ayuda y el Desarrollo (IBC). Los proyectos son de salud mental y de agua, higiene y saneamiento, algo muy necesario en los asentamientos de esta provincia. Las organizaciones apoyadas por MSF respondieron con inmediatez a la afluencia de refugiados sirios, distribuyendo materiales de refugio y artículos de primera necesidad, como jabón, mantas y lonas de plástico.

Si las autoridades turcas aceptan la solicitud de registro legal presentada por MSF, la organización podrá ampliar las actividades de ayuda directa al creciente número de refugiados.

UCRANIA

Nº de trabajadores en 2014: 71 | Gasto: 5,5 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1999 | msf.org/ukraine



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

1.200 consultas de salud mental, individuales y en grupo

280 pacientes con TB en tratamiento

En 2014, el intenso conflicto dejó 10.000 heridos y más de 600.000 desplazados.

Las protestas que comenzaron en 2013 se multiplicaron en 2014, hasta que estallaron enfrentamientos violentos entre la Policía y los manifestantes. El presidente ucraniano dimitió en febrero. En Kiev, Médicos Sin Fronteras (MSF) estuvo proporcionando medicamentos y suministros a los centros médicos que atendían a los heridos. En el este, en mayo estallaron los combates entre grupos separatistas armados y las fuerzas gubernamentales.

Las rutas de aprovisionamiento médico se vieron gravemente dañadas o quedaron cortadas, y las estructuras médicas agotaron sus presupuestos en pocos meses. Si bien los facultativos locales hacían lo imposible por tratar a los heridos, había grave escasez de suministros médicos, por lo que MSF donó fármacos y material para el tratamiento de heridos de guerra a los hospitales de las regiones de Donetsk y Luhansk.

A medida que el conflicto se extendía e intensificaba, MSF incrementó las donaciones. Para finales del año, había proporcionado suministros para tratar a 13.000 heridos en los hospitales situados a ambos lados del frente.

Los hospitales fueron dañados por los bombardeos, privando a la población de atención médica justo cuando más la necesitaba. Estas acciones demostraron la falta de respeto por los trabajadores sanitarios, que siguieron trabajando a pesar del gran riesgo que corrían y de que muchos de ellos llevaban meses sin cobrar.

El alto el fuego de septiembre no detuvo las luchas, y cada vez resultaba más difícil conseguir medicinas. Después de que el Gobierno decidiera suspender los servicios públicos en las zonas controladas por los rebeldes, los jubilados se quedaron sin pensiones, lo que agravó la vulnerabilidad de las personas con discapacidad y de edad avanzada. Las cuentas bancarias fueron bloqueadas, y mucha gente empezó a no ir al médico simplemente por no poder pagar el transporte o la medicación. En respuesta a estas dificultades, MSF amplió su ayuda médica para extenderla a los pacientes de enfermedades crónicas como la diabetes.

MSF también distribuyó a los desplazados de Donetsk más de 2.600 kits de higiene personal, con jabón, cepillo y pasta de dientes, toallas, etc. Y de cara al duro invierno, donó 15.000 mantas a los hospitales y a los desplazados de Donetsk y Luhansk.

Impacto psicológico de la guerra

En marzo, MSF empezó a trabajar con psicólogos ucranianos en Kiev, impartiendo talleres sobre ámbitos específicos como la depresión y el estrés postraumático. El objetivo era doble: reforzar su capacitación y ayudarles a combatir el agotamiento psicológico que su trabajo conlleva. La organización también se implicó en el tratamiento de pacientes de ambos lados del frente: a partir de agosto, inició sesiones de terapia individual, familiar o en grupo, para explicar y enseñar a afrontar mediante herramientas prácticas las reacciones emocionales que suelen desencadenarse tras eventos traumáticos (como miedo, ansiedad o pesadillas).

Programa de TB

En 2011, MSF lanzó en Donetsk un programa para reclusos con tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR). Durante todo el conflicto, MSF ha hecho todo lo posible por mantenerlo funcionando, y evitar que los pacientes decidieran interrumpir sus tratamientos. Cuando los intensos bombardeos hicieron que fuera muy peligroso que los equipos se desplazaran a los centros penitenciarios, MSF se centró en asegurar el suministro de medicamentos mediante entregas al personal penitenciario en lugares más seguros.



Equipos de MSF descargan suministros médicos en un hospital en las afueras de Donetsk.

TESTIMONIO

SVETLANA es una de las pacientes tratadas por los psicólogos de MSF.

"Cuando empezó el bombardeo estaba en el patio con mi marido. Habíamos oído bombardeos antes, pero nunca tan cerca. Un obús estalló muy cerca. Mi marido resultó gravemente herido. A mí la metralla me alcanzó en las piernas y el pecho. Todavía tengo un fragmento de metal alojado entre las costillas. Llamé a una ambulancia, pero me dijeron que era demasiado peligroso. Mi marido murió en el patio. Llevo dos meses en este hospital de Svitlodarsk con mi hija de 5 años; no tenemos otro sitio al que ir. Tengo demasiado miedo como para volver a Debaltsevo. A veces oigo explosiones que no existen. Cuando mi hija oye alguna, me pregunta: '¿eso ha sido un [misil] Grad o un obús?'. ¿Le parece normal, para una niña de 5 años?."



UGANDA

Nº de trabajadores en 2014: 568 | Gasto: 6 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1986 | msf.org/uganda



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

129.300 consultas externas

4.000 pacientes hospitalizados

A finales de octubre llegaron a Uganda más de 128.000 sursudaneses que huían de la violencia en su país.

La mayoría de los refugiados, unos 81.000, se asentaron en el distrito de Adjumani (norte). Una vez registrados en el centro de tránsito de Numanzi, fueron trasladados a cuatro campos. Médicos Sin Fronteras lanzó una intervención

de emergencia para prestarles atención básica tanto en el centro de tránsito como en los campos: evaluó el estado nutricional de la población infantil, estableció servicios ambulatorios y hospitalarios, y habilitó salas de maternidad y un centro de nutrición terapéutica. También hizo todo lo posible por facilitar agua y saneamiento, y asegurar una mínima higiene. Cuando las llegadas se redujeron y otras organizaciones empezaron a cubrir parte de las necesidades, MSF se centró en los campos más grandes (Ayilo 1 y Ayilo 2) y en los servicios de examen médico y consulta en el centro de tránsito. Estos equipos realizaron 124.000 consultas y 4.000 pacientes fueron hospitalizados.

Muchos de los niños atendidos tenían infecciones respiratorias, que pueden propagarse rápidamente en entornos superpoblados. De julio a septiembre, MSF efectuó tres rondas de vacunación contra el neumococo y la gripe hemofílica tipo B, causas principales de estas infecciones. En el caso de la antineumocócica, era la primera vez que se usaba en Uganda, y una de las primeras con población desplazada; llegó a 2.700 menores de 2 años de los campos y pueblos circundantes.

Cierre del proyecto de VIH/TB

En julio, el programa de VIH y tuberculosis (TB) que MSF lanzó en 2001 en el hospital de Arua

fue traspasado al Ministerio de Salud y a la ONG estadounidense-ugandesa SUSTAIN (Refuerzo del Sistema Ugandés de Tratamiento Nacional del Sida). Además de ofrecer atención clínica y tratamiento antirretroviral, el programa de MSF contaba con un laboratorio para el diagnóstico del VIH, la TB y su forma resistente a los medicamentos (TB-DR). MSF también traspasó el centro de manejo de la TB extrarresistente (TB-XDR) que en su momento había construido.

MSF siguió trabajando en la mejora del acceso a la prueba de carga viral, incluyendo para niños pequeños, en colaboración con el *Proyecto tratamiento con éxito* financiado por UNITAID (mecanismo internacional de compra de medicamentos). MSF también está evaluando las necesidades médicas específicas relacionadas con el VIH en colectivos vulnerables como niños, adolescentes y poblaciones flotantes.

Preparación para el Marburg

En octubre se confirmó un caso de fiebre hemorrágica de Marburg en Kampala, lo que desencadenó una respuesta conjunta del Ministerio de Salud, MSF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. MSF abrió cinco centros de tránsito y un centro de tratamiento en los hospitales de Kampala, e impartió formaciones al personal de estas estructuras en todo el país. Finalmente no se dieron más casos.

UZBEKISTÁN

Nº de trabajadores en 2014: 246 | Gasto: 5,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1997 | msf.org/uzbekistan



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

2.000 pacientes con TB en tratamiento

570 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

Médicos Sin Fronteras (MSF) sigue trabajando para mejorar la calidad y disponibilidad del tratamiento para la tuberculosis

Uzbekistán es uno de los muchos países de Asia Central con alta incidencia de tuberculosis resistente a los medicamentos (TB-DR), una forma de la enfermedad que no responde al tratamiento de primera línea. El acceso a diagnóstico y atención de calidad sigue siendo limitado, y la gran mayoría de las personas con TB-DR siguen sin ser diagnosticadas ni tratadas.

MSF cree que la introducción de nuevos protocolos de diagnóstico y tratamiento –con atención ambulatoria, pruebas de diagnóstico rápido y apoyo integral al paciente con sensibilización, atención psicológica, transporte, soporte nutricional y ayuda económica– ayudaría a mejorar la adherencia al tratamiento y a controlar la propagación de la TB.

Karakalpakstán: programa de TB

En esta república autónoma, MSF mantuvo su programa contra la TB en colaboración con el Ministerio de Salud, para ayudar a los pacientes a

afrontar los efectos secundarios de la medicación. MSF les brindó apoyo psicosocial para mejorar su adherencia. En 2014, más de 2.000 pacientes recibieron tratamiento para la TB, y 607 para la TB-DR; muchos fueron tratados de forma ambulatoria, evitándoles así el estrés derivado de largas hospitalizaciones. MSF también siguió tratando a pacientes con la forma extrarresistente (TB-XDR) mediante un régimen más corto, de nueve meses en lugar de los dos años habituales; este programa piloto comenzó en 2013 y los primeros pacientes ya han recibido el alta, y serán sometidos a controles regulares para confirmar que su curación es definitiva.

Taskent: tratamiento del VIH

MSF también mantuvo su programa de lucha contra el VIH en Taskent, en el seno del Centro de Sida de la República. Un total de 671 personas iniciaron el tratamiento antirretroviral, y MSF también les proporcionó atención psicosocial.

YEMEN

Nº de trabajadores en 2014: 562 | Gasto: 9,9 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 1994 | msf.org/yemen | blogs.msf.org/en/staff/blogs/msf-in-yemen



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

91.000 consultas externas

4.300 intervenciones quirúrgicas

720 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

La pobreza y el desempleo, combinados con la continua inseguridad, dificultan el acceso de los yemeníes a la asistencia médica.

Médicos Sin Fronteras siguió ofreciendo atención primaria y cirugía vital en los distritos de Al Azaraq y Qatabá, en la provincia de Ad Dali: en 2014, efectuó 47.000 consultas. En Ad Dali capital, MSF cuenta en el hospital Al Nasir con una unidad de cirugía de urgencia para víctimas de la violencia; este equipo realizó 300 operaciones desde junio hasta su evacuación por motivos de seguridad en septiembre.

Amran

MSF mantuvo su apoyo al hospital Al Salam, en los servicios de urgencias, maternidad, hospitalización, consulta externa, laboratorio y banco de sangre; en 2014, hubo 2.300 cirugías, 25.300 consultas de urgencia, 2.500 partos asistidos y 5.200 hospitalizaciones. Para mejorar la atención a las comunidades de los remotos valles de Osman y Ajraf, en abril MSF colaboró en la reapertura del centro de salud de Heithá; sin embargo, este programa tuvo que suspenderse, y finalmente cancelarse en noviembre, debido al grave deterioro de la seguridad.



El conflicto forzó a cientos de miles de yemeníes a huir de sus hogares en 2014.

Adén

La unidad de cirugía de emergencia de MSF en Adén restableció las redes de derivación de pacientes desde Abyan, Ad Dali, Lahj y Shabwá, lugares a menudo afectados por la violencia y con creciente necesidad de atención quirúrgica. Este equipo realizó 2.000 consultas de emergencia, 1.600 cirugías y 5.600 sesiones de fisioterapia, a las que se añadieron las 1.600 consultas realizadas en la clínica móvil semanal en la prisión central de Adén. Por otra parte, tras reducirse la cifra de víctimas de la violencia en Abyan, MSF cesó su apoyo a los hospitales Lawdar y Jaar, si bien reforzó las redes de derivación hacia el hospital de MSF en Adén.

Respuesta rápida a emergencias

MSF creó un equipo de respuesta urgente a incidentes violentos y otras emergencias. Cientos de desplazados y víctimas de la violencia recibieron atención médica de emergencia y artículos de primera necesidad. Además, se donaron suministros médicos a 38 estructuras, entre clínicas y hospitales, en cinco provincias.

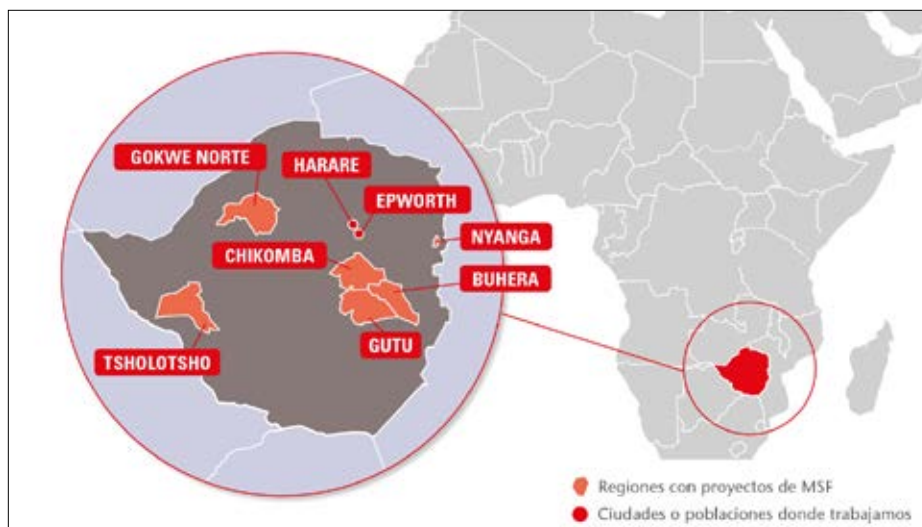
VIH: contra el estigma

El desconocimiento del VIH entre el personal sanitario ha sido la principal causa del estigma y discriminación que sufren estos enfermos. Dentro de su colaboración con el Programa Nacional contra el Sida, MSF organizó formaciones para el personal de siete hospitales y lanzó una campaña de promoción de la salud que redundó en un espectacular aumento del número de personas que se hicieron la prueba del VIH (incluyendo embarazadas) y del de pacientes con VIH admitidos en el hospital Gumhuri de Saná.

MSF cerró el programa de salud mental para los migrantes de los centros de detención iniciado en 2013, ya que las llegadas se habían estabilizado, y otras organizaciones podían asumirlo.

ZIMBABUE

Nº de trabajadores en 2014: 362 | Gasto: 13,6 millones € | MSF trabajó por primera vez en el país en 2000 | msf.org/zimbabwe



PRINCIPALES DATOS MÉDICOS:

6.000 pacientes con VIH en tratamiento de primera línea

1.400 pacientes con TB en tratamiento

Trasposos de programas

El proyecto en el distrito rural de Gokwe Norte descentralizó y mejoró la atención al VIH y la TB y a las víctimas de violencia sexual, a través de dos hospitales y 18 centros de salud; después de tres años de trabajo, 12 de estas estructuras médicas fueron acreditadas para iniciar el tratamiento antirretroviral, y otras seis para realizar el seguimiento de las terapias, y el programa en su conjunto se traspasó al Ministerio de Salud.

En Harare, MSF también apoyó al Ministerio en la descentralización de estos servicios a seis centros de salud; este equipo se centró en la mejora de la atención a niños con VIH y a los pacientes de VIH y TB con complicaciones. El proyecto se traspasó en octubre al Ministerio, que ya estaba preparado para asumirlo.

Y en Tsholotsho, donde MSF llevaba trabajando más de nueve años, el programa de VIH fue traspasado al Ministerio en noviembre, una vez cumplidos sus principales objetivos: ampliar la cobertura del tratamiento y reducir la transmisión del VIH y la morbilidad vinculadas a la enfermedad. En agosto, estaban en tratamiento 10.400 personas, el 85% de las que lo necesitaban en el distrito.



“Simplificad la forma de conseguir ARV. Estoy cansada de andar”. Antes de los grupos de pacientes, Bej Murevi caminaba 20 km todos los meses para recoger su medicación.

El acceso al tratamiento antirretroviral ha mejorado en los últimos años, pero algunos grupos vulnerables siguen teniendo problemas para recibirlo.

En especial, los niños con VIH no suelen recibir una atención adecuada a sus necesidades. El personal cualificado escasea, los centros de salud operan en horarios restringidos y están lejos de las comunidades, y la atención médica se paga y es cara. Médicos Sin Fronteras lleva años desarrollando, en colaboración con las autoridades sanitarias, un protocolo de atención integral basado en la descentralización del diagnóstico y el tratamiento, para acercarlos lo más posible a los hogares de los pacientes.

En Epworth (Harare), MSF se centró en el tratamiento del VIH y la TB en niños y adolescentes, así como en los pacientes de ambas enfermedades que han desarrollado resistencias. En 2014, 2.660 menores de 20 años se hicieron la prueba del VIH, y más de 200 empezaron a recibir antirretrovirales. El manejo rutinario de los pacientes de VIH y TB se traspasó al Ministerio de Salud, que llevaba más de un año trabajando en la capacitación de su personal.

Los programas de VIH y TB en Buhera, Gutu y Chikomba se centraron en la capacitación del personal y en el apoyo técnico y material a los centros de salud, para impulsar la implantación de las nuevas guías de la Organización Mundial de la Salud sobre seguimiento de la carga viral. El VIH ya se

diagnostica y se trata en todas las clínicas de los tres distritos, mediante modelos que evitan la sobrecarga de trabajo. Por ejemplo, en Gutu, en 2014 había 72 grupos de pacientes en tratamiento (477 personas en total), que se turnan para recoger los fármacos de todos en las clínicas; también se habilitaron servicios nocturnos de pruebas de VIH. Asimismo se lanzaron campañas de sensibilización dirigidas a los jóvenes o vinculadas a eventos deportivos.

MSF siguió colaborando en los análisis de carga viral en el hospital central de Harare. El mecanismo de financiación internacional UNITAID sufragó el coste de la máquina y de su funcionamiento. En 2014, el personal de MSF realizó 35.439 análisis.

En Nyanga, los programas de VIH y TB se descentralizaron a 18 de las 21 clínicas del distrito.

Atención psiquiátrica en las prisiones

MSF ofreció diagnóstico y tratamiento a los presos y presas con trastornos mentales de la cárcel de máxima seguridad de Chikurubi, en Harare. También impartió formaciones sobre salud mental al personal de 10 prisiones. Paralelamente, MSF siguió trabajando para asegurar que el Ministerio de Salud siga ofreciendo diagnóstico y tratamiento del VIH y la TB a la población penitenciaria.

Programa contra la violencia sexual

MSF mantuvo sus programas para víctimas de la violencia sexual, un problema crítico en Zimbabwe. La clínica especializada de MSF en Mbare (Harare) les ofreció atención médica gratuita, asistencia psicológica y una red de derivaciones para que estas personas puedan optar también a otro tipo de ayudas, psicológica, social o jurídica.

DATOS Y CIFRAS

Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional, independiente, de carácter privado y sin ánimo de lucro.

Está formada por 21 oficinas en Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Hong Kong, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Sudáfrica, Suecia y Suiza. MSF también cuenta con oficinas en Argentina, Irlanda y República Checa. La oficina internacional tiene su sede en Ginebra.

En su afán de eficiencia, MSF ha creado diez organizaciones satélite,

especializadas en diversas actividades, como el aprovisionamiento y envío de ayuda humanitaria, los estudios médicos y epidemiológicos o la investigación en acción humanitaria: son MSF Supply, MSF Logistique, Épicentre, la Fundación MSF, la Fundación MSF Bélgica, État d'Urgence Production, MSF Assistance, SCI MSF, SCI Sabin, la Fundación Ärzte Ohne Grenzen 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 datos describen las cuentas internacionales combinadas de MSF para 2014; se han calculado de acuerdo con las normas contables internacionales de MSF, que cumplen con la mayoría 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 2014* 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.

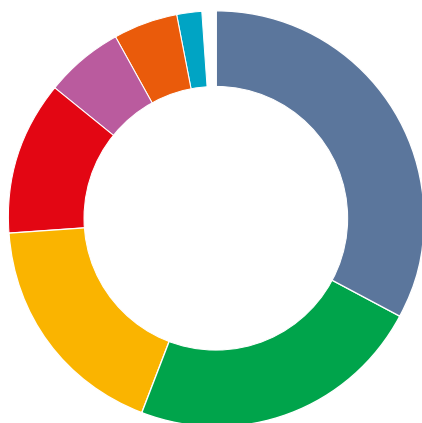
Las cifras aquí presentadas corresponden al ejercicio 2014. Todas las cantidades están expresadas en millones de euros.

Nota: las cifras de estas tablas se han redondeado, por lo que puede haber mínimas diferencias en las sumas totales.

¿DÓNDE GASTAMOS EL DINERO?

Gasto por partidas

Personal nacional	31%
Personal internacional	21%
Suministros médicos y nutricionales	18%
Transportes, fletes y almacenamiento	14%
Logística y saneamiento	7%
Gastos de funcionamiento	6%
Consultores y apoyo al terreno	2%
Formación y apoyo local	1%



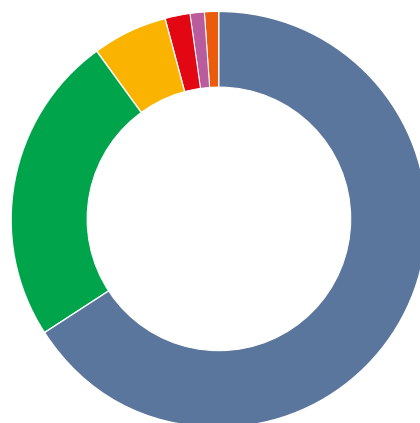
La mayor partida de gastos corresponde al personal contratado en el terreno: un 52% cubre todos los costes relativos al personal nacional e internacional (incluyendo billetes de avión, seguros, alojamiento, etc.).

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.

La partida de logística y saneamiento incluye materiales de construcción y equipamiento de los centros de salud, así como suministros logísticos y para actividades de agua y saneamiento.

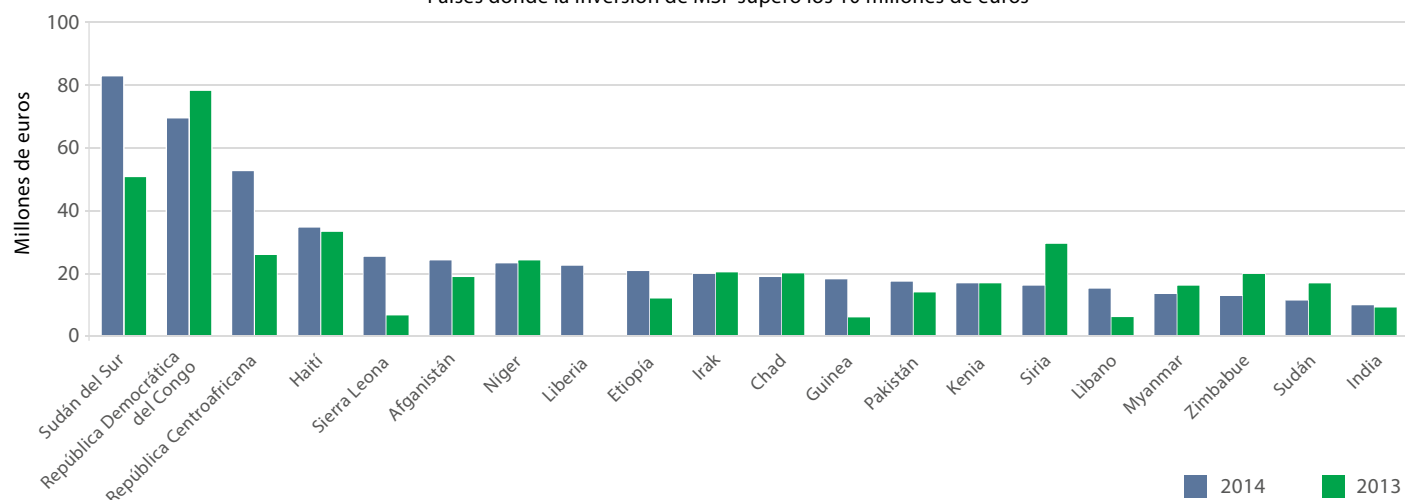
Gasto por continente

África	66%
Asia	24%
América	6%
Europa	2%
Oceanía	1%
No afectados	1%



PAÍSES CON MAYOR GASTO

Países donde la inversión de MSF superó los 10 millones de euros



ÁFRICA

Sudán del Sur	83,3
República Democrática del Congo	70,1
República Centroafricana	53,0
Sierra Leona	26,0
Níger	23,5
Liberia	23,0
Etiopía	21,3
Chad	19,5
Guinea	18,7
Kenia	17,4
Zimbabue	13,6
Sudán	11,8
Nigeria	9,8
Mali	9,5
Camerún	8,7
Suazilandia	8,4
Mozambique	7,8
Malawi	7,1
Sudáfrica	6,7
Uganda	6,0
Mauritania	4,4
Egipto	2,6
Costa de Marfil	2,3
Burundi	2,3
Libia	2,2
Otros países *	1,9

Total 462,2

ASIA
Y ORIENTE PRÓXIMO

Afganistán	24,8
Irak	20,4
Pakistán	17,8
Siria	16,6
Líbano	15,6
Myanmar	14,0
India	10,0
Yemen	9,9
Jordania	8,4
Filipinas	6,9
Uzbekistán	5,9
Territorios Palestinos Ocupados	4,3
Bangladesh	3,1
Camboya	2,3
Armenia	2,2
Kirguistán	2,1
Tayikistán	1,4
Otros países *	3,1

Total 168,7

AMÉRICA

Haití	35,2
Colombia	3,9
México	2,9
Honduras	1,2
Otros países *	0,5

Total 43,7

EUROPA

Ucrania	5,5
Rusia	4,9
Otros países *	2,1

Total 12,5

OCEANÍA

Papúa Nueva Guinea	5,3
--------------------	-----

Total 5,3

NO AFECTADOS

Actividades transversales	3,5
Otros	3,2

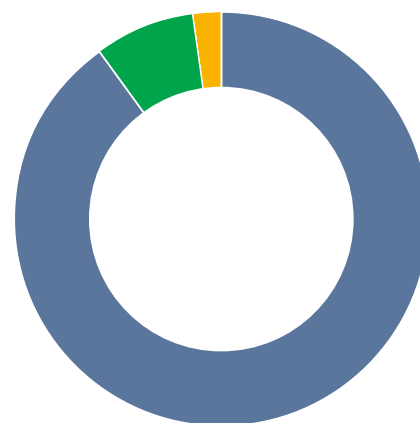
Total 6,6

Total de gastos en proyectos 669,1

* Bajo la categoría "otros países" quedan consignados todos los países en los que el gasto de MSF fue inferior a 1 millón de euros.

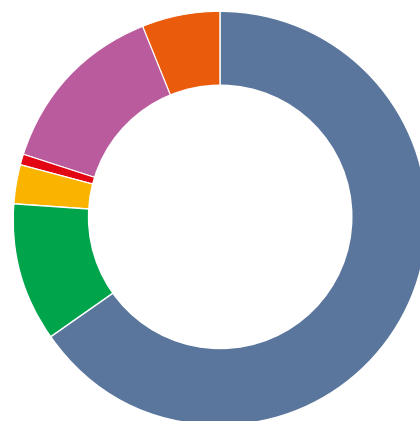
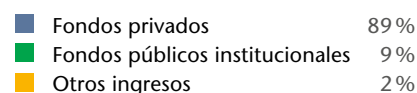
ORIGEN DE LOS INGRESOS

	2014		2013	
	Millones de €	Porcentaje	Millones de €	Porcentaje
Fondos privados	1.141,7	89%	899,7	89%
Fondos públicos institucionales	114,7	9%	93,0	9%
Otros	24,0	2%	15,9	2%
Ingresos	1.280,3	100%	1.008,5	100%



DESTINO DEL GASTO

	2014		2013	
	Millones de €	Porcentaje	Millones de €	Porcentaje
Proyectos (gasto directo)	699,1	66%	615,4	65%
Apoyo de sedes a proyectos	113,9	11%	108,8	11%
Testimonio y sensibilización	31,1	3%	30,2	3%
Otras actividades humanitarias	14,1	1%	9,3	1%
Total misión social	858,1	80%	763,7	80%
Captación de fondos	147,2	14%	131,6	14%
Administración	60,2	6%	57,1	6%
Impuesto de Sociedades	0,6	0%	0	0%
Otros gastos	207,9	20%	188,8	20%
Total gastos	1.066,1	100%	952,5	100%
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas	9,7		-7,9	
Superávit/déficit tras cambio de divisas	223,9		48,1	



BALANCE

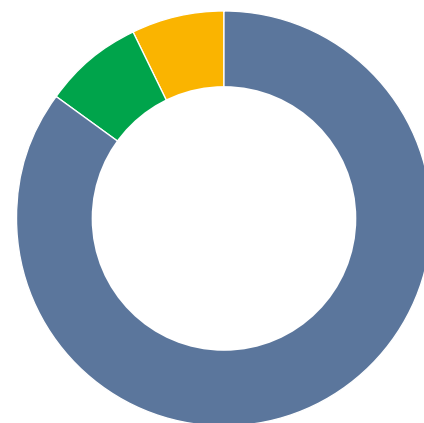
(situación financiera a final de año)

	2014		2013	
	Millones de €	Porcentaje	Millones de €	Porcentaje
Líquido y equivalentes	857,8	82%	616,3	81%
Otros activos corrientes	106,2	10%	87,3	11%
Activos a largo plazo	88,3	8%	61,7	8%
Total activos - Neto	1.052,3	100%	765,3	100%
Fondos afectados	3,2	0%	3,1	0%
Fondos no afectados	851,6	81%	627,7	83%
Otras reservas	24,5	2%	3,4	0%
Total reservas	879,3	83%	634,2	83%
Pasivos corrientes	173	16%	131,1	17%
Total pasivos y reservas	1.052,3	100%	765,3	100%

5,7
MILLONES
de socios y
colaboradores
privados

RECURSOS HUMANOS

	2014		2013	
	Salidas internacionales	Porcentaje	Salidas internacionales	Porcentaje
Médicos	1.836	26%	1.593	26%
Enfermeros y otro personal sanitario	2.298	32%	1.892	30%
No sanitarios	2.952	42%	2.714	44%
Total salidas internacionales (año completo)	7.086	100%	6.199	100%
	Número de trabajadores	Porcentaje	Número de trabajadores	Porcentaje
Personal nacional	31.052	85%	29.910	85%
Personal internacional	2.769	8%	2.629	8%
Personal en el terreno	33.821	93%	32.539	93%
Personal de sede	2.661	7%	2.493	7%
Personal total	36.482	100%	35.032	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 2014, el 89% de sus ingresos provino de fuentes privadas. Más de 5,7 millones de socios, colaboradores y fundaciones privadas en todo el mundo lo hicieron posible. Entre los donantes públicos institucionales que aportaron 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, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, República Checa, 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 (por ejemplo, costes de construcción y depreciación).

Gastos directos de proyectos

Incluyen los gastos realizados por los proyectos y misiones en el terreno, o desde las sedes en representación del terreno.

Misión social

Incluye todos los gastos relacionados con los proyectos en el terreno (costes directos), con el apoyo médico y operacional que estos reciben desde las sedes (costes indirectos), y con las actividades de testimonio y sensibilización. Los costes de la misión social representaron el 80% del total en 2014.

Otros gastos

Incluye los costes asociados a la captación de fondos y a la administración y gestión de la organización; comprende también el Impuesto de Sociedades.

Fondos afectados

Pueden ser fondos que los donantes requieren que sean invertidos o retenidos para su uso a largo plazo en lugar de gastados, o el nivel mínimo de reservas obligatorio que deben mantener 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 a ajustes procedentes de la traslación a euros de los balances financieros de las diferentes entidades. No se incluyen aquí los fondos afectados no gastados, que se consideran ganancias diferidas.

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 2014, la parte disponible (excluyendo los fondos afectados y el capital de base) representaba 9,8 meses de actividad. El propósito de las reservas es cubrir las siguientes necesidades: responder a las necesidades de fondos a lo largo del año (ya que los ingresos presentan picos estacionales, mientras que el nivel de gasto es relativamente sostenido); adelantar la financiación de programas que serán cubiertos más tarde por campañas de captación de fondos privados o por fondos públicos; poder intervenir de inmediato en grandes emergencias para las que no se capten fondos suficientes; garantizar la sostenibilidad de los proyectos a largo plazo (como los de tratamiento antirretroviral), o hacer frente a súbitas caídas en los ingresos de origen privado o público que no puedan compensarse a corto plazo mediante una reducción del gasto.

El Informe Financiero 2014 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, Unión Europea, Oriente Próximo)
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 04

Campaña de Acceso de MSF

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 de l'Arbre Bénit 46
1050 Bruselas | Bélgica
T +32 2 474 74 74 | F +32 2 474 75 75
www.msf.be o www.azg.be

Brasil Médecins Sans Frontières / Médicos Sem Fronteiras

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

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
København 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.medicisenzafrontiere.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
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

Lower Ground Floor | Chancery Exchange
10 Furnival Street | London EC4A 1AB
Reino Unido
T +44 20 7404 6600 | F +44 20 7404 4466
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk

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

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 11° C1009ABK
Buenos Aires | Argentina
T +54 11 5290 9991 | www.msf.org.ar

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

Cuauhtémoc #16 Terraza | Col. Doctores
CP 06720 | 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

SOBRE ESTA MEMORIA

Colaboradores

Halimatou Amadou, Corinne Baker, Talia Bouchouareb, Brigitte Breuillac, Andrea Bussotti, Giorgio Contessi, Silvia Fernández, Mathieu Fortoul, Diala Ghassan, Sarah-Eve Hammond, Solenn Honorine, Karem Issa, Aurélie Lachant, Vivian Lee, Johan Martens, Sally McMillan, Robin Meldrum, Isabelle Merny, Pau Miranda, Agus Morales, Susana Oñoro, Heather Pagano, Victoria Russell, Caitlin Ryan, Faith Schwieker-Miyandazi, Martin Searle, Alessandro Siclari, Shumpei Tachi, Clara Tarrero, Sam Taylor y Rony Zachariah.

Agradecimientos

Valérie Babize, Lali Cambra, Kate de Rivero, François Dumont, Marc Gastellu Etchegorry, Jean-Marc Jacobs, Nicole Johnston, Jérôme Oberreit y Emmanuel Tronc.

También queremos dar las gracias a todo el personal de MSF en el terreno y los departamentos de Operaciones y Comunicación, que han aportado y revisado el material utilizado en esta memoria.

Edición en inglés

Dirección editorial Sara Chare

Redacción Caroline Veldhuis

Dirección de fotografía Bruno De Cock

Edición Kristina Blagojevitch

Corrección Nicola Gibbs

Edición en francés

Edición Laure Bonnevie, Histoire de mots

Traducción Translate 4 U sarl (Alette Chaput, Emmanuel Pons)

Edición en castellano

Coordinación Lali Cambra

Traducción Nova Language Services

Edición Cecilia Furió

Edición en árabe

Coordinación Simon Staifo

Traducción Aziz Rami and Bruno Barmaki

Edición Simon Staifo

Diseño y producción

ACW, Londres, Reino Unido

www.acw.uk.com

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 de 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 24 asociaciones y una oficina internacional en Ginebra. Miles de profesionales sanitarios, logísticos y administrativos gestionan nuestros proyectos en 63 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

Una enfermera de MSF entra en la zona de alto riesgo del centro de tratamiento para pacientes con Ébola en Kailahun, Sierra Leona.

© Sylvain Cherkaoui/Cosmos

