



# MSF MEMORIA INTERNACIONAL 2008

## CARTA MAGNA DE MÉDICOS SIN FRONTERAS

**Médicos Sin Fronteras es una asociación privada con vocación internacional. La asociación reúne mayoritariamente a los miembros del cuerpo sanitario y está abierta a otros profesionales útiles a su misión.**

**Todos suscriben sobre el honor 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 de raza, religión, filosofía o política.**

**Al actuar en la más estricta neutralidad e imparcialidad, Médicos Sin Fronteras reivindica, en nombre de la ética médica universal y del derecho a la asistencia humanitaria, 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, así como de toda fuerza política, económica o religiosa.**

**Los voluntarios miden 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 de países en esta memoria describen el trabajo de MSF en todo el mundo entre enero y diciembre de 2008. Las cifras de personal representan el total de puestos a tiempo completo (*full-time equivalent*) por país en 2008. Los motivos de intervención clasifican los acontecimientos iniciales que desencadenan la respuesta médico-humanitaria de MSF según el Estudio internacional de *tipología de proyectos 2008*. Los resúmenes de actividades por países son representativos y por limitaciones de espacio, no siempre son exhaustivos.

# SUMARIO

## 2 | MSF EN EL MUNDO

## 4 | RESUMEN DEL AÑO

Kris Torgeson, secretaria general de MSF Internacional  
Dr. Christophe Fournier, presidente del Consejo Internacional de MSF

## 7 | RESUMEN DE OPERACIONES DE MSF

## 8 | LAS CRISIS MÁS OLVIDADAS DE 2008

### FOTORREPORTAJE

## 10 | Tres enfermedades mortales desatendidas

## 15 | GLOSARIO DE ENFERMEDADES

### PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO

## 17 | África

## 47 | Asia y el Cáucaso

## 65 | América

## 71 | Europa y Oriente Medio

### A DESTACAR

## 24 | Los retos de MSF en el este de Congo

## 79 | Nuevos retos humanitarios en Irak

## 84 | CIERRE DE PROYECTOS

## 86 | DATOS Y CIFRAS AUDITADOS

## 88 | CONTACTOS MSF



# MSF EN EL MUNDO

**MSF abre y cierra proyectos cada año, responde a crisis agudas, traspasa programas y sigue los cambios en las necesidades de los pacientes para adaptar sus actividades. Por todo ello, se pueden estar llevando a cabo varios proyectos a la vez en un mismo país.**





# Resumen del año

Kris Torgeson, Secretaria General de MSF Internacional  
Dr. Christophe Fournier, Presidente del Consejo Internacional de MSF



© Kris Torgeson

**El año 2008 fue un año de éxitos y también de frustraciones para MSF. Mientras los avances en el tratamiento de la desnutrición permitieron ayudar a más niños, los equipos que intentaban llegar a las víctimas de algunos de los conflictos más agudos del mundo tuvieron que enfrentarse a considerables obstáculos.**

En el transcurso del año, los trabajadores humanitarios de MSF realizaron 8,8 millones de consultas y 47.500 intervenciones quirúrgicas en más de 65 países. Trataron a más de un millón de personas con malaria y atendieron a más de 200.000 niños desnutridos.

Cuando la violencia postelectoral estalló en Kenia, un ciclón devastó el delta del Irrawady en Myanmar y una epidemia de cólera asoló Zimbabue, los equipos médicos ya presentes intervinieron de inmediato. En Kenia, MSF reforzó sus equipos con cirujanos, médicos, enfermeros y logistas adicionales para dar respuesta a la escalada de violencia. En Myanmar, los equipos prestaron apoyo médico y psicológico y proporcionaron abrigo y alimentos a los supervivientes del ciclón Nargis.

Durante meses, MSF fue una de las únicas organizaciones con acceso a todas las zonas afectadas por el cólera en Zimbabue y a principios de 2009 había tratado a 45.000 personas.

En la República Democrática del Congo (RDC), MSF prestó atención médica en zonas afectadas por los enfrentamientos en el este del país. En toda la región, los equipos atendieron a heridos de guerra, montaron centros de tratamiento de cólera y ofrecieron suministros esenciales como agua potable y artículos de primera necesidad para los desplazados y los residentes.

Estas emergencias fueron noticia en 2008, aunque por poco tiempo. Pero la mayoría de lo que los equipos de MSF consiguieron durante el año y –lo que es más preocu-

pante— lo que no pudieron hacer no fue noticia, y es difícil de resumir en pocas palabras.

Acceder a las víctimas de conflictos armados en países como Somalia, Irak, Pakistán, Sudán y los Territorios Palestinos supuso un duro reto todo el año, que se acrecentó con la inseguridad y las trabas administrativas, a veces intencionadas. MSF dependió enormemente del personal nacional para poder dar asistencia humanitaria independiente a los más necesitados en estas zonas.

En Somalia, el secuestro y posterior liberación de dos miembros del personal de MSF a primeros de año, más el brutal asesinato de tres compañeros en enero, obligaron a MSF a cerrar proyectos y a reevaluar la prestación de asistencia en un conflicto tan violento. El personal somalí de MSF siguió trabajando, atendiendo a 2.300 heridos de guerra y a 10.000 niños con desnutrición aguda en varios campos de desplazados. En Irak, MSF siguió prestando asistencia en la periferia del conflicto mediante programas de cirugía reconstructiva, y ofreciendo formación y suministros a hospitales del país.

Tras más de 20 años trabajando en Afganistán, MSF se vio obligada a abandonarlo en 2004 tras el cruel asesinato de cinco compañeros. En 2008, la organización empezó a considerar la posibilidad de volver para asistir a las personas afectadas por la creciente inseguridad. En el vecino Pakistán, donde 600.000 personas se habían refugiado huyendo de los enfrentamientos en la provincia de la Frontera Noroeste, los equipos de MSF organizaron un servicio de ambulancias para facilitar el acceso de los refugiados a la atención médica. Pero no todas las partes en conflicto supieron respetar la independencia de la ayuda humanitaria: a principios de 2009, MSF se vio obligada a suspender el servicio cuando dos de sus miembros que viajaban en una ambulancia debidamente identificada fueron abatidos.

En Sudán, la inseguridad y las trabas administrativas obstaculizaron la respuesta de MSF a las personas más necesitadas de Darfur y otras regiones. Por ejemplo, en agosto, tras una serie de ataques contra el personal de la organización, los equipos se vieron obligados a evacuar los proyectos de

Tawila, al norte de Darfur, donde se habían concentrado 35.000 desplazados, y de Shangil Tobaya, donde MSF atendía a otros 28.000. Dejar a tanta gente sin atención médica, aunque fuera temporalmente, fue extremadamente duro. Pero sin unas mínimas garantías de seguridad para el personal humanitario, MSF no tuvo otra opción que suspender sus actividades varias semanas. Con todo, en 2008 se realizaron 70.000 consultas en ambas zonas.

En diciembre de 2008, Israel lanzó la operación Plomo Fundido en la Franja de Gaza. Durante los bombardeos, MSF intentó sin éxito enviar equipos sanitarios adicionales debido a las restricciones israelíes. Sin embargo, los equipos presentes en Gaza pudieron dar apoyo a los hospitales desbordados por la cantidad de heridos. Cuando las fuerzas israelíes declararon el alto el fuego en enero de 2009, MSF pudo enviar a un equipo quirúrgico y 21 toneladas de suministros a la ciudad de Gaza. Las principales actividades fueron cirugía especializada, atención postoperatoria y fisioterapia.

Un objetivo clave en 2008 fue hallar nuevas formas de combatir la desnutrición y las enfermedades olvidadas. MSF hizo presión en varios frentes para que los estándares de la ayuda alimentaria internacional cubrieran adecuadamente las necesidades nutricionales de los niños más pequeños. En zonas donde la desnutrición es crónica, como el sureste asiático, el Sahel y el Cuerno de África, las familias no pueden pagar los alimentos básicos. La ayuda alimentaria internacional es principalmente a base de cereales y no incluye alimentos de origen animal, como la leche, que contienen nutrientes esenciales. En 2008, MSF se comprometió en su lucha contra la desnutrición infantil a través de una campaña internacional y de su acción directa en el terreno mediante el uso de productos nutricionales mejorados.

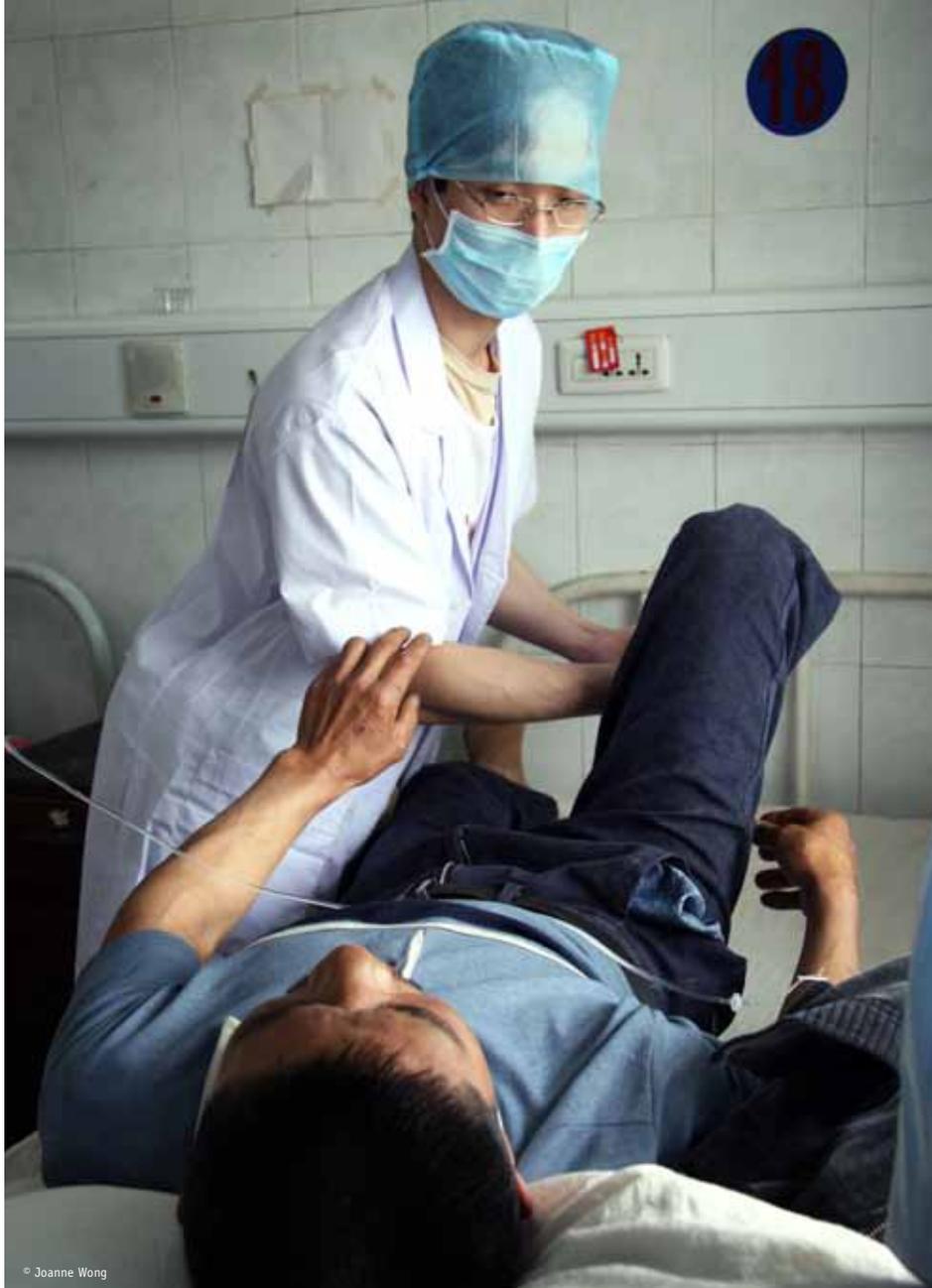
En Etiopía, entre mayo y agosto, MSF trató a más de 28.000 personas con desnutrición. En Níger, el trabajo de la organización se vio amenazado en julio, cuando las autoridades locales suspendieron los proyectos nutricionales en algunas regiones. Las autoridades querían reintegrar las actividades al sistema nacional de salud para evitar la acción independiente y las

campañas de sensibilización pública de MSF. Ante lo prematuro de esta decisión, teniendo en cuenta el número de niños afectados y tras dos meses de negociaciones, los equipos pudieron reiniciar parcialmente las actividades. En 2008, MSF trató a 97.600 niños desnutridos menores de 5 años.

En el sur de África, donde la coinfección de tuberculosis (TB) y VIH es endémica, MSF amplió el acceso a diagnóstico y tratamiento. El número de personas con TB se ha más que triplicado en los países con alta prevalencia de VIH. Se estima que en todo el mundo un tercio de las personas con VIH tienen TB, pero sólo un 1% recibe tratamiento. La mayoría no se hacen las pruebas de la TB, pero aunque lo hagan, el método de diagnóstico estándar tiene un siglo de antigüedad y no es efectivo en la mayoría de personas con VIH. Además, los actuales protocolos de tratamiento son difíciles de cumplir para las personas que se medican contra el VIH. MSF ha apelado reiteradamente a gobiernos y financiadores para que inviertan en la investigación y desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos para la TB, estimando que la inversión actual es por lo menos cuatro veces inferior a la necesaria para combatir el resurgimiento de esta enfermedad mortífera pero tratable.

El VIH también afecta a unos 1,9 millones de niños en todo el mundo, pero sólo unos 200.000 de los que necesitan tratamiento lo reciben, lo que significa que nueve de cada 10 niños carecen de acceso al mismo. En respuesta, MSF apeló a gobiernos y financiadores a que ampliaran el acceso a las pruebas existentes y aumentaran el uso de la versión pediátrica de una dosis fija combinada de medicamentos estándar. Se requiere un esfuerzo conjunto de los gobiernos y las agencias de ayuda. MSF seguirá ofreciendo tratamiento integral, incluida la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos.

MSF también sigue dando apoyo a la búsqueda de nuevos tratamientos para enfermedades olvidadas. En 2008 se dio un importante paso adelante con la mejora de las opciones de tratamiento para la enfermedad del sueño. La iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (*Drugs for Neglected Diseases initiative o DNDi*), junto con MSF y



© Joanne Wong

Épicentre, promovieron un tratamiento nuevo, menos tóxico y de más fácil administración llamado NECT (*Nifurtimox-Eflornithine Combination Therapy*) o terapia combinada nifurtimox-eflornitina). Este tratamiento, de 10 días de duración, tiene un interés especial para MSF, ya que la mayoría de las 50.000 personas que actualmente lo necesitan viven en zonas remotas e inestables.

Combatir la exclusión deliberada de la atención sanitaria que sufren muchas personas siguió siendo uno de los focos de atención del trabajo de MSF. Nuestros equipos en Europa, Oriente Medio y África prestaron asistencia médica a refugiados y migrantes en situación vulnerable. Las restrictivas políticas de entrada a Europa no han disuadido a quienes siguen

llegando en busca de refugio, protección o mejores condiciones de vida. En respuesta a sus necesidades médicas más urgentes, MSF gestiona programas en países como Malta, Italia y Grecia. En Suráfrica los equipos atendieron a migrantes mayoritariamente procedentes de Zimbabue. Ante la globalización de la migración y el desplazamiento, en 2008 MSF prestó este tipo de asistencia en 37 países.

En julio de 2008, MSF recibió con indignación el fallo del Tribunal Federal de Suiza por el caso de Arjan Erkel, ciudadano holandés y jefe de misión de MSF secuestrado en agosto de 2002 en el norte del Cáucaso, donde permaneció 20 meses cautivo. El juicio trataba del reembolso del rescate pagado por las autoridades holandesas para su liberación. Tras cuatro años

de procesos legales y dos sentencias anteriores a favor de MSF, el tribunal suizo falló parcialmente en favor del Gobierno holandés, dictaminando que el importe del rescate debía repartirse entre éste y MSF. Esto sienta un grave precedente para la acción humanitaria independiente. Al reducir las consecuencias del secuestro a una mera disputa comercial, como reclamaba el Gobierno holandés, la sentencia contribuye a que la impunidad de los crímenes contra trabajadores humanitarios se vea como algo habitual.

En 2009, MSF tendrá que seguir enfrentándose a todos los obstáculos que se oponen a la atención médica de emergencia independiente para socorrer a personas afectadas por conflictos o excluidas de la atención sanitaria. MSF seguirá buscando nuevas formas de tratar la desnutrición y las enfermedades infecciosas, asegurará que los recursos médicos utilizados sean efectivos y adaptados al terreno, y trabajará para ampliar la respuesta a catástrofes naturales. Algo que no sería posible sin el apoyo de 3,7 millones socios y colaboradores privados y el esfuerzo diario de miles de trabajadores de MSF en todo el mundo.

Gracias a todos.

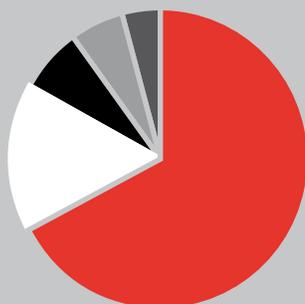
# RESUMEN DE OPERACIONES MSF 2008

## Mayores intervenciones por gastos de proyectos

- 1 República Democrática del Congo
- 2 Norte de Sudán
- 3 Somalia
- 4 Etiopía
- 5 Sur de Sudán
- 6 Níger
- 7 Chad
- 8 Myanmar
- 9 Kenia
- 10 Zimbabue
- 11 Haití
- 12 República Centroafricana

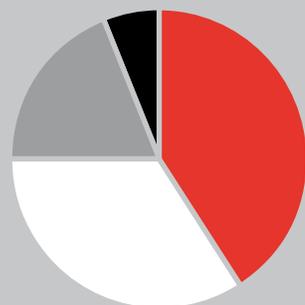
## Localización de proyectos

- África | 68%
- Asia | 16%
- América | 7%
- Europa | 6%
- Oriente Medio | 4%



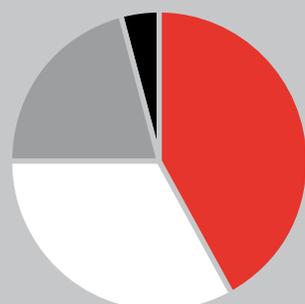
## Contextos de intervención

- Estable | 41%
- Conflicto armado | 34%
- Inestabilidad interna | 19%
- Posconflicto | 6%



## Motivos de intervención

- Conflicto armado | 42%
- Enfermedad endémica/epidémica | 33%
- Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria | 21%
- Catástrofe natural | 4%



## Principales actividades

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

ACTIVIDAD	DEFINICIÓN	TOTAL
Consultas externas	Número total de pacientes externos	8.814.813
Hospitalizaciones	Número total de pacientes ingresados	312.509
Malaria	Número total de casos confirmados tratados	1.178.679
CNT	Número de niños con desnutrición severa admitidos en centros de nutrición terapéutica (CNT) u hospitalizados	212.565
CNS	Número de niños con desnutrición moderada admitidos en centros de nutrición suplementaria (CNS)	119.353
Partos	Número total de mujeres que dieron a luz, incluidas cesáreas	101.858
Violencia sexual	Número total de casos de violencia sexual que recibieron tratamiento médico	15.145
Cirugía	Número total de intervenciones de cirugía mayor, incluida cirugía obstétrica con anestesia general o epidural	47.515
Violencia	Número total de intervenciones quirúrgicas y médicas por causa de violencia directa	48.871
VIH	Número total de pacientes VIH-positivos registrados a finales de 2008	227.591
ARV (primera línea)	Número total de pacientes en tratamiento antirretroviral (ARV) de primera línea a finales de 2008	130.214
ARV (segunda línea)	Número total de pacientes en tratamiento antirretroviral (ARV) de segunda línea a finales de 2008. Fracaso terapéutico del tratamiento de primera línea	1.761
PMTCT (madres)	Número de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron tratamiento para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos (PMTCT por sus siglas en inglés)	8.664
PMTCT (hijos)	Número de bebés elegibles nacidos en 2008 que recibieron tratamiento post-exposición al VIH	8.807
TB (primera línea)	Número total de nuevas admisiones para tratamiento de tuberculosis (TB) de primera línea en 2008	29.369
TB (segunda línea)	Número total de nuevas admisiones para tratamiento de tuberculosis (TB) de segunda línea en 2008	971
Salud mental (individual)	Número total de sesiones individuales de asesoramiento psicológico	126.831
Salud mental (grupo)	Número total de sesiones grupales de asesoramiento o de grupos de apoyo	22.173
Cólera	Número total de personas admitidas en centros de tratamiento de cólera o tratadas con solución de rehidratación oral	68.293
Sarampión (vacunación)	Número total de personas vacunadas de sarampión en respuesta a un brote	1.913.793
Sarampión (tratamiento)	Número total de personas tratadas de sarampión	32.652
Meningitis (vacunación)	Número total de personas vacunadas de meningitis en respuesta a un brote	706.787
Meningitis (tratamiento)	Número total de personas tratadas de meningitis	7.188

# LAS 10 CRISIS MÁS OLVIDADAS DE 2008

## 1. Empeora la situación humanitaria en Somalia

Los indicadores sanitarios de Somalia están entre los peores del mundo y su población carece de acceso a los servicios más básicos de salud. Se estima que una de cada 10 mujeres muere durante el parto y más de uno de cada cinco niños muere antes de cumplir los 5 años. En 2008, la violencia alcanzó los peores niveles de la última década. Desde que estallaron los combates en diciembre de 2006, un millón de somalíes han dejado sus hogares. Más de 250.000 habitantes de Mogadiscio malviven en las afueras de la capital.

Algunos pasan a Kenia, donde según el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), hay unos 200.000 somalíes en tres campos de refugiados. Otros se dirigen al norte y cruzan el golfo de Adén hacia Yemen. Más de 43.500 desplazados –la mayoría somalíes, aunque también etíopes– lo intentaron en 2008. Hacinados en pequeñas embarcaciones, muchos mueren asfixiados o ahogados durante la travesía.

También han aumentado los ataques contra trabajadores humanitarios. Algunos han sido secuestrados y otros, entre ellos tres miembros de MSF, han muerto asesinados. MSF y otras organizaciones de ayuda han tenido que retirar a sus equipos de Somalia y a reducir unas actividades más necesarias que nunca.

## 2. Las críticas carencias de salud de Myanmar siguen desatendidas

En mayo, el ciclón Nargis devastó el delta del Irrawaddy, dejando unos 130.000 muertos o desaparecidos. Los equipos de MSF llevaron ayuda de emergencia a las zonas más afectadas. Gran parte de la misma fue prestada por personal local derivado de otros programas de MSF en el país. Fuera del foco mediático, las necesidades crónicas de salud de Myanmar apenas se conocen. En 2007, el gasto público en sanidad era de 0,70 dólares americanos por persona, mientras que la ayuda humanitaria internacional ascendía a sólo tres dólares americanos por persona, la tasa más baja del mundo. El VIH/sida se cobró 25.000 vidas en 2007, pero menos del 20% de las 75.000 personas estimadas que necesitan antirretrovirales (ARV) en el país tienen acceso a tratamiento. MSF aporta en torno al 80% de los ARV gratuitos disponibles, una situación insostenible que obliga a los equipos a limitar la admisión de pacientes.

Las muertes por malaria, primera causa de muerte en Myanmar, representan más del 50% de las muertes por esta enfermedad en todo el sureste asiático. Cada año se diagnostican más de 80.000 casos de tuberculosis, y la forma multi-resistente a los medicamentos va en aumento. Se necesita urgentemente una mayor respuesta de las autoridades nacionales y las agencias para evitar a miles de personas vulnerables un sufrimiento y una muerte innecesarios.

## 3. La violencia y el colapso económico agravan la crisis sanitaria en Zimbabue

En 2008, la inflación en Zimbabue llegó a los 231 millones por cien. Con el aumento de la violencia política y las controvertidas elecciones de junio, nuevas restricciones limitaron aún más el trabajo de las organizaciones humanitarias.

Hay dos millones de personas con VIH en el país. La violencia y el colapso económico han obligado a muchas personas a interrumpir o abandonar el tratamiento antirretroviral, con posibles consecuencias graves para su salud. Algunos enfermos no pueden permitirse una alimentación adecuada o desplazarse a las clínicas para recibir tratamiento, otros temen salir de sus casas o se han visto obligados a huir.

Muchos zimbabuenses, entre ellos, un gran número de personal sanitario, han huido del país. Cerca de tres millones de personas han pasado a la vecina Suráfrica. Cada día, miles de personas cruzan el río Limpopo para llegar a la ciudad fronteriza de Musina, exponiéndose a los ataques de los salteadores de caminos. En la otra orilla, tienen que vivir fuera de la ley para evitar ser arrestados y deportados. Más de 100.000 personas huyeron en mayo de la violencia xenófoba en Suráfrica.

En agosto se produjo un gran brote de cólera en Harare, que muy pronto se propagó al resto del país. Se declaró una emergencia nacional, a la que MSF respondió tratando a más de 11.000 pacientes.

## 4. Civiles atrapados por los combates en el este de la República Democrática del Congo

Nuevos enfrentamientos entre grupos rebeldes y las Fuerzas Armadas congoleñas (FARDC) provocaron el desplazamiento de miles de personas de Kivu norte, sin apenas acceso a alimentos, agua,

cobijo ni atención sanitaria.

La insuficiente protección de las fuerzas de paz de la ONU en Congo (MONUC) resultó en el envío de un convoy armado de *ayuda humanitaria* a Rutshuru después de que los rebeldes se hicieran con el control de la ciudad, pero este tipo de acciones dificulta aún más la ayuda independiente, desdibujando la línea entre la acción militar y la humanitaria.

En el distrito de Haut-Uélé, unas 50.000 personas huyeron de sus hogares, cayendo presas de las incursiones transfronterizas de los rebeldes ugandeses del Lord's Resistance Army (LRA). Aquí, como en otras partes, los enfrentamientos imposibilitan el acceso de las organizaciones humanitarias a algunas zonas, mientras el hacinamiento, las malas condiciones de saneamiento y la falta de agua limpia en muchos campos de desplazados ponen en riesgo la salud de miles de personas.

## 5. Millones de niños desnutridos podrían recuperarse rápidamente con alimentos preparados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 178 millones de niños desnutridos en el mundo. Según UNICEF, la situación está empeorando en 16 países. Hasta cinco millones de niños menores de 5 años mueren por causas asociadas a la desnutrición cada año.

Para combatir el hambre se requieren alimentos en cantidades suficientes, pero para vencer la desnutrición, además deben tener una calidad nutricional específica. Decenas de millones de niños reciben ayuda de programas nutricionales, pero muchos no utilizan los alimentos adecuados. Las harinas enriquecidas de maíz o trigo más soja no bastan: los alimentos ricos en nutrientes, vitaminas y minerales son esenciales para el desarrollo saludable de bebés y niños.

Unos 20 millones de niños padecen desnutrición aguda severa, pero sólo un 7% recibe el tratamiento recomendado por la ONU a base de alimentos terapéuticos preparados. Estas pastas y galletas energéticas contienen la leche y los nutrientes que los niños necesitan para crecer y combatir las infecciones. Los niños con desnutrición severa pueden recuperarse rápidamente con este tratamiento en sus casas.

MSF ha tratado con éxito a más de 300.000 niños desnutridos en 22 países en los dos últimos años. Si se ampliara el uso de los alimentos preparados, los programas ambulatorios y comunitarios en todo el mundo podrían tratar a millones de niños más.

## 6. La población nómada, aislada y amenazada en la región somalí de Etiopía

La sequía ya ha destruido cosechas, reservas de alimentos, pastos y ganado en la región somalí de Etiopía, empeorando la situación de los pastores y la población nómada de esta zona. A ello se unen los combates entre grupos rebeldes y fuerzas gubernamentales, que afectan directamente a la población o la van dejando cada vez más aislada.

Los altos precios y las restricciones sobre la importación de mercancías han puesto los alimentos y otros artículos de primera necesidad fuera del alcance de la población. La restricción de movimientos en algunas zonas no sólo ha impedido el pastoreo sino que también ha cortado el acceso de MSF y otras agencias para evaluar la situación y dar respuesta. Las trabas administrativas impiden virtualmente prestar ayuda de emergencia.

El número de niños con desnutrición aguda severa ha aumentado significativamente en la región, y las malas condiciones de agua y saneamiento han contribuido a elevar los niveles de enfermedad. Al menos en una de las nueve zonas somalíes, MSF estima que el 75% de la población carece de acceso a atención sanitaria.

## 7. Los civiles pagan las consecuencias del conflicto en el noroeste de Pakistán

Los enfrentamientos entre las fuerzas gubernamentales y las milicias insurgentes en las zonas tribales y la provincia de la Frontera Noroeste de Pakistán fueron en aumento durante 2008. Los ataques de la aviación norteamericana en agosto no ayudaron a mejorar la situación de la población civil. En las zonas de Bajaur Agency, Swat y Mohmand miles de personas resultaron muertas o heridas por atentados suicidas, ataques aéreos y disparos. Miles más abandonaron sus hogares, muchas de ellas en dirección a Afganistán.

En octubre, nuevos combates provocaron la huida en pocos días de cientos de miles de personas a las regiones vecinas, donde buscaron refugio en casas particulares, mezquitas, escuelas y campos improvisados. La violencia obligó a cerrar las clínicas locales. En Kurram Agency, el miedo a los grupos insurgentes hizo que gran parte de la población se quedara en sus casas y sólo los pacientes más graves llegaban a los centros de salud. Las ambulancias de MSF, a veces los únicos vehículos que podían circular durante los toques

de queda, también fueron objeto de ataques. En octubre, la región oriental de Baluchistán, inmersa a su vez en otro conflicto desde hace más de 30 años, sufrió un terremoto de magnitud 6,4 que se saldó con un balance de 300 muertos y 40.000 personas sin hogar.

## 8. No se vislumbra el fin de la violencia y el sufrimiento en Sudán

Un tercio de la población de Darfur se ha visto obligada a desplazarse por la guerra civil. Aunque en 2008 había más de 80 organizaciones humanitarias presentes, el acceso a ciertas zonas era muy difícil. Los que llegaban corrían el riesgo de tener que retirarse debido a las líneas de frente cambiantes, los frágiles acuerdos, los ataques y las restricciones gubernamentales sobre los trabajadores humanitarios. Según Naciones Unidas, 11 perdieron la vida y 189 fueron secuestrados.

En febrero, los bombardeos, los helicópteros de ataque y las tropas de tierra volvieron al corredor norte del oeste de Darfur, dejando un rastro de aldeas calcinadas y unos 50.000 afectados. Tras un ataque cerca de Abyei, al sur de Kordofán, miles huyeron a campos en el norte del estado de Bahr el Ghazal y se estima que 10.000 se refugiaron en el monte. Nuevos combates en Abyei obligaron a otras 60.000 personas a desplazarse en mayo.

Se estima que 1,2 millones de personas regresaron al sur de Sudán tras 20 años de guerra civil, encontrándose sin infraestructuras y sin servicios básicos. La desnutrición es endémica, las tasas de mortalidad infantil son de las más altas del mundo y la tuberculosis, el kala azar, la meningitis, el sarampión, el cólera y la malaria hacen estragos. Aunque la violencia podría reavivarse en cualquier momento, hay menos agencias humanitarias en la zona, puesto que algunos financiadores importantes han desviado sus fondos a otros países.

## 9. Miles de iraquíes desatendidos no tienen a donde recurrir

Uno de los retos a los que se enfrentan las organizaciones humanitarias es llegar a la gente atrapada por conflictos armados. Desde 2003, los esfuerzos en Irak han chocado no sólo con las habituales trabas físicas y administrativas, sino con el uso de la acción humanitaria con fines políticos por parte de otros actores, convirtiendo

en blanco de ataques a los propios trabajadores humanitarios.

Según el ACNUR y el Consejo Noruego para los Refugiados, la guerra ha obligado a huir a cuatro millones de personas y 500.000 han quedado atrapadas en Irak. Los bombardeos y la violencia sectaria matan y causan heridas que requieren atención inmediata e intensiva, pero un sistema de salud descuidado durante años deja incluso sin atención primaria a miles de iraquíes. En los campos de desplazados, las enfermedades se propagan rápidamente y son caldo de cultivo de infecciones bacterianas resistentes a los medicamentos.

El Gobierno iraquí intenta mejorar los servicios de salud, pero mucho personal sanitario ha huido del país y hay grandes vacíos que llenar. MSF ofrece cirugía, formación, suministros, respuesta a emergencias, campañas educativas y apoyo psicológico, pero sólo puede llegar a una pequeña parte de los desatendidos.

## 10. Mejores pruebas y tratamientos, vitales para combatir la coinfección de VIH y tuberculosis

Cada año, la tuberculosis (TB) mata a 1,7 millones de personas. Es una de las principales causas de muerte en personas con VIH/sida, un tercio de las cuales (11 millones en todo el mundo) la tienen de forma latente. En 2006, menos de un 1% de las personas con VIH/sida se sometía a pruebas de TB. El diagnóstico es difícil. La prueba estándar, creada hace más de un siglo, no detecta la TB en la mayoría de personas VIH-positivas. Los cultivos rápidos dan mejores resultados, pero son demasiado complejos para los entornos donde vive la mayoría de pacientes.

El tratamiento está desfasado, es complicado y no se adapta a los problemas específicos de los pacientes coinfectados. Los antibióticos utilizados a veces provocan graves efectos secundarios y otras interfieren en el tratamiento del VIH. No se ha desarrollado ningún nuevo antituberculoso para uso a gran escala en décadas y la creciente incidencia de TB resistente a los medicamentos complica aún más las cosas.

Según el Treatment Action Group, la inversión en desarrollo de medicamentos, pruebas diagnósticas y vacunas para la TB en 2006 fue de unos 429 millones de dólares americanos: una suma irrisoria comparada con los 2.000 millones anuales que se precisan con urgencia para dar una oportunidad a miles de personas coinfectadas.

# Tres enfermedades mortales desatendidas

Hace 10 años, cuando nos concedieron el Premio Nobel de la Paz, el entonces presidente de MSF, James Orbinski, decía que más del 90% de todas las muertes y sufrimientos por enfermedades infecciosas se daba en los países en desarrollo porque “los medicamentos esenciales son demasiado caros o no están disponibles, porque no son viables económicamente o porque prácticamente no hay investigación y desarrollo para las enfermedades tropicales prioritarias”.



MSF dedicó el dinero del premio a sus programas de enfermedades olvidadas y lanzó la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales, que se convirtió en un eje fundamental de la labor de MSF, junto a su compromiso de mejorar la calidad de los tratamientos disponibles y asegurar el acceso de las comunidades más pobres a los mismos.

En estos años, la investigación y desarrollo (I+D) global para enfermedades olvidadas ha mejorado, pero las necesidades de las víctimas de las enfermedades más olvidadas siguen desatendidas. Tres de ellas, el kala azar, el Chagas y la enfermedad del sueño, amenazan la vida de más de 80 millones de personas cada año.

El kala azar (leishmaniasis visceral) suele afectar a comunidades pobres en regiones aisladas. Mortal si no se trata, esta enfermedad parasitaria es endémica en 88 países. El 90% de los casos son en Bangladesh, Brasil, India, Nepal y Sudán. Las resistencias a los medicamentos, la falta de acceso a los existentes, sus altos precios y el lento avance en I+D de nuevos fármacos dificultan el tratamiento.

La enfermedad de Chagas es endémica en casi toda Latinoamérica, donde afecta a entre 10 y 15 millones de personas, y se cobra unas 40.000 vidas cada año. Un 30% de los enfermos sufre daños irre-

versibles en el corazón, el sistema nervioso y el aparato digestivo que pueden ser mortales.

La enfermedad del sueño (tripanosomiasis humana africana) afecta a 36 países de África subsahariana, donde 60 millones de personas están en riesgo de contraerla. Casi erradicada en los años sesenta, resurgió en los noventa a causa de la guerra, los movimientos de población y el colapso de los sistemas de salud. Aunque el número de casos reportados ha bajado gracias a varias mejoras, muchos casos no se detectan y por tanto no se tratan en zonas aisladas de países endémicos.

Según una encuesta publicada por el George Institute for International Health, menos del 5% de la I+D mundial para enfermedades olvidadas se destina a las más olvidadas de todas, es decir, el kala azar, el Chagas y la enfermedad del sueño.

En 2008, MSF destinó 18 millones de euros a la *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi). MSF seguirá apoyando la investigación clínica y operacional a través de sus programas en el terreno, reclamando nuevas investigaciones para conseguir medicamentos más eficaces, y exigiendo a gobiernos, empresas e instituciones que actúen para que estas enfermedades reciban con urgencia la atención y los fondos que precisan.

© Francesco Zizola / Noor

© Juan Carlos Tomasi

## Kala azar en India



© Juan Carlos Tomasi

## Chagas en Bolivia



© Juan Carlos Tomasi

Muchos de los casos de kala azar en todo el mundo se concentran en el estado de Bihar, al noreste de India. El tratamiento más utilizado es el estibogluconato de sodio; sin embargo, las resistencias al medicamento van en aumento, especialmente en India, donde hasta un 65% de los pacientes las desarrollan. Desde 2007, MSF trata a pacientes de kala azar en el distrito de Vaishali (Bihar), con uno de los fármacos disponibles más seguros y efectivos: la anfotericina B liposomal. Los equipos de MSF han diagnosticado y tratado a más de 3.000 pacientes, con una tasa de curación del 98,4%. La tasa de mortalidad es del 0,7% y la incidencia de reacciones adversas es baja.

En base a su experiencia, MSF aboga en India para que la anfotericina B liposomal se incluya en el protocolo nacional de kala azar como tratamiento de primera línea o se utilice como uno de los principales medicamentos en terapias combinadas en los años venideros.

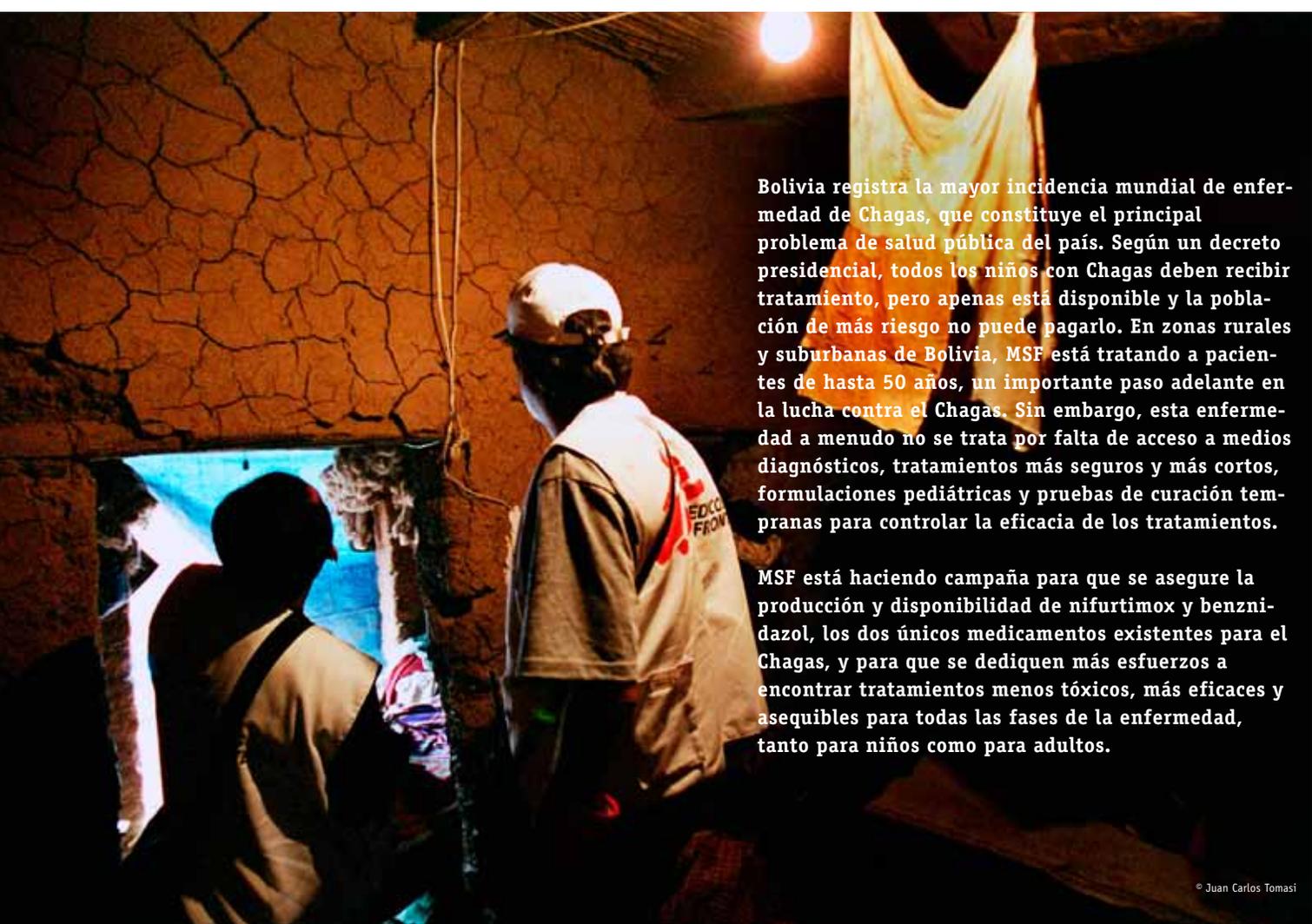


© Juan Carlos Tomasi

Bolivia registra la mayor incidencia mundial de enfermedad de Chagas, que constituye el principal problema de salud pública del país. Según un decreto presidencial, todos los niños con Chagas deben recibir tratamiento, pero apenas está disponible y la población de más riesgo no puede pagarlo. En zonas rurales y suburbanas de Bolivia, MSF está tratando a pacientes de hasta 50 años, un importante paso adelante en la lucha contra el Chagas. Sin embargo, esta enfermedad a menudo no se trata por falta de acceso a medios diagnósticos, tratamientos más seguros y más cortos, formulaciones pediátricas y pruebas de curación tempranas para controlar la eficacia de los tratamientos.

MSF está haciendo campaña para que se asegure la producción y disponibilidad de nifurtimox y benznidazol, los dos únicos medicamentos existentes para el Chagas, y para que se dediquen más esfuerzos a encontrar tratamientos menos tóxicos, más eficaces y asequibles para todas las fases de la enfermedad, tanto para niños como para adultos.

© Juan Carlos Tomasi



A photograph of a man standing in a dirt path that runs alongside a stream in a lush, green forest. The man is wearing a red shirt and blue shorts, and has a bag slung over his shoulder. The path is bordered by a concrete or stone wall on the left, which is partially covered with dry grass and twigs. The forest is dense with tall, thin trees and thick foliage, with sunlight filtering through the canopy.

## Enfermedad del sueño en la República Democrática del Congo

En Doruma, Andó y Bili, al noreste de la República Democrática del Congo, MSF ha tratado a más de 15.000 pacientes de enfermedad del sueño desde julio de 2007. La prevalencia de la enfermedad en la región es alta, superando el 10% en algunas aldeas. La noticia del trabajo de MSF se ha propagado con rapidez y la gente recorre hasta 150 kilómetros para ser atendida. En la segunda fase de la enfermedad se administra eflornitina, un tratamiento seguro pero complicado que requiere 56 perfusiones intravenosas en 14 días. En los últimos 20 años, MSF ha examinado a más de dos millones de personas para detectar la enfermedad y ha tratado a 48.000 en varios países del continente africano.

MSF, Épicentre y la DNDi han promovido un nuevo tratamiento para la enfermedad del sueño más fácil de administrar, basado en una combinación de eflornitina intravenosa y nifurtimox oral, lo que supone una importante mejora. Sin embargo, se precisan tratamientos más simples por vía oral.

# GLOSARIO DE ENFERMEDADES

## ENFERMEDAD DE CHAGAS

Descrita por primera vez por el médico brasileño Carlos Chagas, esta infección parasitaria es endémica en Latinoamérica, aunque con el aumento de los desplazamientos a nivel global, también se da en EEUU y Europa. Esta enfermedad potencialmente mortal daña el corazón y los sistemas nervioso y digestivo.

El parásito se transmite por la picadura de un insecto que vive en las grietas de las casas de adobe y paja, frecuentes en zonas rurales y barrios pobres de Latinoamérica. Las personas infectadas pueden no presentar síntomas durante años, pero alrededor de un 30% desarrollará patologías crónicas que pueden causar daños irreversibles en el corazón, el esófago y el colon. El fallo cardíaco es la causa de muerte más frecuente entre los adultos con Chagas.

El tratamiento debe administrarse en la fase temprana de la infección. Hasta la fecha, ha sido efectivo sólo en el estadio asintomático y agudo de la enfermedad en niños. Para diagnosticar el Chagas, hay que hacer dos o tres análisis de sangre y existen pocos medicamentos para tratarlo; los actuales son bastante tóxicos y el tratamiento dura dos o tres meses. Aparte de tratar los síntomas, no existe tratamiento etiológico para los adultos en fase crónica.

Los programas de Chagas de MSF en Bolivia se centran en actividades de educación, prevención, detección de casos y tratamiento en niños, aunque también se empiezan a tratar adultos.

**MSF trató a más de 2.000 personas con Chagas en 2008.**

## CÓLERA

El cólera es una infección gastrointestinal aguda, causada por la bacteria *Vibrio cholerae*, que se transmite a través de agua o alimentos contaminados. La infección puede propagarse rápidamente y provocar grandes brotes repentinos.

La mayoría de gente sólo sufrirá una infección leve, pero el cólera puede llegar a causar diarrea acuosa profusa y vómitos que provocan deshidratación severa. La muerte puede llegar

si no se restituyen de forma inmediata los fluidos y sales perdidos, mediante una solución de rehidratación administrada por vía oral o intravenosa.

MSF ha desarrollado kits de tratamiento de cólera para dar asistencia rápida y monta centros de tratamiento en zonas donde se producen brotes. Las medidas de control y prevención incluyen el suministro de agua potable segura y rigurosas prácticas de higiene.

**MSF trató a más de 68.000 personas con cólera en 2008.**

## VIH/SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite a través de la sangre y los fluidos corporales, debilita gradualmente el sistema inmunológico en un plazo de 3 a 10 años y puede provocar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida. Cuando el sistema inmunológico se degenera, aparecen infecciones oportunistas, como candidiasis o neumonía, y varios tipos de tumores. Algunas infecciones pueden tratarse, pero otras son una seria amenaza para la vida; la que más muertes provoca es la tuberculosis.

Muchas personas viven años sin síntomas y no saben que están infectadas con el VIH, cuando un simple análisis de sangre puede confirmarlo. Las combinaciones de medicamentos anti-retrovirales ayudan a combatir el virus y permiten vivir más años de forma más saludable, sin una rápida degradación del sistema inmunológico. Tomar la medicación en una sola píldora (dosis fijas combinadas) simplifica el tratamiento. Los programas integrales de VIH/sida de MSF incluyen actividades educativas y de sensibilización sobre la transmisión del virus, distribución de condones, pruebas del VIH con asesoramiento pre y postest, tratamiento y prevención de infecciones oportunistas, y terapia antirretroviral para pacientes en estadios clínicos avanzados de la enfermedad.

**MSF atendió a más de 227.000 personas con VIH/sida y trató a más de 130.000 con antirretrovirales en 2008.**

## TRIPANOSOMIASIS HUMANA AFRICANA (ENFERMEDAD DEL SUEÑO)

Esta infección parasitaria transmitida por la mosca tsé-tsé es originaria de África subsahariana. Más del 90% de los casos los causa el parásito *Trypanosoma brucei gambiense*, que ataca el sistema nervioso central, causando graves trastornos y hasta la muerte si no se trata.

En la primera fase de la enfermedad, los afectados presentan síntomas como fiebre y debilidad. Esta fase es de difícil diagnóstico, pero el tratamiento es relativamente fácil. La segunda fase se inicia cuando el parásito invade el sistema nervioso central. La persona infectada empieza a mostrar síntomas neurológicos o psiquiátricos, como mala coordinación, confusión y trastornos del sueño.

Un diagnóstico preciso de la segunda fase puede requerir una punción lumbar para tomar muestras de líquido cefalorraquídeo y el tratamiento consiste en dolorosas inyecciones diarias. El medicamento más utilizado para la tripanosomiasis, el melarsoprol, fue desarrollado en 1949 y tiene muchos efectos secundarios. Derivado del arsénico, es muy tóxico y no es efectivo en un 30% de los casos en algunas zonas de África, acabando con la vida de un 5% de los pacientes. El tratamiento alternativo, la eflornitina, se administra por vía intravenosa y requiere un complicado programa de tratamiento, pero es más seguro y MSF lo utiliza en sus proyectos.

En 2009, la Organización Mundial de la Salud ha añadido a su lista de medicamentos esenciales la nueva terapia nifurtimox-eflornitina (NECT por sus siglas en inglés), en base a la solicitud presentada por la iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (*Drugs for Neglected Diseases initiative* o DNDi) con el apoyo de Épicentre y MSF. Algunos estudios han demostrado que la administración conjunta de nifurtimox oral y eflornitina intravenosa, es la mejor opción de tratamiento para las personas en estadios avanzados de la enfermedad del sueño, porque es más segura que el melarsoprol y más fácil de administrar que la eflornitina.

**MSF atendió a más de 1.900 pacientes de enfermedad del sueño en 2008.**

## LEISHMANIASIS (KALA AZAR)

Prácticamente desconocida en el mundo desarrollado, la leishmaniasis es una enfermedad tropical parasitaria causada por una de las más de 20 variedades de *Leishmania* y transmitida a través de la picadura de la mosca de la arena. La forma más grave también se conoce como kala azar, que en hindi significa fiebre negra. Más de un 90% de los casos se dan en Bangladesh, Brasil, India, Nepal y Sudán. Sin tratamiento, esta forma de leishmaniasis es mortal en casi todos los casos.

El kala azar ataca el sistema inmunológico, causando fiebre, pérdida de peso, anemia y dilatación del bazo. Las pruebas diagnósticas existentes son invasivas o potencialmente peligrosas, y requieren servicios de laboratorio y especialistas que no suelen encontrarse en entornos con recursos limitados. El tratamiento consiste en dolorosas inyecciones diarias durante 30 días. El medicamento más utilizado, el estibogluconato de sodio, fue desarrollado en los años treinta, es bastante caro y a veces provoca reacciones tóxicas.

La coinfección de leishmaniasis y VIH se está convirtiendo en una amenaza, puesto que ambas enfermedades atacan y debilitan el sistema inmunológico. Una de las enfermedades hace a la persona afectada menos resistente a la otra y el tratamiento pierde efectividad.

**MSF trató a más de 4.400 personas con kala azar en 2008.**

## MALARIA

Causada por cuatro especies de parásitos *Plasmodium*, la malaria o paludismo se transmite por la picadura de mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre, dolores articulares, cefaleas, vómitos repetidos, convulsiones y coma. La malaria causada por el *Plasmodium falciparum*, si no se trata, puede ser mortal.

El paludismo suele diagnosticarse por sus síntomas clínicos, como fiebre y cefaleas. Aproximadamente la mitad de las personas con fiebre que se tratan de malaria en África, en realidad, pueden no estar infectadas. Se puede hacer un diagnóstico preciso con un recuento de parásitos al microscopio o mediante pruebas rápidas. Ambos métodos son utilizados por MSF en sus proyectos.

La cloroquina fue en su día el tratamiento ideal para la malaria *P. falciparum* por su precio, eficacia y escasos efectos secundarios; sin embargo, sus efectividad ha disminuido en las últimas décadas. Las investigaciones de MSF en el terreno han ayudado a probar que la terapia combinada con artemisinina (TCA) es actualmente la más efectiva contra este tipo de malaria. MSF ha exhortado a los gobiernos de África a que incluyan la TCA en sus protocolos. Aunque muchos gobiernos oficialmente lo han hecho, en muchos casos, el tratamiento todavía no está disponible.

**MSF trató a más de 1,17 millones de personas con malaria en 2008.**

## MENINGITIS

La meningitis meningocócica, causada por la bacteria *Neisseria meningitidis*, es una infección contagiosa y potencialmente mortal de las meninges, unas finas membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. La gente puede contraer la infección y ser portadora sin presentar síntomas, transmitiendo la bacteria a otros a través de secreciones de la garganta o respiratorias, al toser o estornudar. La infección puede causar intensos y repentinos dolores de cabeza, fiebre, vómitos, fotosensibilidad y rigidez de nuca. La muerte puede llegar a las pocas horas de la aparición de los síntomas.

Sin tratamiento adecuado, la meningitis bacteriana acaba con la vida de la mitad de las personas infectadas. Se diagnostica mediante análisis del líquido cefalorraquídeo y se trata con varios antibióticos. Incluso administrando el tratamiento adecuado, de un 5 a un 10% de las personas con meningitis morirá y uno de cada cinco supervivientes puede sufrir secuelas que van desde pérdida de audición a problemas de aprendizaje.

La meningitis aparece esporádicamente en todo el mundo, pero la mayoría de casos y de muertes se da en África, en una franja que va de este a oeste, desde Senegal a Etiopía, conocida como el Cinturón de la Meningitis y en la que se producen regularmente brotes de la enfermedad. La vacunación es la forma comúnmente reconocida de proteger a la gente de la enfermedad.

**MSF trató a más de 7.100 personas y vacunó a otras 706.000 de meningitis en 2008.**

## TUBERCULOSIS

Una tercera parte de la población mundial está actualmente infectada con bacilos de la tuberculosis (TB). Cada año, nueve millones de personas desarrollan la forma activa de la enfermedad y cerca de dos millones mueren por su causa. Un 95% de estas personas vive en países pobres.

Esta contagiosa enfermedad afecta a los pulmones y se propaga a través del aire, al toser o estornudar. No todas las personas infectadas enfermarán, pero un 10% desarrollará la TB activa en algún momento de su vida. Los síntomas incluyen tos persistente, pérdida de peso, dolor pectoral y falta de aliento. La TB es una infección oportunista frecuente y la primera causa de muerte en personas con VIH/sida.

Los medicamentos para tratar la TB fueron desarrollados en la década de los cincuenta y el tratamiento de la forma no complicada de la enfermedad dura seis meses. Un manejo deficiente del tratamiento y una mala adherencia al mismo han provocado la aparición de nuevas cepas de bacilos que son resistentes a uno o más de los medicamentos existentes. La TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés) es una forma muy grave de la enfermedad, en la que los pacientes son resistentes a los dos antibióticos de primera línea más potentes. La MDR-TB no es imposible de curar, pero el tratamiento tiene muchos efectos secundarios y dura dos años. Una cepa más reciente, la TB extremadamente resistente a los medicamentos (XDR-TB por sus siglas en inglés), presenta resistencias a los antibióticos de segunda línea, además de a los de primera (MDR-TB), complicando todavía más el tratamiento.

**MSF trató a más de 29.000 personas con TB, incluidas 971 con MDR-TB, en 2008.**

# MSF en el mundo África



# PAÍSES

- 18 | BURKINA FASO
- 19 | BURUNDI
- 20 | CAMERÚN
- 21 | REPÚBLICA CENTROAFRICANA
- 22 | CHAD
- 23 | REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO
- 25 | ETIOPÍA
- 26 | GUINEA-CONAKRY
- 27 | GUINEA-BISSAU
- 28 | KENIA
- 28 | LESOTO
- 30 | LIBERIA
- 31 | MALAUI
- 32 | MALÍ
- 32 | MARRUECOS
- 34 | MOZAMBIQUE
- 35 | NÍGER
- 36 | NIGERIA
- 37 | SIERRA LEONA
- 38 | SOMALIA
- 39 | SURÁFRICA
- 40 | SUDÁN
- 43 | SUAZILANDIA
- 44 | UGANDA
- 45 | ZAMBIA
- 46 | ZIMBABUE

# BURKINA FASO

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/  
Exclusión de la atención sanitaria **PERSONAL EN EL TERRENO** 471

**MSF está descentralizando la atención a personas con VIH/sida en dos distritos de la capital, Uagadugu, y creando más puntos de asistencia. Como explica François Giddey, jefe de misión de MSF, “la redistribución de tareas y el hecho de permitir que profesionales sanitarios formados realicen labores clínicas cuando los médicos escasean ha permitido la descentralización de los servicios en varias estructuras de atención primaria. Dentro de las estructuras secundarias de salud, esta misma estrategia permite repartir la carga de trabajo entre el personal sanitario, ayudando a superar el problema de la escasez de médicos. La atención descentralizada facilita el acceso a tratamiento a más gente”.**

En septiembre de 2008, MSF estaba tratando a 4.275 pacientes. De ellos, 3.410 (incluidos 126 niños) habían iniciado la terapia antirretroviral. De promedio, se admiten 100 nuevos casos al mes.

## Asistencia a chicas de la calle y a sus hijos

MSF ha prestado atención sanitaria a chicas que viven en las calles de Uagadugu y a sus hijos desde 2005. Estas chicas son particularmente vulnerables porque suelen vivir separadas de sus familias, son menores con muy poca educación y nadie las protege. Para sobrevivir, muchas de ellas se dedican a la prostitución; corren riesgos físicos y psicológicos, y a menudo son víctimas de la explotación sexual, el estigma y la discriminación. Por su situación de marginalidad, no tienen acceso a los servicios de salud, pero aunque así fuera, éstos no podrían atender sus necesidades específicas.

En 2008, MSF realizó más de 2.500 consultas a chicas de la calle, 500 de ellas de atención psicológica, y atendió a unos 160 niños. Las principales actividades fueron tratamiento de infecciones de transmisión sexual, atención reproductiva, obstétrica y prenatal, atención a víctimas de violencia sexual y apoyo psicológico.

En diciembre MSF traspasó su programa a la ONG local Keoogo, que trabaja con niños de la calle en Burkina Faso hace unos años. Keoogo da continuidad al programa y más adelante lo ampliará con nuevos servicios.

## Desnutrición aguda y malaria en el norte del país

MSF trata a niños desnutridos en Yako y Titao, dos distritos del norte de Burkina Faso, donde

la desnutrición es endémica. Durante el periodo de escasez entre cosechas, las reservas de alimentos se agotan y los niños menores de 5 años carecen de los nutrientes básicos que necesitan para crecer.

MSF proporciona alimentos preparados ricos en nutrientes a las familias para tratar a sus hijos desnutridos en casa, de modo que sólo los casos complicados deben ser hospitalizados. En septiembre, durante el pico del periodo de escasez, MSF admitió a una media de 600 niños desnutridos por semana en sus clínicas.

“Nos centramos en los niños menores de 5 años, que son los más vulnerables a la desnutrición”, afirma Jean-Luc Anglade, responsable del programa en Burkina Faso. “La desnutrición infantil es una causa latente que provoca la muerte de muchos niños y no obstante merece muy poca atención pública. Los más pequeños necesitan cantidades adecuadas de macro y micronutrientes en su dieta”.

Desde que se inició el programa en septiembre de 2007, más de 23.440 niños han sido atendidos por MSF, de los que un 88% se ha recuperado por completo.

Durante el pico anual de malaria que se da en el país a finales de año, entre un 65 y un 70% de los niños admitidos en los programas nutricionales están infectados. MSF ha tratado con antipalúdicos a más de 10.700 niños en su área de intervención, incluidos niños no desnutridos.

*MSF trabaja en Burkina Faso desde 1995.*



# BURUNDI



© Benedicte Kurzen

## Un servicio 24 horas de ambulancias de MSF refiere casos urgentes de una docena de centros de salud a su centro de 35 camas en Kabezi.

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 101**

**En abril, dos años después del acuerdo de paz que debía poner fin a más de 10 años de conflicto en Burundi, los rebeldes de las Fuerzas Nacionales de Liberación (FNL) lanzaron una ofensiva contra la capital, Bujumbura, despertando nuevos temores de guerra. En junio, el Gobierno y los rebeldes firmaron un alto el fuego.**

Los largos años de guerra han dejado un sistema de salud muy deteriorado y los equipos de MSF en el país controlan constantemente potenciales emergencias, como epidemias y crisis nutricionales.

### Atención de salud materna

En junio, MSF abrió un nuevo centro de urgencias obstétricas en Kabezi, en la provincia de Bujumbura Rural, con una población de unos 565.000 habitantes. Cada mes, este centro

ofrece atención médica y quirúrgica (cesáreas) a una media de 100 mujeres que presentan complicaciones en el embarazo o el parto y que no pueden ser atendidas en centros de salud.

“En un 15 o un 20% de los partos surgen complicaciones”, explica el Dr. Pablo Nuozzi, coordinador del proyecto. “La madre debe tener acceso a un quirófano y a transfusión de sangre si surge una urgencia y si, en última

instancia, hay que practicarle una cesárea. En este sentido, la atención médica de MSF es crucial porque las urgencias obstétricas suponen un peligro para la vida de madres y bebés, y pueden tener secuelas graves como esterilidad y fistulas vesico-vaginales”.

A través de un servicio 24 horas de ambulancias, MSF refiere casos urgentes de una docena de centros de salud a su centro de 35 camas en Kabezi.

Con este proyecto, MSF quiere poner en evidencia la magnitud de la mortalidad materno-infantil en Burundi y la importancia de una atención médica accesible y gratuita en este campo. Un decreto presidencial de 2006 garantiza la atención gratuita a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años. Sin embargo, este acceso gratuito sigue siendo hipotético para la población de Bujumbura Rural, debido al mal estado de las carreteras y a la falta de personal especializado, materiales y medicamentos.

### Víctimas de violencia sexual

Aunque los días de conflicto abierto quedaron atrás, la violencia sexual sigue siendo motivo de preocupación en Burundi. En 2008, el centro Seruka de MSF (*seruka* significa “salir de la oscuridad” en kirundi, la lengua nacional) prestó atención médica y psicológica a una media mensual de 130 víctimas de violencia sexual en la provincia de Bujumbura Mairie. Desde su apertura en 2003, han pasado más de 7.000 víctimas por el centro. El equipo de Seruka ha visto crecer el número de pacientes jóvenes. En 2008, un 60% de las víctimas todavía no había cumplido los 19 años; y la mitad eran menores de 12. La estadísticas muestran claramente que una gran proporción de agresores son civiles conocidos por la víctima.

El centro Seruka sigue siendo una excepción en Burundi. Para las víctimas de violencia sexual es difícil encontrar la atención que necesitan, aunque la violación se considere una urgencia médica.

En 2008 el personal médico local creó la Iniciativa Seruka para Víctimas de Violaciones, con el objetivo de asumir todas las actividades del centro en 2009.

*MSF trabaja en Burundi desde 1992.*

# CAMERÚN

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria

**PERSONAL EN EL TERRENO** 170

**MSF sigue trabajando en el tratamiento de la úlcera de Buruli, una enfermedad que, aunque es tratable, se encuentra entre las más olvidadas del mundo. La úlcera de Buruli es una infección bacteriana relacionada con la tuberculosis y la lepra. La infección destruye el tejido cutáneo y óseo, pudiendo causar importantes deformidades si no se trata, por ejemplo, con fisioterapia.**

El servicio de Buruli de MSF en el hospital de Akonolinga, provincia Central de Camerún, ofrece atención integral y gratuita a pacientes

afectados por esta enfermedad. Más de 700 personas han sido tratadas desde el inicio del proyecto, la mayoría procedentes del distrito de Akonolinga, pero otros vienen de otras regiones.

En 2008, se hicieron muchos cambios en la provisión de asistencia. El tratamiento y la atención se descentralizaron, y un tipo diferente de curas permitió que los pacientes de zonas alejadas recibieran tratamiento sin tener que ser hospitalizados. Con todo, cada mes ingresó una media de 54 pacientes en Akonolinga y la tasa de ocupación de camas fue del 77%.

MSF tiene cada vez más experiencia en el tratamiento de la úlcera de Buruli. Esto le permite ofrecer una atención de mayor calidad adaptada a las necesidades de los pacientes. La organización también quiere llamar la atención de investigadores y financiadores sobre esta problemática, que afecta no sólo a

países africanos como Camerún y Costa de Marfil, sino también a Australia.

La creación de un programa nacional para el tratamiento del VIH/sida en 2008, financiado por el Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, permitió a MSF cerrar el proyecto PRETIVI en Duala, la segunda ciudad más grande de Camerún. Desde su apertura en 2003, el proyecto ofreció atención integral de VIH/sida y tratamiento antirretroviral gratuito a los pacientes de la ciudad.

MSF también cerró sus proyectos de ayuda humanitaria a refugiados de la República Centroafricana en Baturi, al este del país.

*MSF trabaja en Camerún desde 2000.*



# REPÚBLICA CENTROAFRICANA



**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 1.188

**Desde finales de 2005, los enfrentamientos entre el Gobierno y varios grupos rebeldes han provocado desplazamientos a gran escala en la República Centroafricana (RCA). Muchas aldeas han sido saqueadas y quemadas, obligando a sus habitantes a huir. La mayoría han buscado refugio en el monte o con familias de acogida en las ciudades, lejos de sus hogares destruidos.**

A pesar del aumento de la ayuda internacional en 2008, gran parte de la población sigue viviendo expuesta a los elementos, con un miedo constante a nuevos ataques y sin acceso a atención sanitaria ni a agua limpia. La gente apenas encuentra qué comer y es particularmente vulnerable a la malaria, a infecciones respiratorias y a enfermedades diarreicas.

## Atención a víctimas del conflicto

MSF se ha centrado en prestar asistencia médica a poblaciones afectadas por el conflicto a través de una red de clínicas móviles, hospitales y centros de salud del noroeste en Kabo, Batangafo, Markounda, Paoua, Bocaranaga, Boguila, y en las zonas de Birao y Gordal, al noreste del país. Se realizaron más de 385.000 consultas externas y más de 14.800 pacientes fueron hospitalizados. Las principales patologías tratadas son malaria, tuberculosis, VIH/sida, enfermedad del sueño y desnutrición.

## Salud materno-infantil

RCA tiene una tasa de mortalidad materno-infantil muy elevada. En 2008, MSF realizó 30.000 consultas prenatales y atendió más de 5.000 partos. Los equipos también prestan servicios de salud mental a comunidades que viven bajo la amenaza constante del desplazamiento y la violencia, y dan apoyo a centros de salud en zonas remotas a través de formación, donación de suministros médicos y sistemas de referencia para pacientes que necesitan ser hospitalizados. Sin embargo, el apoyo a centros de salud de la periferia ha tenido que limitarse debido a la tensa situación de seguridad, que a menudo restringe los movimientos de los equipos.

*MSF trabaja en la República Centroafricana desde 1997.*

## IN MEMORIAM

El 10 de marzo se interrumpieron todos los movimientos por carretera de MSF, tras la muerte de Mariam Atim, madre de un paciente. Mariam fue alcanzada por una bala mientras acompañaba a su hijo en un vehículo de la organización perfectamente identificado en la región de Vakaga. MSF condenó públicamente el asesinato. Los movimientos y las referencias urgentes quedaron restringidos el resto del año.

**“Cada vez vemos a más pacientes cuyo estado de salud ha empeorado tras haber huido a refugiarse en el monte. Los niños llegan con malaria, infecciones respiratorias, diarrea y conjuntivitis; y los adultos con otro tipo de afecciones”.**

**Stéphane Hauser, coordinador de MSF, Batangafo**

# CHAD

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica**  
 • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**  
 PERSONAL EN EL TERRENO 1.155

**Los diversos enfrentamientos armados que marcaron la primera mitad de 2008 en Chad auguraban un futuro turbulento. El resto del año no fue tan tenso como se creía en un principio, pero la situación del país siguió siendo inestable e insegura, afectando a la población y obstaculizando el trabajo humanitario.**

## Violencia y desplazamiento

Los combates entre las fuerzas del Gobierno y los rebeldes, la anarquía, y el bandillaje suponen que, para muchos chadianos, la exposición a la violencia forme parte de su vida cotidiana. El conflicto armado alcanzó su punto álgido con el ataque en febrero a la capital, Yamena. Un equipo quirúrgico de MSF dio apoyo al hospital Bon Samaritain de la ciudad, donde atendió a 126 heridos y practicó 80 operaciones. En abril y junio, se ofreció asistencia de emergencia a víctimas de los enfrentamientos en Ade y Gozbeida.

Sólo en el este de Chad, se estima que 185.000 desplazados internos y 250.000 refugiados del vecino Darfur todavía viven en campos. A corto plazo, las perspectivas de que puedan volver a sus casas son nulas.

MSF prestó atención médica básica a la población en los campos de refugiados de Iridimi y Touloum, en el hospital de Iriba y en el centro de salud de Tine, con más de 71.000 consultas, 140 intervenciones quirúrgicas y más de 1.000 partos atendidos. En los campos de refugiados

de Arkoum, Farchana y Breijing, se realizaron más de 44.300 consultas médicas y nutricionales. A medida que la situación se iba normalizando, MSF fue traspasando sus proyectos de Farchana, Arkoum y Breijing en junio de 2008, y los de Iridimi y Touloum en 2009.

En Adre, Guerreda y Abéché, a pesar de las sucesivas intervenciones de MSF, la atención sanitaria a los desplazados chadianos y los refugiados sudaneses todavía es insuficiente. En 2008, los equipos se centraron en la atención de salud materno-infantil y en el tratamiento quirúrgico de fistulas obstétricas. MSF siguió dispensando asistencia en las estructuras de salud de Adre, con casi 2.400 personas hospitalizadas. En los centros de salud del distrito de Guerreda y en Birak, donde a principios de año llegaron unos 10.000 nuevos refugiados sudaneses, se realizaron más de 56.000 consultas externas.

Más al sur, en Gozbeida, Kerfi y Ade, MSF ofreció atención sanitaria a 80.000 desplazados y residentes. Las clínicas móviles de Kerfi y Ade empezaron a ofrecer servicios hospitalarios a principios de 2008. Los equipos realizaron más de 81.800 consultas y trataron a 1.700 personas desnutridas. La situación en el campo de Gassire, en Gozbeida, se ha estabilizado y MSF prevé traspasar la clínica del campo a sus contrapartes en 2009.

En Dogdoré, una aldea remota en uno de los distritos más afectados por el conflicto interno, MSF presta asistencia médica a una

población de 27.000 desplazados y 3.000 residentes desde julio de 2006. En 2008, se realizaron 25.000 consultas de salud primaria, 1.000 hospitalizaciones y 600 niños con desnutrición severa fueron admitidos en el centro nutricional de MSF. Además, se hicieron 3.000 controles prenatales y se atendieron 350 partos. No obstante, repetidos incidentes de seguridad obligaron a MSF a reducir sus equipos y evacuar al personal internacional de sus proyectos en octubre. El personal local se hizo cargo de varios servicios básicos de salud hasta que el equipo internacional empezó a regresar a principios de 2009.

## Apoys en el suroeste del país

MSF sigue dando apoyo al hospital de distrito de Goré para dar cobertura de salud secundaria a unos 30.000 refugiados de la República Centroafricana y a 137.000 residentes de este distrito del suroeste del país. En 2008, el equipo realizó 20.000 consultas, 4.300 ingresos hospitalarios y 1.000 intervenciones quirúrgicas.

Tras la llegada de unos 5.000 refugiados centroafricanos a la zona, MSF lanzó una intervención de emergencia de mayo a octubre. El equipo suministró agua, prestó atención médica, realizó consultas prenatales y llevó a cabo una vacunación preventiva de sarampión a niños menores de 5 años. Los pacientes que requerían atención secundaria eran referidos al hospital público más cercano.

MSF dejó Bongor en diciembre de 2008, después de 25 años de trabajo en el hospital de la ciudad, que fue traspasado al Ministerio de Salud. Sólo en 2008, dicho centro atendió 154.000 casos de malaria, 5.815 consultas médicas, 1.440 partos y 850 intervenciones quirúrgicas.

Durante el año, MSF también respondió a brotes epidémicos en todo el país. Tras un brote de sarampión, los equipos vacunaron a más de 11.000 niños en Goré y a unos 15.000 en Adre. La población de Abéché también fue inmunizada a principios de 2009.

*MSF trabaja en Chad desde 1981.*



# REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Conflicto armado** • **Enfermedad endémica/epidémica** • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria** PERSONAL EN EL TERRENO 2.465

Para la población del este y el noreste de la República Democrática del Congo, 2008 fue un año funesto. En enero, un acuerdo de paz firmado en Goma entre el Ejército congoleño y varios grupos armados abrió una puerta a la esperanza para la gente de Kivu Norte y Kivu Sur. Sin embargo, enfrentamientos esporádicos durante todo el año llevaron a una guerra declarada a finales de agosto. Cientos de miles de civiles huyeron de la violencia y la mayoría de organizaciones de ayuda suspendieron sus actividades.

El trabajo de MSF fue aumentando gradualmente en las provincias Kivu Norte y Kivu Sur. En la ciudad de Rutshuru, unos 70 kilómetros al norte de Goma, el equipo siguió trabajando en el hospital durante los combates más intensos. Se practicaron más de 3.700 intervenciones quirúrgicas en 2008, de las cuales un 19% fueron a heridos de bala a causa del conflicto.

MSF abrió un programa en Kabizo para combatir una epidemia de sarampión y atender a los desplazados que acababan de llegar a la zona. En Nyanzale, el equipo tuvo que ser evacuado varias veces por motivos de seguridad en los últimos cuatro meses del año. En abril, un equipo empezó a trabajar en un hospital de Mweso y otro ya estaba trabajando en el hospital de Kitchanga, al noroeste de Goma. Entre ambos, realizaron más de 550 operaciones de cirugía mayor, 120 de ellas relacionadas con la guerra. En la ciudad de Masisi, unos 80 kilómetros al noroeste de Goma, MSF admitió a más de 500 pacientes al mes en el hospital.

Más al sur, MSF trabajó en los hospitales de Kirotshe y Minova, en Kivu Norte, y en el de Kalonge, en Kivu Sur. En Minova, el equipo había realizado 34.000 consultas cuando el proyecto cerró en diciembre. En Kalonge, MSF prestó servicios hospitalarios, quirúrgicos, de maternidad y nutricionales, con más de 4.000 pacientes atendidos a finales de año.

En contextos inseguros que cambian constantemente, organizar clínicas móviles, evaluar nuevas zonas y trasladar rápidamente a los



**En contextos inseguros y cambiantes, organizar clínicas móviles, evaluar nuevas zonas y trasladar rápidamente a los equipos son aspectos clave para dar una respuesta efectiva.**

equipos son aspectos clave para dar una respuesta efectiva. MSF gestionó clínicas móviles y dio apoyo a centros de salud en aldeas y campos de Rutshuru, Nyanzale, Kabizo, Kayna, Mweso, Kitchanga, Pinga, Masisi, Kirotshe, Kalonge y Minova. Los equipos también realizaron trabajos de agua y saneamiento en lugares como Kitchanga, donde había más de 70.000 desplazados en varios campos.

Más de 6.700 víctimas de violencia sexual recibieron atención médica especializada y asesoramiento en varios programas de ambos Kivus en 2008. Sólo en la zona de Nyanzale, los equipos atendieron a más de 3.500 personas, 1.450 de ellas en Kitchanga y Mweso.

En agosto, los intensos combates causaron interrupciones de la ayuda humanitaria. Las condiciones de higiene se deterioraron y el acceso a agua limpia se redujo, lo que aumentó el número de casos de cólera entre los desplazados. MSF trató a más de 2.280 pacientes de cólera en Rutshuru y Buturande. En Kivu Norte, los equipos también trataron a

niños desnutridos en varias estructuras de salud y vacunaron de sarampión a más de 215.000.

En Kivu Sur, el ya débil sistema de salud llegó al límite de sus capacidades con la llegada de grandes grupos de refugiados congoleños retornados de campos en Tanzania y Burundi. En Baraka, región de Fizi, MSF siguió prestando apoyo al hospital y a un centro de tratamiento de cólera. En Minova, el equipo trató a más de 800 pacientes tras un brote de cólera.

Al noreste de la República Democrática del Congo (RDC), los largos años de conflicto en el distrito de Ituri habían finalizado en 2005. Sin embargo, nuevos enfrentamientos entre milicias y Ejército obligaron a unos 100.000 civiles a huir de sus casas. Los equipos de MSF trabajaron en el hospital de Gety y organizaron clínicas móviles en Songolo y Soke, atendiendo a unos 50.000 desplazados y refiriendo a 11.500 pacientes y 26.000 niños menores de 5 años al hospital Bon Marché de Bunia, la capital de Ituri. En septiembre de 2008, los rebeldes ugandeses

del Ejército de Resistencia del Señor (*Lord's Resistance Army* o LRA) cometieron actos de violencia extrema contra la población del distrito de Haut-Uélé. Cientos de hombres, mujeres y niños fueron asesinados y muchos jóvenes fueron obligados a enrolarse en las filas del LRA. A finales de año, había más de 100.000 personas desplazadas, desprotegidas y a merced de sus agresores. En diciembre, los ejércitos regulares de RDC, Uganda y Sudán lanzaron una ofensiva conjunta contra los rebeldes.

Los equipos de MSF llevaron clínicas móviles a varios emplazamientos en torno a la ciudad de Dungu y a Doruma, Bangadi y Faradje, pero las actividades se vieron obstaculizadas por la extrema inseguridad reinante. Los equipos únicamente podían desplazarse en avión a las zonas más lejanas, donde podían permanecer muy poco tiempo. A pesar de la inseguridad y los problemas logísticos, pudieron atender a 21.600 personas y tratar a más de 680 pacientes de enfermedad del sueño en Haut-Uélé.

En Opienge, distrito de Tshopo, MSF atendió a 5.500 víctimas de los enfrentamientos entre el Ejército y las milicias locales. En zonas estables de RDC, las necesidades

sanitarias siguen siendo enormes y los equipos respondieron a varias emergencias médicas. En diciembre, se produjo un brote epidémico de Ébola, una fiebre hemorrágica mortal, en el centro del país. MSF pudo aislar y atender todos los posibles casos y consiguió controlar el brote.

Durante los primeros meses del año, los equipos respondieron a brotes de cólera en las ciudades de Lubumbashi, Likasi y Kolwesi, al sureste del país. Más al norte, en la región de Tanganyika, varios equipos vacunaron de sarampión a medio millón de niños de entre 6 meses y 15 años en verano.

Aunque el conflicto en Katanga terminó en 2006, la situación médica sigue siendo precaria. MSF trabaja en tres hospitales y 13 centros de salud en Shamwana, Dubie y Pweto. Entre los principales servicios, se cuentan los de salud materna, urgencias obstétricas y salud mental. El proyecto del hospital de Kilwa fue traspasado en junio.

MSF siguió tratando a pacientes con VIH/sida en Kinshasa, la capital, así como en Bukavu y Bunia, al este del país. En diciembre de 2008, MSF traspasó el proyecto de Bukavu a otra

organización y las autoridades locales. Dos clínicas de MSF en la ciudad de Kisangani, al norte del país, trataron a una media mensual de 5.000 pacientes con infecciones de transmisión sexual y más de 120 pacientes cada mes fueron hospitalizados en el hospital de MSF en Lubutu, provincia de Maniema.

MSF trabaja en RDC desde 1987.

### WWW.ESTADO-CRITICO.ORG

**En 2008, MSF creó una página web para contar las historias de la gente del este de Congo que vive en medio de los enfrentamientos. La página se actualiza regularmente con nuevos relatos de testigos directos, noticias, fotos y vídeos.**

**Miles de personas viven huyendo de una guerra que asola las provincias de Kivu Norte y Kivu Sur, y el norte de la provincia Oriental. Con esta web, MSF ha querido dar voz a las víctimas del conflicto para dar a conocer, con sus propias palabras, la situación desesperada en la que viven.**

## Los retos de MSF en el este de Congo

La decisión de intervenir en el este de Congo implica entender una situación compleja y cambiante. El conflicto tiene sus raíces en el acceso a la tierra, las disputas por el poder y el sentimiento de propiedad y derecho a la tierra por parte de algunos grupos que perciben a otros como forasteros. Estos problemas se agravan con la recesión económica, la precariedad social y la desintegración de la autoridad estatal. Estas realidades, palpables en la opinión pública local, sólo debían ser canalizadas por líderes políticos o grupos armados para que el este de Congo ardiera en llamas.

Las dos guerras del Congo en 1996-1997 y en 1998-2002, tras el genocidio de Ruanda, las iniciaron varios ejércitos (principalmente los de Ruanda, Uganda y Burundi) por intereses políticos y económicos. Pero éstos no hubieran encontrado aliados congoleños si no hubieran sabido cómo congregarse a ciertas poblaciones en torno a ciertas desavenencias locales. De la misma forma, el poder en Kinshasa, apoyado por políticos locales, utilizó esos mismos antagonismos para movilizar a otras poblaciones hacia los grupos de resistencia armada. No es de extrañar pues que los acuerdos de paz de 2002 no condujeran a ella.

Es en este contexto que MSF trabaja para ayudar a los más necesitados. Aquí es esencial no suponer que la situación en el área de Nyanzale es parecida a la de Lubero, Bunia o Baraka. Los problemas

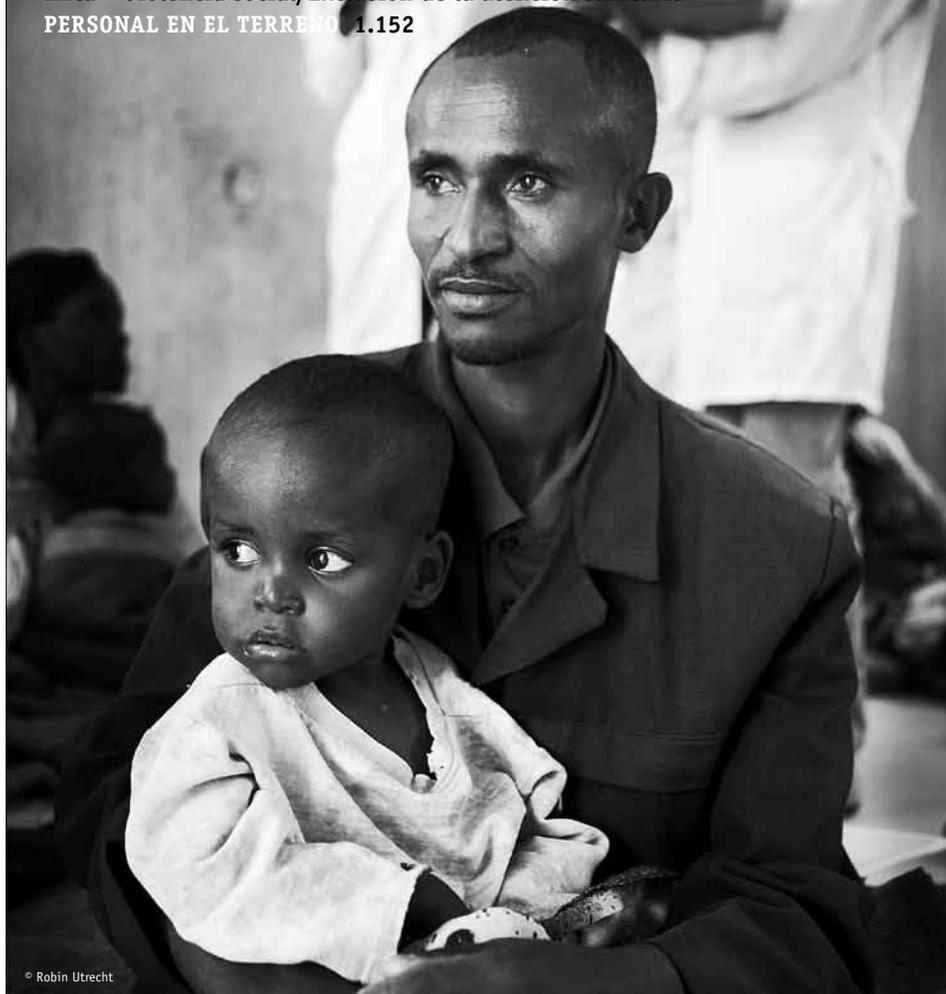
son complejos y diversos. Grupos armados aliados en una zona podrían declararse la guerra en otra; movimientos rebeldes podrían colaborar con el ejército nacional aquí y combatirlo allá. MSF debe entender estos parámetros e identificar fuentes de información fiables así como a los líderes de las fuerzas o milicias armadas con poder de influencia. Sin embargo, el ejército congoleño está en declive. Los desertores son muchos y a sus filas se incorporan cada vez más bandidos de todas clases. La extorsión por parte de soldados del ejército, milicianos de grupos rebeldes y otros hombres armados se ha convertido en el pan de cada día.

Los asaltos, las violaciones recurrentes y los asesinatos quedan casi siempre impunes porque al Estado apenas le queda autoridad. El sistema judicial y el ejército no funcionan. Tanta impunidad sólo hace que aumentar el nivel de inseguridad. En el este de Congo, coger las armas por intereses personales, para zanjar rivalidades locales o para escapar de las intolerables condiciones de vida se ha convertido en el *modus vivendi* de una minoría. La gran mayoría vive huyendo, durmiendo al raso, pasando hambre y frío, recibiendo balazos y, con demasiada frecuencia, muere sin que se haya escuchado su voz.

Romain Gitenet, jefe de misión,  
República Democrática del Congo

# ETIOPÍA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria  
PERSONAL EN EL TERRENO 1.152



© Robin Utrecht

**Una crisis nutricional devastó varias regiones del sur de Etiopía a lo largo de 2008. La combinación de varios factores, como las sequías y la espectacular subida de precios de los alimentos, dejó a cientos de miles de personas sin comida, luchando por su supervivencia. Varios equipos de MSF respondieron inmediatamente a la emergencia.**

Al principio, los equipos sólo podían atender los casos de desnutrición severa y se centraron en los niños por ser el grupo de mayor riesgo. A mediados de julio, se abrieron programas para niños con desnutrición moderada y sus familias. En septiembre, más de 700 personas trabajaban en los programas nutricionales de MSF. Al final de la intervención de emergencia, los equipos habían tratado a más de 34.800 personas con desnutrición severa y a más de 37.600 con desnutrición moderada. Otro programa nutricional para población vulnerable había proporcionado alimentos a 14.000 niños en riesgo de desnutrición. En febrero y marzo también se había organizado una

campana de vacunación de sarampión en la región de Oromia, en la que unos 93.000 niños fueron inmunizados.

Aunque la crisis nutricional asoló mayoritariamente las regiones del sur, hubo otras zonas afectadas. En agosto se puso en marcha una intervención nutricional en la región de Afar, al noreste del país. En septiembre, los equipos de MSF reportaron un deterioro de la situación humanitaria en los alrededores de la ciudad de Wardher, en la conflictiva región somalí de Etiopía. Miles de personas habían tenido que abandonar sus aldeas y se concentraban en las afueras de la ciudad en busca de agua y ali-

mentos. MSF prestó atención médica a los desplazados y los habitantes de Wardher en su clínica de la ciudad. Sin embargo, fue imposible enviar clínicas móviles a otras zonas por la inseguridad reinante.

Los proyectos de Cherrati y Degahbur, también en la región somalí, seguían en funcionamiento. El de Cherrati, tras realizar más de 18.500 consultas de salud primaria y haber tratado a casi 700 personas de tuberculosis, se traspasó en diciembre a las autoridades de salud locales. En Degahbur, MSF trabaja en un hospital donde también ofrece atención ambulatoria. En 2008, el equipo realizó más de 7.300 consultas externas y más de 6.000 personas recibieron asistencia nutricional.

El proyecto de Fiiq, en la región de Ogadén, tuvo que cerrar en julio por las trabas administrativas y la inseguridad, que impedían a los equipos prestar atención médica a la población de la ciudad y sus alrededores. Aunque se habían firmado varios acuerdos con las autoridades federales, el personal internacional de MSF no recibió los permisos de trabajo necesarios y sólo pudo trabajar durante cortos periodos de tiempo.

En Humera, región de Tigray, y en Abdurafi, región de Amhara, al norte de Etiopía, MSF siguió prestando atención médica y abogando por sus pacientes de kala azar (leishmaniasis visceral). Esta infección parasitaria es mortal si no se trata, pero con el tratamiento adecuado, más del 90% de los casos primarios pueden curarse.

En la clínica de Abdurafi, MSF también prestó asistencia a personas con VIH/sida, incluidos los pacientes coinfectados con kala azar y tuberculosis. En 2008, casi 500 personas recibieron alimentos terapéuticos y más de 360 niños menores de 5 años fueron tratados por desnutrición. El servicio de urgencias de la clínica atendió a más de 670 personas, entre ellas, casos graves de malaria y de meningitis.

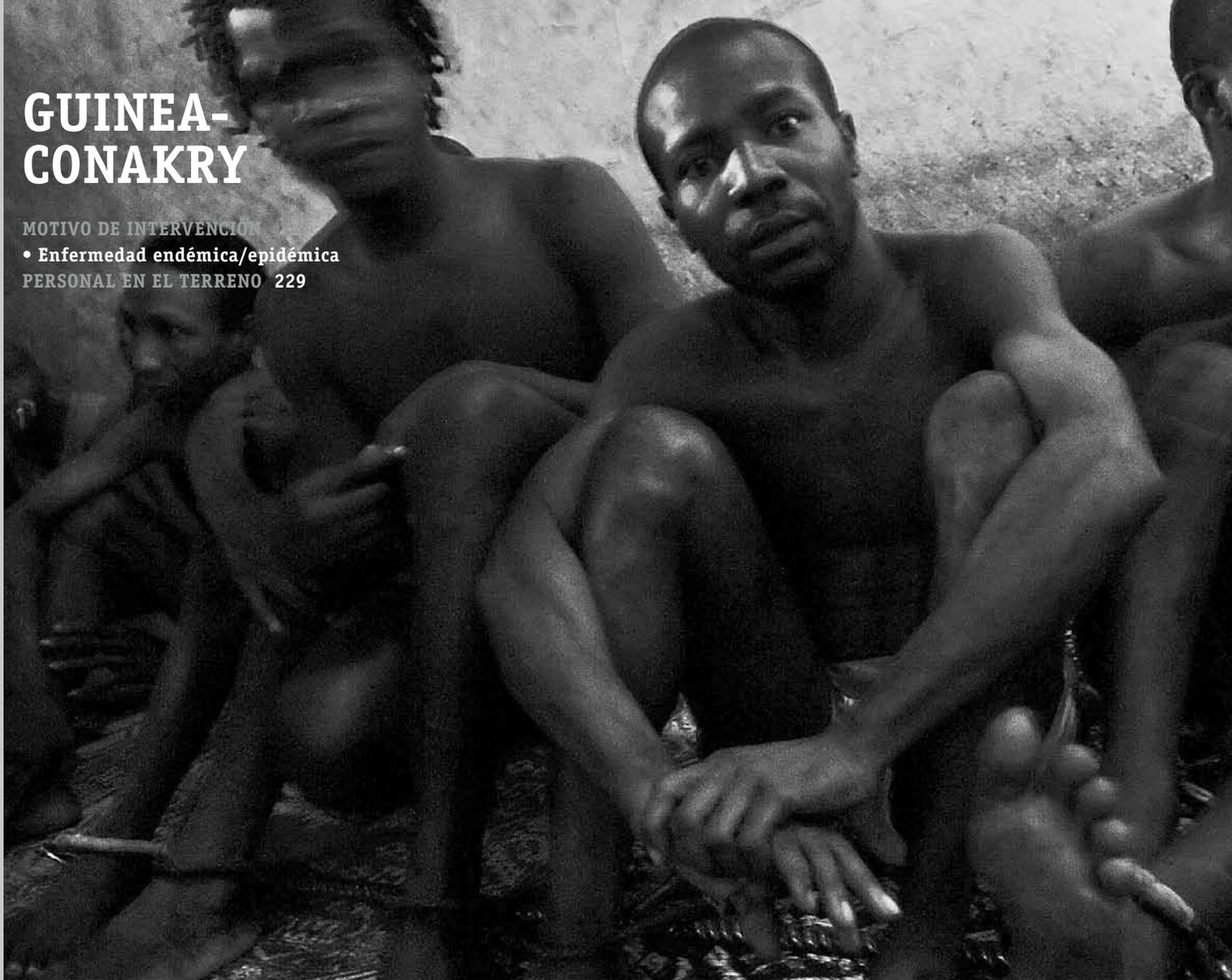
*MSF trabaja en Etiopía desde 1984.*

# GUINEA- CONAKRY

MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• Enfermedad endémica/epidémica

PERSONAL EN EL TERRENO 229



**MSF siguió llevando a cabo programas de VIH/sida en la ciudad de Guéckédou, al este de la región de Guinée Forestière, y en la capital, Conakry.**

La organización es el principal proveedor de atención a pacientes VIH-positivos en el país. Para que los pacientes puedan seguir el tratamiento más cerca de sus casas, MSF empezó a descentralizar los servicios a centros de salud más pequeños de Conakry y Guinée Forestière, ofreciendo tratamiento, análisis voluntarios y asesoramiento psicológico, formación y supervisión del personal sanitario y mejorando las unidades médicas.

A finales de 2008, había más de 3.500 pacientes VIH-positivos en tratamiento antirretroviral, muchos de ellos, coinfectados con tuberculosis. De momento, MSF no puede traspasar los programas de VIH/sida a agencias locales, como

en otros países, por falta de recursos humanos y económicos del Ministerio de Salud.

## Mejores tratamientos de malaria

En Dabola, MSF traspasó su programa de tratamiento de la malaria a las autoridades locales. Tras haber defendido el uso de terapias combinadas con artemisinina (TCA) en años anteriores, en 2008 MSF abogó ante las autoridades de salud por el uso de una combinación de artesunato y amodiaquina (ASAQ) en dosis fijas combinadas, de fácil administración, eficaz y barata, desarrollada por la iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (*Drugs for Neglected Diseases initiative* o DNDi).

Para promover el uso de esta combinación, se coprodujo una película con organizaciones guineanas en tres lenguas locales. Las autoridades sanitarias de Dabola, que incorporaron la ASAQ a sus protocolos, asumieron las actividades de MSF en noviembre de 2008.

## Intervención de emergencia en prisiones

En septiembre de 2008, MSF inició una intervención de emergencia en la prisión civil de Guéckédou, donde uno de cada tres hombres adultos sufría desnutrición y uno de cada cinco, desnutrición aguda severa. Las pésimas condiciones de higiene eran causa de deshidratación e infecciones cutáneas y respiratorias. Los presos adultos convivían con los menores y otros internos con tuberculosis en celdas hacinadas, sin apenas acceso a atención médica.

Los equipos distribuyeron alimentos terapéuticos durante unos tres meses. También ofrecieron asistencia médica, medicamentos, materiales para suministro de agua y saneamiento, y artículos de higiene personal. En las cárceles de Mamou, Boké y Gaoual, se llevaron a cabo evaluaciones y vacunaciones. MSF publicó un informe para denunciar la inaceptable situación

# GUINEA-BISSAU

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica  
PERSONAL EN EL TERRENO 7

**MSF lanzó una intervención de emergencia para responder a una epidemia cólera en Guinea-Bissau. El brote de esta enfermedad bacteriana altamente contagiosa fue detectado en mayo. En julio el Gobierno declaraba la emergencia y solicitaba asistencia internacional.**



© Julie Rémy



© Clara Tarrero

A finales de 2008, había más de 3.500 pacientes VIH-positivos en tratamiento antirretroviral, muchos de ellos, coinfectados con tuberculosis.

sanitaria de estos presos a principios de 2009.

## Brote de cólera

El cólera sigue siendo un problema en Guinea. Después de la epidemia que asoló Conakry en 2007, el brote de 2008 quedó restringido a la zona costera de la región de Guinée Maritime (norte de Conakry). MSF donó material médico y medicamentos en Boké, y formó a unos 100 profesionales de salud de diferentes centros en la capital.

MSF trabaja en Guinea desde 1984.

**Equipos móviles realizaron actividades de agua y saneamiento, y prestaron atención domiciliaria a los pacientes.**

El cólera se propaga rápidamente a través de aguas contaminadas y es endémico en Guinea-Bissau, donde no hay sistemas de alcantarillado y el acceso a agua potable limpia es muy limitado.

Cuando MSF empezó a trabajar en agosto de 2008, se habían reportado casi 4.000 casos en todo el país y 93 personas habían fallecido. Bissau, la capital, era la zona más afectada, con un 79% de todos los casos registrados. El personal de MSF ayudó al Ministerio de Salud a controlar la epidemia: equipos de coordinadores, enfermeros, logistas y epidemiólogos se hicieron cargo de los centros de tratamiento de

cólera, reforzaron la capacidad local y mejoraron la detección temprana y el tratamiento. Equipos móviles realizaron actividades de agua y saneamiento y de atención domiciliaria.

MSF trató a más de 8.000 personas. Las estrategias de saneamiento y prevención ayudaron a contener la epidemia. A finales de noviembre se traspasaron las actividades a las autoridades locales de salud y otras organizaciones humanitarias.

MSF trabajó en Guinea-Bissau de agosto a noviembre de 2008.

# KENIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 659

**A principios de 2008, las disputas en torno a las elecciones presidenciales en Kenia desencadenaron una oleada de violencia que se prolongó durante dos meses, dejando tras de sí más de 1.000 muertos y, según la Cruz Roja keniana, por lo menos 300.000 desplazados. Los equipos de MSF que ya estaban trabajando en proyectos de VIH/sida y tuberculosis (TB) en la capital, Nairobi, y en distritos rurales del oeste del país, respondieron de inmediato.**

MSF prestó atención médica de emergencia a víctimas de la violencia, organizó clínicas móviles en las comunidades y llevó a cabo actividades en varios campos de desplazados. Los equipos presentes en el país se reforzaron con médicos, cirujanos, enfermeros y logistas adicionales.

Las violentas protestas y disturbios que estallaron en todo el territorio keniano durante la crisis dejaron cientos de heridos. En Nairobi, los equipos adaptaron las actividades regulares de VIH/sida para ofrecer primeros auxilios a las víctimas. MSF también envió ambulancias a

los barrios marginales de la capital para atender a los heridos que no podían desplazarse y organizó un sistema de referencia a hospitales públicos y privados para los casos más graves.

A principios de enero, un equipo quirúrgico trabajó en Eldoret y en el hospital de Nakuru para ayudar a asistir a las víctimas de la violencia, muchas de ellas con heridas de machete y quemaduras. Ese mismo mes, MSF dio apoyo al personal del Ministerio de Salud tras los violentos disturbios acaecidos en Nakuru y Naivasha, dos populares destinos turísticos



© Juan Carlos Tomasi

cerca de Nairobi. Sólo en dos días, más de 150 pacientes fueron atendidos en Nakuru.

La violencia obligó a miles de personas a abandonar sus hogares, particularmente en la zona del valle del Rift. Muchas buscaron refugio en estadios o recintos feriales. Los equipos de MSF ofrecieron atención médica y

# LESOTO



© Eva-Lotta Jansson

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 9

**La esperanza de vida en Lesoto, un pequeño país rodeado por Zimbabue, es de poco más de 35 años. El VIH/sida es una gran causa de muerte, con más del 23% de la población adulta infectada. La mayoría de muertes asociadas a esta enfermedad se deben a la coinfección con tuberculosis. El país necesita urgentemente más personal sanitario; en la actualidad sólo hay cinco médicos y 62 enfermeros por cada 100.000 personas.**

En enero de 2006, MSF y el Ministerio de Salud lanzaron un programa conjunto para ofrecer atención y tratamiento a personas con VIH/sida, incluida terapia antirretroviral (ARV), a nivel de atención primaria en el área rural de Lesoto.

El programa se inició en la zona de salud del hospital Scott, con un hospital de distrito y 14 clínicas de atención primaria en comunidades aisladas, que dan cobertura a una población de unas 200.000 personas. Además de atención primaria, las clínicas prestan servicios integrales de VIH/sida consistentes en pruebas del VIH y asesoramiento, terapia ARV, prevención de la transmisión del virus de madres a hijos, diagnóstico precoz en bebés y gestión de infecciones oportunistas y coinfecciones como la de VIH y tuberculosis (TB).

Entre otras medidas para asegurar la integración de la atención de VIH/TB, los pacientes VIH-positivos se someten sistemáticamente a pruebas de TB y todos los pacientes con TB pueden hacerse las pruebas del VIH. MSF también trabaja con las autoridades de salud



de unos días. Dada la movilidad de la población, MSF tuvo que ser flexible en su repuesta. Los equipos médicos se desplazaron semanalmente a distintos puntos del valle del Rift para dar asistencia a quienes tenían poco o ningún acceso a la misma.

### Desplazados en Mount Elgon

A medida que la situación política se fue estabilizando a finales de febrero, MSF fue dando fin a sus actividades de emergencia. Sin embargo, éstas continuaron en la región de Mount Elgon, al oeste de Kenia, donde había decenas de miles de desplazados atrapados por los enfrentamientos entre varios grupos en conflicto desde agosto de 2006.

MSF empezó a dispensar asistencia en la zona en abril de 2007, centrándose en atención primaria y salud mental, referencias y distribución de artículos de primera necesidad y mantas. En 2008 se realizaron 23.000 consultas externas, incluidos 1.600 controles prenatales. MSF trató a 110 víctimas de violencia sexual y a 349 heridos a causa de la violencia. A finales de año, la situación de seguridad mejoró y MSF

pudo traspasar sus actividades al Ministerio de Salud.

### Atención especializada

Durante años, los equipos de MSF en Nairobi y las provincias Occidental, de Nyanza y del valle del Rift han prestado atención especializada a pacientes con enfermedades crónicas y olvidadas.

A finales de 2008 estos proyectos atendían a más de 18.600 personas con VIH/sida; 14.000 de ellas recibían tratamiento antirretroviral. En los barrios marginales de Mathare y Kibera, en Nairobi, y en las zonas rurales de Busia y Homa Bay, al oeste del país, el personal de MSF efectuó 17.250 pruebas de VIH/sida.

En la región de Pokot, al noroeste de Kenia, los equipos efectuaron pruebas de kala azar (leishmaniasis visceral) a 1.700 personas y trataron a casi 640.

*MSF trabaja en Kenia desde 1987.*

material de socorro en algunos de estos centros de acogida improvisados en Eldoret, Nakuru y Kitale. Otras personas buscaron protección en comisarías de policía, cárceles e iglesias o se agruparon en pequeños asentamientos aislados. En algunas partes del país, la gente se desplazaba continuamente, por lo que espacios abarrotados quedaban vacíos al cabo

para reforzar el sistema de atención primaria, mejorando los servicios de laboratorio, el suministro de medicamentos y la supervisión de programas.

Desde el inicio del proyecto en 2006 hasta diciembre de 2008, se habían realizado 39.500 pruebas del VIH y más de 4.300 pacientes estaban en tratamiento ARV. Los resultados clínicos son alentadores: un 86% de los adultos y un 93% de los niños seguían el tratamiento 12 meses después de haberlo iniciado. Además, la transmisión de madres a hijos se redujo a menos de un 5% en mujeres embarazadas que recibieron tratamiento preventivo. La tasa de curación de TB alcanzó el 78% en 2008.

### Atención descentralizada

Ante la saturación de las clínicas que ofrecen terapia ARV a nivel hospitalario, la escasez de personal sanitario y la dificultad física o económica de muchos pacientes para llegar hasta dichos centros, MSF se marcó desde el principio el objetivo de descentralizar los servicios de VIH a nivel de centros de salud

para acercar el tratamiento a los pacientes y asegurar la gratuidad de la asistencia.

Para ello, MSF formó al personal de enfermería para que pudiera asumir más responsabilidades, entre ellas, el inicio y gestión del tratamiento ARV en adultos y niños. Se reclutaron y formaron asesores de VIH y TB (principalmente personas seropositivas) para reforzar la capacidad clínica y dar apoyo a los servicios de VIH y TB, en especial a los de adherencia al tratamiento. En diciembre de 2008, había un total de 45 asesores de VIH y TB trabajando en las 15 estructuras del área de salud del hospital Scott.

Joseph Ramokoatsi, asesor de una de las clínicas, sabe lo que significa vivir con el VIH y comprometerse a seguir el tratamiento ARV de por vida. “El trabajo que hago aquí es mi pasión”, afirma. “Cuando les digo a mis pacientes que tomen antirretrovirales para sentirse mejor, confían en mí porque soy un ejemplo viviente. Les digo que deben comprometerse al máximo y no interrumpir el tratamiento a pesar de los efectos secundarios”.

MSF abogó para eliminar las tarifas a usuarios de la atención primaria de salud, al tiempo que sufragaba los gastos asociados al VIH/sida en el área del hospital Scott, como los de medicamentos y otros artículos, pruebas de laboratorio, equipamiento y tasas hospitalarias. En enero de 2008, el Ministerio de Salud abolió las tarifas a nivel de atención primaria y bajó los precios de otros servicios en el distrito. No obstante, otros costes como los de ingreso de pacientes VIH-positivos que no reciben ARV y los de radiografías pulmonares siguen obstaculizando el acceso a la atención de VIH y al diagnóstico de la TB.

El programa de MSF en el hospital Scott tenía como objetivo desarrollar un modelo reproducible y sostenible a largo plazo y tratar al máximo número de pacientes. La primera fase de tres años ha terminado y el proyecto ya está en fase de traspaso de las actividades a las autoridades de salud y a otras contrapartes locales, que culminará a finales de 2010.

*MSF trabaja en Lesoto desde 2006.*

# LIBERIA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/  
Exclusión de la atención sanitaria  
PERSONAL EN EL TERRENO 875

**Aunque Liberia ha avanzado mucho en estabilidad y reconstrucción tras 14 años de guerra civil, muchos liberianos todavía viven en la más absoluta pobreza y el débil sector sanitario no puede ofrecer una atención adecuada. Mujeres y niños siguen siendo los más vulnerables.**



© Alessandra Vilasboas

## Atención de salud materna

MSF ofreció atención secundaria de salud gratuita en el condado de Montserrado, al noroeste del país, donde se encuentra la capital, Monrovia. En el barrio de Paynesville, MSF trabajó en el hospital Benson para mujeres y niños, donde se registraron 3.000 partos y 770 intervenciones ginecológicas urgentes en 2008. El traspaso de este proyecto al Ministerio de Salud ya ha comenzado.

MSF también ofreció atención sanitaria gratuita en el hospital pediátrico Island, situado en Bushrod Island, una zona superpoblada de Monrovia con más de 500.000 habitantes. En 2008 se realizaron más de 12.600 admisiones y se atendieron más de 3.900 partos. Las principales actividades se centraron en salud materno-infantil, tratamiento de la desnutrición infantil en casos complicados e integración de la asistencia a enfermos crónicos, como los de VIH/sida y tuberculosis (TB).

MSF también dio apoyo de atención primaria en dos centros del Ministerio de Salud en Clara Town y New Kru Town. Entre otras actividades, los equipos realizaron controles pre y postnatales, vacunaciones y prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. En 2008, el número de consultas ascendió a 122.300 entre los dos centros de salud.

## Violencia sexual

La incidencia de la violencia sexual sigue siendo alta en Liberia. En el hospital Benson, MSF atendió a más de 880 víctimas de violaciones. En julio, el proyecto fue traspasado a Think, una ONG local, aunque MSF todavía ofrece apoyo técnico y material. Ambas organizaciones realizaron más de 2.260 consultas psicológicas en 2008.

En Bushrod Island, Clara Town y New Kru Town, los equipos también dieron apoyo médico y psicosocial a víctimas de violencia sexual. En el hospital Island fueron atendidas

más de 770 personas por esta causa. De ellas, más del 70% eran menores de 19 años y un 11% menores de 4 años.

## Traspaso de actividades

MSF gestiona un centro de salud en Saclepea, en el condado de Nimba, al noreste de Liberia. Los planes son traspasar las actividades de atención primaria al Ministerio de Salud. En 2008 se realizaron más de 3.000 consultas y más de 100 personas se hicieron pruebas anónimas y gratuitas del VIH. En este centro, MSF también está colaborando con el Ministerio de Salud, el centro de estudios epidemiológicos de MSF Épicentre y la iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (*Drugs for Neglected Diseases Initiative o DNDi*) en una investigación para facilitar el acceso de las personas con malaria a la terapia combinada con artemisinina en todo el continente africano.

## Fiebre hemorrágica de Lassa

En 2008, unas 80 personas con fiebre hemorrágica de Lassa ingresaron en la unidad especial del hospital de Saclepea. Esta fiebre es mortal si no se trata rápidamente con ribavirina, un medicamento caro protegido por un monopolio farmacéutico. Como parte de su retirada planificada de Saclepea en 2009, MSF está intentando conseguir que este medicamento sea asequible en Liberia. El equipo también aboga para que los responsables sanitarios sigan aportando atención a los pacientes VIH-positivos tras su retirada. Se ha acordado que los pacientes podrán recibir tratamiento en el hospital de Ganta, al norte del condado de Nimba, y que los exámenes de VIH y tuberculosis se seguirán haciendo en Saclepea.

## Por una atención sanitaria gratuita

En 2006 se aprobó una política de atención sanitaria gratuita en todo el país. No obstante, no todas las estructuras de salud liberianas pueden ofrecer servicios gratuitos y en algunos lugares la gente no puede pagarlos. MSF está haciendo presión para que la política de gratuidad se aplique uniformemente en todo el país.

*MSF trabaja en Liberia desde 1990.*

# MALAUÍ

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica

PERSONAL EN EL TERRENO 700



© Isabelle Merny

**Se estima que un 12% de la población adulta de Malaui está infectada con el VIH. Aunque el Gobierno ha hecho un gran esfuerzo para ampliar el tratamiento antirretroviral (ARV) entre la población afectada, la falta de personal sanitario hace que muchos enfermos no reciban el tratamiento que necesitan.**

### Combatir el VIH/sida

MSF ha estado ofreciendo tratamiento ARV en dos distritos rurales del sur, Chiradzulu (desde 2001) y Thyolo (desde 2003). Desde el arranque de ambos proyectos, más de 28.000 pacientes han iniciado el tratamiento: 12.000 en Chiradzulu y 16.000 en Thyolo. En 2007, MSF alcanzó su objetivo de dar acceso universal a terapia ARV en Thyolo, con 11.520 personas en tratamiento. En 2008, lo iniciaron más de 4.300 nuevos pacientes en Chiradzulu, y más de 4.400 en Thyolo.

Actualmente, MSF trabaja para aumentar el número y la capacidad de los centros de salud en los dos distritos. En 25 centros, el personal del Ministerio de Salud ha sido formado para recetar ARV y hacer el seguimiento de los pacientes estables.

Los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos se ofrecen en 20 puntos asistenciales en Thyolo y en 10 centros de salud en Chiradzulu. La incidencia de la coinfección VIH y tuberculosis (TB) también es alta en Malaui; MSF ha hecho detección activa de casos y diagnóstico precoz de la TB.

En 2008, el equipo de Chiradzulu hizo una evaluación de pacientes que habían abandonado el tratamiento, localizándoles y entrevistándoles para averiguar los motivos. Los principales fueron el estigma asociado al VIH/sida, expresado por sus familias o comunidades, la falta de información sobre la medicación o la propia enfermedad, o una percepción de mejoría en su estado de salud.

MSF está colaborando con las autoridades locales de salud para implementar un plan de tratamiento del VIH/sida. MSF ha participado en grupos técnicos de trabajo a nivel nacional para el desarrollo de protocolos y guías de atención sanitaria que se han distribuido por todo el país.

“El VIH/sida no es sólo un problema médico, también es un problema social y cultural. Queremos que la gente asuma su propia responsabilidad. Para ello, hemos empezado a dar a las comunidades mucha información sobre el VIH/sida, como dónde encontrar los servicios, cómo abordar posibles problemas con la medicación o cómo mantenerse saludables”. Jomah Kollie, coordinador del programa comunitario de MSF.

### Redistribución de tareas y descentralización de servicios

Para fidelizar a los pacientes y poder atender el creciente número de casos, MSF ha formado a los enfermeros para que puedan recetar tratamiento ARV, responsabilidad que antes recaía exclusivamente en los responsables clínicos, los asistentes médicos y los médicos.

MSF ha descentralizado varios servicios a centros de zonas más rurales para reducir la distancia que los pacientes tienen que recorrer para acudir a los controles médicos y recibir la medicación. Los enfermeros tratan infecciones oportunistas y enfermedades crónicas, y los asesores y voluntarios de la comunidad (a menudo personas seropositivas) hacen pruebas de VIH, ofrecen asesoramiento y prestan otros servicios esenciales como ayudar a los pacientes a adherirse al tratamiento y localizar a aquéllos que lo han interrumpido. Los actuales avances en los métodos de tratamiento permiten a los pacientes, cuyo estado es estable y que han seguido el tratamiento por lo menos durante un año, acudir a los controles médicos sólo dos veces al año en lugar de cada dos o tres meses.

### Epidemia de cólera

A mediados de noviembre de 2008, una epidemia de cólera asoló el país. MSF intervino en tres distritos rurales y en la capital, Lilongwe, dando asistencia a más de 3.700 pacientes y apoyo logístico para mejorar los servicios de agua y saneamiento en nueve centros de salud y un hospital de distrito. MSF también formó al personal sanitario y logístico local, dio apoyo a un centro de salud en Blantyre y evaluó la situación en la frontera con Mozambique.

*MSF trabaja en Malaui desde 1986.*

# MALÍ

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica

**PERSONAL EN EL TERRENO** 143

**La malaria es una de las principales causas de muerte en África subsahariana y la primera entre los niños menores de 5 años en Malí. MSF trabaja en la región de Kangaba, al sur del país, una zona pobre donde poca gente tiene acceso a la atención sanitaria, en especial durante la estación de lluvias, cuando la malaria se propaga con más rapidez y muchas aldeas quedan aisladas.**

MSF da apoyo a 11 centros de salud en Kangaba, donde ha ayudado a asegurar que la atención sanitaria sea gratuita para niños menores de 5 años y para mujeres embarazadas, y a bajo precio para niños mayores con fiebre. Como resultado, cada vez se diagnostican y tratan a tiempo más casos de malaria, lo que ayuda a impedir recaídas que pueden ser fatales. El tratamiento de otras enfermedades ha seguido también una tendencia parecida.

MSF también ha creado equipos móviles de trabajadores comunitarios que reciben formación y van equipados para detectar y tratar sin demora a niños menores de 10 años con malaria no complicada en aldeas remotas durante la época de lluvias. En 2008, se realizaron más de 83.500 consultas. El número de casos de malaria superó los 35.700, comparado con los 25.640 de 2007, pero el porcentaje de casos graves siguió disminuyendo: de un 2,13% en 2007 a un 1,68% en 2008.

## Tratamiento integral de fistulas obstétricas

Este tipo de fistulas se suele dar durante partos complicados y sin atención médica suficiente. Se trata de una abertura que se produce entre el recto y la vagina, o entre ésta y la vejiga, provocando incontinencia. Las mujeres que sufren este problema suelen ser marginadas. MSF trabaja en Tombuctú y, en colaboración con el hospital regional, en 2008 organizó tres sesiones en las que operó a 160 mujeres de forma totalmente gratuita. La atención de MSF forma parte de un enfoque integral que incluye atención postoperatoria, promoción de la salud, educación, apoyo psicológico, fisioterapia y un espacio común en el que las mujeres pueden hablar de su experiencia y preparar su regreso casa. MSF también ayuda a las mujeres a superar el miedo a seguir el tratamiento.

## Asistencia en Kidal

Entre mayo y diciembre, MSF prestó atención médica en la región de Kidal, afectada por un conflicto de baja intensidad entre las fuerzas del Gobierno y los rebeldes tuareg. Se cree que la mitad de la población de Kidal, estimada en unas 52.000 personas, ha podido abandonar la zona a causa del conflicto. MSF prestó atención primaria de salud a través de dos clínicas móviles en los principales asentamientos de población, dio apoyo al servicio de pediatría del hospital de Kidal y realizó referencias quirúrgicas al hospital de la ciudad de Gao.

*MSF trabaja en Malí desde 1992.*

# MARRUECOS

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria

**PERSONAL EN EL TERRENO** 27

“Marruecos se ha convertido en un país de tránsito, pero también donde la gente se queda mucho tiempo, y esto causa frustración, incertidumbre y violencia. Para llegar a estas personas, que hacen lo imposible por pasar desapercibidas, hay que generar confianza y sólo se puede hacer estando allí”.

**Jorge Martín, jefe de misión de MSF**





© MSF

**Muchos migrantes se encuentran sin proponérselo en Marruecos, al no poder cruzar a países fronterizos. Acaban en ciudades como Rabat y Casablanca, donde a menudo carecen de acceso a los servicios más básicos de salud.**

Los equipos de MSF en Rabat, Casablanca y Oujda llevan a cabo actividades curativas y preventivas, facilitan el acceso de los migrantes a las estructuras de salud y garantizan la calidad de la atención sanitaria. En 2008, realizaron más de 4.000 consultas.

MSF también aboga para que las autoridades y otras agencias asuman su responsabilidad sobre la salud de los migrantes. En 2008, MSF entregó un informe sobre violencia y migración a las autoridades españolas y marroquíes con datos médicos, testimonios y recomendaciones al respecto.

Atrapados en Marruecos y sin ingresos, los migrantes se ven abocados a prácticas ilegales asociadas a las redes de tráfico de personas, como la prostitución y el trabajo forzado. Como consecuencia, están aumentando los problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva.

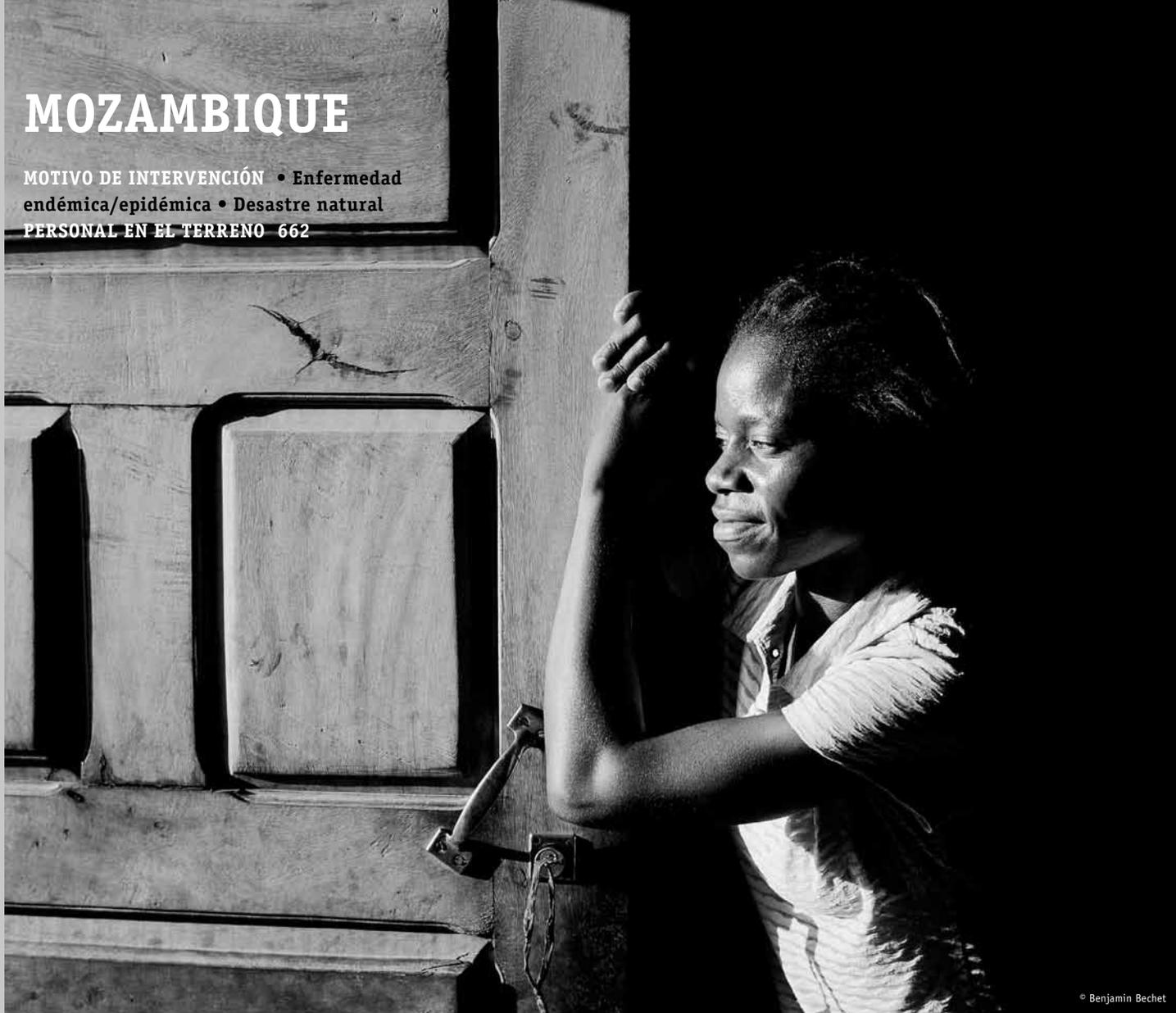
*MSF trabaja en Marruecos desde 1997.*

S. es un hombre de 27 años que salió de Costa de Marfil en febrero de 2005. Pensó que llegaría a Europa en un mes. Todavía está en Marruecos. Vive en el monte entre Nador y Berkane. Intentó cruzar a Melilla cuatro veces saltando la valla, pero las autoridades españolas lo enviaron de vuelta a Marruecos y los militares marroquíes le golpearon antes de llevarlo a la frontera con Argelia. S. también intentó cruzar a nado, pero fue interceptado por guardacostas españoles y devuelto a Marruecos.

En 2006, S. cayó muy enfermo. No tenía acceso a atención sanitaria y MSF lo llevó al hospital. Desde entonces, el equipo ha seguido su caso. S. está bloqueado en Marruecos: tiene que pedir limosna para poder comer, no tiene dinero para pagar su viaje a Europa y no puede volver a su país porque la situación que le obligó a marcharse sigue siendo la misma.

# MOZAMBIQUE

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad  
endémica/epidémica • Desastre natural  
PERSONAL EN EL TERRENO 662



© Benjamin Bechet

**Mozambique aún se está recuperando de 17 años de guerra civil desde 1992. El sistema sanitario está debilitado, falta de personal y sus estructuras desbordadas por la pandemia del VIH/sida. Alrededor del 16% de la población de más de 15 años es VIH-positiva y el 68% de los pacientes con tuberculosis están coinfectados con VIH. MSF atiende a pacientes con ambas enfermedades en las provincias rurales de Niassa, al norte del país, Tete, en el centro, y la capital, Maputo, en el sur.**

En Niassa, MSF presta asistencia en el hospital provincial, en centros de salud de la ciudad de Lichinga y en otras tres zonas rurales. En Maputo, MSF trabaja en los hospitales Alto Mae y Primeiro de Maio del centro de la ciudad, y en nueve centros de salud de las afueras de las principales ciudades.

En Tete, MSF presta atención de VIH/sida en tres distritos, implicando a las comunidades locales en el apoyo a pacientes –para mejorar la adherencia al tratamiento, por ejemplo– y equipando las estructuras de salud en zonas aisladas. Esto reduce las distancias que tienen que recorrer los pacientes para hacerse los controles rutinarios y recoger su medicación.

MSF realizó más de 229.000 consultas de VIH/sida en Mozambique y más de 6.600 nuevos pacientes iniciaron la terapia antirretroviral (ARV) en 2008.

## Descentralización de los servicios de salud

MSF trabaja con las autoridades para que las unidades locales de salud puedan administrar tratamiento ARV de primera línea a pacientes de VIH, además de dar servicios de asesoramiento, prevención de la transmisión del virus de madres a hijos y seguimiento de pacientes

que abandonan el tratamiento. Esta descentralización es importante en zonas rurales con recursos limitados, ya que acerca el tratamiento a los pacientes y reduce la presión de las estructuras de salud centrales.

En estas unidades locales, MSF ha reforzado el conocimiento clínico del personal, ha ofrecido apoyo de gestión y recursos humanos, ha asegurado un suministro constante de medicamentos a las farmacias y ha mejorado las instalaciones.

MSF está abogando para que se permita al personal paramédico recetar y administrar medicamentos ARV, y para que se recurra a asesores foráneos, lo que permitiría a los enfermeros dedicar más tiempo a sus responsabilidades médicas.

*MSF trabaja en Mozambique desde 1984.*

# NÍGER

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/  
Exclusión de la atención sanitaria  
PERSONAL EN EL TERRENO 1.810

**Entre las cosechas de mayo y octubre, cada año la población de Níger se enfrenta a un periodo de escasez de alimentos. Las familias agotan sus reservas de grano y la desnutrición empieza a hacer mella en su estado de salud.**

En 2008, las autoridades sanitarias dieron algunos pasos para combatir la desnutrición, registrando como medicamentos esenciales una pasta preparada rica en vitaminas y leches terapéuticas, y adoptando los nuevos estándares de crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud, que permiten diagnosticar y tratar a niños desnutridos en una fase más temprana.

## Apoyo nutricional

MSF lleva a cabo programas nutricionales en Níger desde 2001. En 2008 colaboró con las autoridades nacionales y locales de salud en las regiones de Maradi, Zinder y Tahoua (Madaoua y Bouza).

MSF trató a unos 97.600 niños menores de 5 años con desnutrición moderada y severa. Otros grupos de alto riesgo, como mujeres embarazadas y lactantes, también recibieron atención nutricional. Los equipos trabajan principalmente a través de una red de más de 40 centros nutricionales móviles. La mayoría de los niños siguen el tratamiento en casa con alimentos terapéuticos preparados y acuden al centro para hacerse un reconocimiento semanal, mientras sus familias recogen una

nueva ración de alimentos terapéuticos. Este enfoque permite tratar a un gran número de niños con buenos resultados: en Zinder, por ejemplo, la tasa de curación alcanzó un 72% en 2008.

Además de tratar la desnutrición y problemas asociados como la diarrea, MSF administra medicamentos para la malaria, endémica en algunas regiones, y presta atención primaria de salud en unidades ambulatorias. En 2008, más de 100.000 niños fueron atendidos en los distritos de Madaoua y Bouza (región de Tahoua) y en Dakoro.

La salud de los niños más pequeños es la que más se resiente durante el periodo de escasez entre cosechas, cuando la cantidad y la calidad de su dieta es más baja. Cada año, el número de admisiones en los centros nutricionales aumenta notablemente entre junio y octubre. Para prevenir la desnutrición severa durante este periodo, MSF distribuyó raciones mensuales de una pasta nutritiva suplementaria a 30.000 niños de entre 6 y 36 meses en algunas zonas de Maradi y Zinder. Esta intervención preventiva, iniciada en 2007, redujo marcadamente la incidencia de desnutrición severa en dichas zonas.

## Desafíos

En julio de 2008, las autoridades nigerinas decidieron suspender las actividades de MSF, tras más de ocho años trabajando en programas nutricionales de emergencia en el país. Las autoridades querían reintegrar el componente de nutrición al programa nacional de salud para evitar intervenciones independientes y publicidad sobre la situación. Sin embargo, tras dos meses de negociaciones, MSF pudo reiniciar parcialmente sus actividades.

## Respuesta a emergencias

Entre abril y mayo, en las regiones de Zinder y Maradi, los equipos lanzaron una campaña de vacunación de sarampión que duró siete semanas. Unos 700.000 niños de edades comprendidas entre los 6 meses y los 15 años fueron inmunizados. MSF también dio apoyo a las estructuras de salud nacionales para atender a niños afectados por la enfermedad.

En los distritos de Birni N'Konni, Bouza y Madaoua (Tahoua), MSF colaboró con el personal del Ministerio de Salud para vacunar a unas 437.000 personas de meningitis. En septiembre, un equipo dio apoyo al hospital de distrito de Birni N'Konni, tras un aumento repentino del número de casos de cólera en la zona. En Agadez, una región afectada por el conflicto entre el Gobierno y los rebeldes tuareg, MSF da apoyo a los servicios de maternidad en tres centros de salud.

*MSF trabaja en Níger desde 1985.*



# NIGERIA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/  
Exclusión de la atención sanitaria  
PERSONAL EN EL TERRENO 518



**El pasado año, Nigeria disfrutó de una calma relativa tras las elecciones presidenciales de 2007. Sin embargo, hacia finales de 2008, se vivieron días de violencia a causa de los disturbios étnicos en Jos, estado de Plateau.**

En el delta del Níger, pese al brote de violencia que en julio afectó a la capital de la región, Port Harcourt, la situación se ha calmado. Sin embargo, el acceso a atención médica de calidad sigue siendo difícil para aquellos que no pueden pagarla. Los equipos de MSF han trabajado estrechamente con el Ministerio de Salud para mejorar esta situación.

## Atención primaria de salud y traumatología

En la región petrolífera del delta del Níger, MSF lleva a cabo programas en los estados de Rivers

y Bayelsa. En el hospital de Port Harcourt, MSF trabaja para mejorar la calidad de la atención de traumatología. El equipo ha potenciado el uso de fijaciones internas, una técnica consistente en insertar placas metálicas en el hueso para soldar fracturas. Esta técnica tiene muchas ventajas respecto a las fijaciones externas, puesto que reduce el tiempo de hospitalización y permite a los pacientes retomar su vida normal mucho más rápido.

Port Harcourt es una zona propensa a la violencia. MSF atendió más de 9.300 urgencias en

2008, practicando más de 3.000 intervenciones quirúrgicas. Un equipo especializado también ha empezado a dar asistencia a víctimas de violencia sexual, con más de 265 consultas realizadas, en una ciudad donde las personas afectadas a menudo no tienen a dónde acudir para recibir la atención médica que necesitan.

En octubre, MSF abrió un centro de salud en Oloibiri, al sur del estado de Bayelsa, donde ofrece atención primaria de salud y de salud materno-infantil a la población local. Las 10 camas del centro prácticamente han estado siempre ocupadas. En diciembre se habían realizado más de 800 consultas, de las que un 31% correspondía a niños menores de 5 años. Las principales patologías tratadas fueron malaria, infecciones respiratorias y diarreas. Además de realizar controles prenatales, en el centro se empezaron a asistir partos.

## Atención de salud materna y emergencias en el norte

MSF también ha abierto un proyecto de salud materna en el hospital de Goronyo, en el estado de Sokoto, al norte del país. Nigeria es el séptimo Estado del mundo con mayores tasas de mortalidad materna, con unas 59.000 muertes de mujeres al año, pero se estima que en Sokoto las tasas pueden ser incluso más altas.

En Jahun, estado de Jigawa, MSF abrió un nuevo programa quirúrgico para urgencias obstétricas y tratamiento de fistulas. Estas lesiones suelen ser consecuencia de una atención obstétrica deficiente en partos complicados o muy prolongados. En 2008, el equipo realizó 63 intervenciones quirúrgicas para fistulas, ayudó a más de 530 mujeres a dar a luz y unas 480 pacientes con complicaciones obstétricas fueron admitidas en el hospital.

MSF respondió a varias emergencias en los estados del norte, enfrentándose a brotes de cólera en el estado de Sokoto, llevando a cabo programas de vacunación de meningitis en los estados de Katsina y Kebbi (con más de 71.000 personas inmunizadas), de sarampión en el estado de Níger (más de 11.000 personas vacunadas) y una campaña nutricional en el estado de Yobe. MSF también distribuyó artículos de primera necesidad entre los afectados por los disturbios étnicos en Jos, estado de Plateau, y realizó una evaluación de la situación de los

refugiados de la península de Bakassi, un territorio disputado entre Camerún y Nigeria, en el estado nigeriano de Cross River.

### Traspaso del proyecto de VIH/sida en Lagos

En septiembre de 2008, tras cinco años de actividad, MSF finalizó el traspaso de su programa de VIH/sida en Lagos. La organiza-

ción lo abrió en 2003 para ofrecer atención integral y tratamiento antirretroviral (ARV) gratuitos, ante la ausencia de otros actores que dieran esta cobertura. En 2006, un decreto presidencial supuso la puesta en marcha de un programa nacional de atención y tratamiento de VIH/sida. En 2008, cuando quedó claro que el Gobierno nigeriano había avanzado en la provisión gratuita de tratamiento ARV, MSF

traspasó el programa a las contrapartes locales y al hospital general de Lagos, habiendo atendido a más de 1.900 pacientes VIH-positivos en los últimos años.

*MSF trabaja en Nigeria desde 1996.*

## SIERRA LEONA

### MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria** • **Enfermedad endémica/epidémica**

PERSONAL EN EL TERRENO 402

**En Sierra Leona, las principales barreras para acceder a la atención sanitaria son el coste y la distancia. MSF trabaja en el país desde 1986 y actualmente se centra en combatir la malaria, ofrecer atención materna y pediátrica, y tratar la desnutrición.**

MSF da apoyo al centro de referencia de Gondama, donde presta servicios de hospitalización para mujeres y niños, diagnóstico y tratamiento de la malaria y lleva a cabo un programa de nutrición terapéutica. La organización gestiona cinco ambulatorios en colaboración con las autoridades de salud locales y también da apoyo a 30 puestos de salud en zonas remotas, habiendo realizando más de 417.000 consultas en 2008.

### Malaria: primera causa de muerte

La malaria es endémica en Sierra Leona. Como en otros países, los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas son los grupos de mayor riesgo. Aunque la terapia combinada con artemisinina (TCA) debe ser gratuita en Sierra Leona, la gente todavía no puede pagar los costes de admisión de las estructuras de salud, las consultas o los medicamentos que necesitan. Durante 2008, MSF trató gratuitamente con TCA más de 180.000 casos de malaria.

MSF también creó una red de 140 voluntarios comunitarios para combatir la malaria, formados para diagnosticar y tratar la enfermedad. Estos voluntarios trabajan en sus propias aldeas y ayudan a superar las barreras geográficas de acceso al tratamiento.

Jabaty, un hombre de 31 años que decidió hacerse voluntario, explica: “Soy feliz de ser voluntario porque puedo salvar vidas, especialmente a los niños. Mi aldea se ha beneficiado mucho porque nuestra gente ya no tiene que andar kilómetros para llegar a la clínica más cercana”. Mediante el uso de pruebas rápidas, Jabaty puede diagnosticar la malaria. Si da positivo, administra TCA al paciente. “Trato a gente a diario; en las últimas tres semanas, hemos tenido 44 casos de malaria. Todos están muy contentos porque recibieron el tratamiento enseguida y ahora se encuentran bien”.

### Salud materna y desnutrición

Sierra Leona tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas del mundo. Las cinco clínicas y el centro de referencia de Gondama ofrecen servicios de salud materna, como atención prenatal, postnatal y obstétrica, asistencia a partos y cesáreas, planificación familiar, tratamiento de infecciones de transmisión

sexual y atención a víctimas de violencia sexual. Los niños desnutridos reciben rehabilitación nutricional en un centro de nutrición terapéutica del hospital de Gondama y atención ambulatoria mediante clínicas móviles, lo que permite tratar a más niños en casa.

Johan Mast, jefe de misión de MSF en Sierra Leona, destaca la importancia de abordar los problemas de salud del país de forma apropiada: “El gran número de personas que todavía carecen de atención básica de salud debido a las barreras geográficas y a la falta de recursos económicos y humanos es preocupante. Hay que invertir más esfuerzos para proveer métodos diagnósticos adaptados y asegurar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado. El acceso gratuito a la atención médica es una cuestión de gran importancia”.

*MSF trabaja en Sierra Leona desde 1986.*



# SOMALIA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Conflicto armado** • **Enfermedad endémica/epidémica**  
PERSONAL EN EL TERRENO 1.348



**Durante años, los somalíes se han visto sujetos a la violencia, obligados a abandonar sus casas, sin apenas comida y sin acceso a atención sanitaria. La inflación, el derrumbe económico, la incapacidad para transportar y distribuir ayuda alimentaria, la sequía, los altos precios internacionales de los alimentos y la drástica reducción de la ayuda humanitaria no han hecho más que empeorar las ya precarias condiciones de vida de la población somalí.**

MSF también sufrió el impacto de la violencia en el país. En enero de 2008, tres colegas fueron asesinados y tres proyectos en Kismayo, Mogadiscio y Bosasso tuvieron que cerrar. En abril, los intensos combates y las amenazas directas a los trabajadores humanitarios extranjeros obligaron a MSF a evacuar a todo su personal internacional de Somalia. Sin embargo, los proyectos siguieron adelante gracias a un muy entregado personal nacional, apoyado por el equipo internacional en Nairobi que entra en Somalia cuando la situación de seguridad lo permite.

A lo largo de la carretera de Mogadiscio a Afgooye, se estima que hay más de 300.000 desplazados viviendo en condiciones paupérrimas, tras huir de la violencia en la capital. MSF trabaja en la zona desde 2007, donde da apoyo a una clínica privada y presta servicios de consultas externas, pediatría, tratamiento de cólera, atención nutricional y distribución de agua, mantas y artículos de primera necesidad.

A lo largo del año hubo un gran aumento de niños desnutridos en los centros nutricionales intensivos y ambulatorios de MSF en Hawa Abdi y Afgooye. Los equipos atendieron a más de 15.500 niños menores de 5 años. Más de 2.000 fueron ingresados en la unidad intensiva, pero la mayoría recibió tratamiento ambulatorio.

En Mogadiscio, el personal del servicio quirúrgico del hospital Danilye atendió 5.250 urgencias, incluidos 3.000 heridos de guerra. Más de la mitad de los pacientes fueron mujeres y niños menores de 14 años. En el centro ambulatorio de Mogadiscio norte, se dio atención postoperatoria a otros 1.400 heridos de guerra. La nutrición también fue un tema central: a principios de año, los equipos de MSF abrieron un centro para niños con desnutrición severa que registró 1.800 ingresos. En todo el país, MSF trató a más de 18.400 niños con desnutrición severa y a más de 16.000 con desnutrición moderada.

## IN MEMORIAM

El 29 de enero de 2008 se produjo un brutal ataque en la carretera, cuando un equipo volvía de comer tras una mañana de cirugía en el servicio de urgencias del hospital de Kismayo. Una bomba en la cuneta explotó al paso del segundo vehículo del convoy de MSF, acabando con la vida de sus tres ocupantes:

**Victor Okumu**, cirujano de 51 años, **Damien Lehalle**, logista francés de 27, y el conductor **Mohamed Abdi Ali**, conocido como **Bidhaan**.

Tanto Victor como Damien hacía poco que trabajaban en Kismayo, aunque ambos tenían experiencia en la organización. Victor será recordado por su dedicación a los pacientes en Sierra Leona, Darfur y el sur de Sudán. Damien se incorporó al equipo tras su primera misión en la República Democrática del Congo; nunca olvidaremos su capacidad de trabajo y su calidez personal. Y siempre recordaremos a Bidhaan por su compromiso con MSF y la población somalí.

Aunque gran parte de la atención internacional se centró en la capital y sus alrededores, los equipos de MSF respondieron a las necesidades de la población en nueve regiones del sur y el centro de Somalia. En Galcayo, al norte del país, el personal atendió a 470 víctimas de la violencia a lo largo del año. En Galgaduud, más de 600 personas fueron intervenidas quirúrgicamente.

Sin embargo, no sólo las víctimas del conflicto necesitan asistencia en Somalia. Enfermedades curables y prevenibles como diarrea, malaria e infecciones respiratorias causan miles de muertes cada año. La atención sanitaria básica, como controles prenatales y vacunaciones, es crucial para salvar vidas. En 2008, el personal de MSF realizó más de 727.000 consultas externas, más de 55.000 controles prenatales, vacunó a más de 82.000 personas y, en Jowhar, asistió más de 1.500 partos.

*MSF trabaja en Somalia desde 1991.*

# SURÁFRICA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/ exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 92**

**Se estima que un 18% de la población adulta en Suráfrica es VIH-positiva y son muchas las personas que necesitan terapia antirretroviral. La tuberculosis y su forma resistente a los medicamentos son la principal causa de muerte y enfermedad entre las personas con VIH/sida.**

Khayelitsha, un municipio de 500.000 habitantes a las afueras de Ciudad del Cabo, es una de las zonas con mayor incidencia de VIH/sida del país. Desde mayo de 2001, MSF gestiona un programa de tratamiento antirretroviral (ARV), junto con las autoridades de salud locales, que fue pionero en el sector público surafricano y ha sido el punto de referencia para iniciativas similares en otras partes del país. Más de 11.000 pacientes están en tratamiento ARV en Khayelitsha.

Muchos pacientes VIH-positivos están coinfectados con tuberculosis (TB), con una incidencia de casos de por lo menos 1.500 por cada 100.000 personas al año, una de las tasas más altas del mundo y cada vez más personas están siendo diagnosticadas de tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés). MSF lleva a cabo un proyecto piloto de atención y tratamiento descentralizado de pacientes con DR-TB en Khayelitsha, partiendo de la idea de que éstos culminarán con éxito el tratamiento si se les anima a seguirlo en sus casas, en lugar de aislarlos en centros especializados. El modelo de atención integrada de pacientes con VIH/sida y TB ha sido replicado en muchos otros entornos y la Organización Mundial de la Salud lo promueve como modelo de mejor práctica.

También en Khayelitsha, el centro Simelela para víctimas de violencia sexual ofrece atención integral a estas personas, a través de servicios médicos de urgencia y asesoramiento y apoyo psicosocial y legal, habiendo atendido a 700 pacientes en 2008. El centro colabora con grupos de activistas comunitarios para intentar reducir el número de víctimas de violencia sexual, sensibilizando y denunciando las violaciones como actos criminales.

## Asistencia médico-humanitaria a refugiados de Zimbabue

Desde diciembre de 2007, MSF trabaja en dos proyectos en Johannesburgo y Musina, una ciudad en la frontera con Zimbabue, para

asistir a refugiados de este país en Suráfrica. Los equipos ofrecen atención primaria de salud, apoyo de salud mental y servicio de referencias a hospitales y centros especializados. Ambos proyectos atienden a unos 5.000 refugiados mensuales, la mayoría por infecciones respiratorias, enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH), diarreas, problemas gastrointestinales y otros asociados al estrés. MSF está viendo un número cada vez mayor de víctimas de violencia sexual y de menores no acompañados.

“Los refugiados zimbabuenses se enfrentan a importantes amenazas, como violencia sexual, abusos físicos y verbales y acoso policial, cuando cruzan la frontera”, afirma Sara Hjalmarsson, coordinadora de MSF en Musina, “estos riesgos persisten en Suráfrica, donde muchos siguen siendo acosados por la policía, sin poder encontrar un trabajo decente”.

Entre mayo y septiembre de 2008, se produjeron varios brotes de violencia xenófoba que causaron 62 muertes y el desplazamiento de más de 100.000 extranjeros en todo el país.

MSF respondió a esta emergencia en más de 15 puntos de Johannesburgo, Pretoria y Ciudad del Cabo. Los equipos prestaron atención

primaria y distribuyeron materiales de primera necesidad, como kits de higiene, mantas y plástico para cobijo entre los desplazados, y atendieron a personas con heridas de bala, traumatismos y lesiones por palizas, magulladuras y quemaduras.

En Johannesburgo, donde la violencia fue extrema, se incorporaron actividades de salud mental al trabajo de los equipos médicos. MSF también presionó a las autoridades surafricanas para que mejorasen los servicios básicos de abrigo, agua y saneamiento en los campos provisionales que habilitaron.

Durante la crisis, MSF realizó 11.000 consultas médicas y otras 8.000 de salud mental.

## Brote de cólera

En noviembre, la enorme epidemia de cólera que asoló Zimbabue pasó a Suráfrica. Las autoridades de la provincia de Limpopo, al norte del país, declararon el distrito de Vhembe, fronterizo con Zimbabue, zona catastrófica. MSF reforzó los equipos de Musina (distrito de Vhembe) y los de Johannesburgo, priorizando el diagnóstico y tratamiento de cólera y la promoción de la higiene. En Musina, tres equipos médicos móviles refirieron más de 300 casos de cólera detectados en granjas, aldeas y otras zonas de alto riesgo de la ciudad y sus alrededores. En la Iglesia Metodista Central de Johannesburgo, MSF colaboró con las autoridades de salud locales para contener la propagación de la enfermedad mediante promoción intensiva de la salud, detección temprana de casos, tratamiento y mejoras de los servicios de agua y saneamiento.

*MSF trabaja en Suráfrica desde 1999.*



# SUDÁN



© Brendan Bannon

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica •  
**Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 3.240

**En 2008, el personal de MSF ofreció servicios médicos en un país en el que los ataques y los brotes violentos están a la orden del día, la desnutrición es prevalente, la mortalidad materna está entre las más altas del mundo, y la tuberculosis y el kala azar (leishmaniasis visceral) son frecuentes, así como las epidemias de meningitis, sarampión, cólera y malaria.**

Los enfrentamientos entre el Ejército y las milicias tribales a lo largo de la disputada frontera entre el norte y el sur de Sudán, unidos a las tensiones políticas del país, provocaron el desplazamiento de varios miles de personas en el estado de Bahr el Ghazal a lo largo del año. En enero, MSF abrió un nuevo proyecto en la ciudad de Aweil, centrándose inicialmente en distribuir artículos de primera necesidad como jabón, bidones, mosquiteras, lonas y utensilios de cocina entre más de 15.000 desplazados que lo habían dejado todo al huir de sus casas.

MSF también empezó a trabajar en el hospital de Aweil, ofreciendo servicios de salud materno-infantil y apoyo nutricional. Se organizaron seis centros nutricionales móviles adicionales para llegar al mayor número de personas posible. Durante el año, se realizaron más de 21.000 consultas y más de 6.000 niños desnu-

tridos recibieron tratamiento.

En febrero, tras un ataque extremadamente violento cerca de la ciudad de Abyei, miles de personas se refugiaron en campos del norte del estado de Bahr el Ghazal y se estima que otras 10.000 huyeron al monte. En mayo, los enfrentamientos prácticamente destruyeron Abyei, desplazando a otras 60.000 personas. Los equipos de MSF, presentes en Abyei desde 2006, pudieron dar una respuesta inmediata a la emergencia, aunque ante el gran número de heridos, se enviaron equipos quirúrgicos y postoperatorios de refuerzo.

Para atender a las personas desplazadas en el monte, se organizaron clínicas móviles en Abyei y en la ciudad de Agok, y se pusieron en marcha programas nutricionales intensivos y ambulatorios. Hacia finales de año, se habían realizado 8.950 consultas y tratado a más de 1.200 niños con desnutrición severa. MSF

también organizó distribuciones de artículos de primera necesidad en Muglad, al norte de Abyei, entre unas 400 familias. Los equipos siguen preparados para responder rápidamente a cualquier necesidad adicional que pueda surgir en esta inestable zona.

Hacia finales de 2008, los ataques de los rebeldes ugandeses del Ejército de Resistencia del Señor (Lord's Resistance Army o LRA) en el sur de Sudán, cerca de la frontera congoleña, y en la República Democrática del Congo (RDC) causaron el desplazamiento interno de miles de sudaneses y de refugiados congoleños hacia Sudán. MSF respondió dando apoyo en dos centros de atención primaria de Gangura y Sakura, en el estado de Western Equatoria, cerca de la frontera con RDC. A finales de año, se habían realizado 7.200 consultas médicas a la población residente y refugiada en estas dos localidades.

En otras partes del sur de Sudán, MSF sigue dando asistencia a cientos de miles de personas. En los estados de Jonglei, Alto Nilo y Unity, el personal sanitario trabaja en todos los niveles de atención, desde servicios ambulatorios

rios a cirugía de urgencia. En 2008, los equipos realizaron más de 365.000 consultas, más de 19.000 controles prenatales, 8.000 ingresos hospitalarios y más de 1.000 intervenciones quirúrgicas, muchas de ellas, por heridas de guerra.

En total, MSF atendió a 9.000 niños con desnutrición aguda severa y a más de 600 personas con traumatismos a causa de la violencia en el sur de Sudán.

Los equipos de MSF están preparados para responder a emergencias y epidemias en todo el territorio sudanés. En julio, intensas lluvias e inundaciones agravaron un brote de cólera en Aweil; en colaboración con el Ministerio de Salud y otras organizaciones, MSF trató más de 6.700 casos. En Juba, la capital del sur de Sudán, donde se detectaron los primeros casos de cólera en mayo, los equipos atendieron a más de 1.200 pacientes. Dada la baja cobertura

vacunal en Sudán, los brotes de sarampión son una amenaza para los niños; en julio y noviembre de 2008, MSF realizó dos campañas de vacunación en el condado de Pibor, estado de Jonglei, inmunizando a 19.200 niños en total.

En el norte de Sudán, además de los programas de Darfur, MSF gestiona un proyecto de salud materna en el hospital de Tagodom en Port Sudan, estado del Mar Rojo. Se estima que al 97% de las mujeres de este estado se les ha practicado la circuncisión femenina, un tipo de mutilación genital que comporta la sutura de la vagina o infibulación. Esta práctica causa graves complicaciones crónicas en muchas mujeres y obliga a hacerles una abertura o episiotomía cuando dan a luz, para después volverlas a coser. MSF tiene un enfoque de tolerancia cero ante la circuncisión femenina, por lo que asiste a estas mujeres durante el parto y no las infibula de

nuevo.

En 2008, el equipo realizó una media de 1.000 consultas y atendió 64 partos al mes en el hospital de Tagodom. Los trabajadores comunitarios realizaron actividades educativas y de sensibilización sobre los riesgos sanitarios de la circuncisión femenina en Port Sudan.

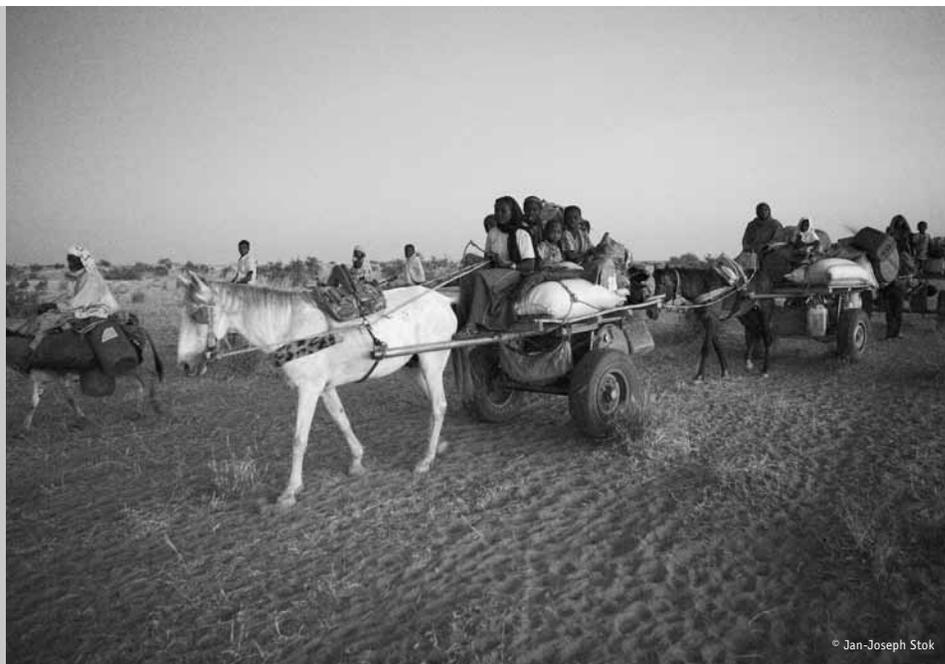
En junio de 2008, MSF traspasó a las autoridades de salud locales sus actividades en el hospital de Bor, estado de Jonglei, tras dos años de trabajo. A finales de año, la organización traspasó su programa de atención y tratamiento de la enfermedad del sueño en Yambio, estado de Western Ecuatoria, al Ministerio de Salud.

*MSF trabaja en Sudán desde 1979.*

## Darfur

**MSF presta asistencia médico-humanitaria en la región sudanesa de Darfur desde 2003, cuando se iniciaron los enfrentamientos de las fuerzas del Gobierno y las milicias aliadas con grupos armados que reclamaban mayor autonomía y recursos para esta árida y empobrecida región. Desde que empezó el conflicto, el entorno político se ha vuelto cada vez más complejo. Los grupos armados se han fragmentado, provocando más estallidos de violencia y mayor inseguridad. El acoso de los grupos armados, el aumento del bandillaje y los enfrentamientos entre las tribus nómadas han obligado a la población a huir en busca de protección.**

En 2008, Darfur siguió siendo una de las mayores operaciones internacionales de ayuda humanitaria del mundo. Más de 80 organizaciones y 15.000 trabajadores (2.000 de MSF) se desplegaron en un territorio donde se estima que un tercio de la población se ha visto obligada a desplazarse. Pese a todo, la ayuda no llega a cientos de miles de personas y miles más corren el riesgo de perderla a causa de la inestabilidad de las líneas del frente, las cambiantes alianzas entre facciones, los ataques



© Jan-Joseph Stok

contra el personal humanitario y las crecientes restricciones gubernamentales a la provisión de ayuda.

### El desafío de la inseguridad

En febrero de 2008, una ofensiva militar en torno a Seleia, al oeste de Darfur, dejó 300 muertos y provocó la huida de 10.000 personas al vecino Chad. Los equipos de MSF habían salido de Seleia antes del ataque. Un mes más tarde pudieron volver a prestar atención

médica a través de clínicas móviles.

En agosto, tras varios ataques contra el personal de MSF, los equipos se vieron obligados a marcharse de los proyectos en el norte de Darfur: Tawila, donde unos 35.000 desplazados se han concentrado desde agosto de 2007, y Shangil Tobaya, donde MSF prestó atención médica a unos 28.000 desplazados en los campos de Shangil y Shadat, y a unas 5.000 personas de aldeas cercanas. Dejar sin asistencia a tantas



© Jan-Joseph Stok

personas, aunque sólo fuera temporalmente, fue muy duro, pero sin unas garantías mínimas de seguridad para los trabajadores humanitarios, a MSF no le quedaba otra opción que suspender sus actividades. El equipo de Shangil Tobaya pudo volver en septiembre, habiendo realizado casi 45.000 consultas y más de 4.000 controles prenatales durante el año. El equipo de Tawila regresó en octubre, pero tuvo que marcharse de nuevo en diciembre, habiendo realizando 25.000 consultas en 2008.

En agosto, los ataques al campo de Kalma, con más de 90.000 desplazados, se saldaron con el ingreso de por lo menos 65 pacientes en la clínica del campo y la evacuación de 49 heridos de bala al hospital de la capital de la región, Nyala.

A mediados de septiembre, MSF también tuvo que trasladar al personal del proyecto de Kaguro, en Jebel Si, durante la campaña de bombardeos aéreos lanzada por el Gobierno. El equipo regresó 10 días más tarde.

### Atención de salud mental

En 2006, MSF inició actividades de salud mental para ayudar a las personas afectadas por el conflicto y por los prolongados y repetidos desplazamientos. El personal había efectuado 9.380 sesiones de asesoramiento a más de 1.600 pacientes. Un 84% de ellos presentaba mejoras en la sintomatología o una plena recuperación en 2008, pero a finales de año la Comisión de Ayuda Humanitaria sudanesa y el Ministerio de Salud federal ordenaron a MSF poner fin a sus actividades en el sur de Darfur, so pena de expulsión. A pesar de haber atendido a 64.000 pacientes, a 19.000 mujeres embarazadas y asistido 1.750 partos, las autoridades no dieron otra opción a la organización.

En abril se abrieron nuevos proyectos en Golo y Killin, en la región de Jebel Marra, al oeste de Darfur. Los equipos médicos ofrecieron atención primaria y secundaria, centrándose en la salud de la mujer y el tratamiento de la malaria y la desnutrición. En 2008 se realizaron unas 3.800 consultas cada mes.

En el oeste de Darfur, los equipos también trabajaron en Niertiti y en Zalingei, prestando

**Fátima vive en el campo de Motorwat, en la ciudad de Muhajariya, con su marido y sus cuatro hijos. Nos cuenta que ella y su familia han tenido que desplazarse ocho veces hasta la fecha, de la ciudad al monte, después al campo y vuelta a empezar. "Cada vez que nos desplazamos, lo perdemos todo", explica. "Es agotador, pero si no te mueves rápido, pueden matarte a ti y a tus hijos. Enfadarse no sirve de nada. No hay nada que podamos hacer".**

servicios sanitarios a unas 170.000 personas. Gran parte de los 130.000 habitantes de Zalingei son desplazados. MSF trabaja en tres departamentos del hospital local, dando apoyo a los servicios de cirugía pediátrica y de urgencias. Ante el aumento de la desnutrición, los equipos distribuyeron alimentos suplementarios a 11.000 niños de entre 6 y 36 meses durante el periodo de escasez anterior a la cosecha. En Niertiti, MSF registró 4.900 ingresos hospitalarios y 86.000 consultas externas. En respuesta a un brote de meningitis en febrero, el equipo vacunó a más de 28.000 personas.

Cerca de allí, en Serif Umra, el personal de MSF ofrece atención primaria y secundaria de salud, incluidos controles prenatales, hospitalizaciones, vacunaciones y tratamiento de la desnutrición, realizando unas 4.000 consultas mensuales. En Jebel Si, MSF gestiona una clínica en Kaguro y cinco puestos de salud en los alrededores, dando cobertura a unas 40.000

personas que no tenían acceso a asistencia alguna desde 2003, cuando la zona fue atacada y muchas aldeas quedaron reducidas a cenizas. En la ciudad rural de Kebkabiya, unos 145 kilómetros al oeste de El Fashir, la capital del norte de Darfur, MSF da apoyo a dos clínicas y a cinco puestos de salud, donde ofrece servicios básicos, vacunaciones y atención nutricional. En el hospital de Kebkabiya, los equipos dan apoyo al departamento de obstetricia, dispensando atención integral de urgencia.

En el sur de Sudán, MSF gestiona una clínica de 25 camas que da cobertura a unas 70.000 personas de la ciudad de Muhajariya y sus alrededores. El personal ofrece atención quirúrgica, gestiona los servicios de consultas externas, hospitalización, laboratorio y obstetricia, y da asistencia a víctimas de violencia sexual. En 2008, los equipos de MSF en Muhajariya atendieron a más de 55.000 personas, de las cuales 1.300 fueron ingresadas y 440 fueron pacientes quirúrgicos. En abril de

2008, MSF reinició las clínicas móviles en Labado y en Um Shegeira, mejorando el acceso a la atención sanitaria y dando tratamiento a 660 niños desnutridos.

En las montañas del este de Jebel Marra, un equipo con base en Feina gestiona una clínica que ofrece consultas externas, atención prenatal y un programa de nutrición móvil. El centro también dispone de una unidad para niños con desnutrición severa y de un servicio de urgencias. En Gulombei y en Deribat, el equipo presta asistencia mediante clínicas móviles.

MSF abrió un nuevo proyecto en Adila, tras una evaluación en marzo de 2008 que arrojaba un tasa de desnutrición infantil aguda de un 14%. A finales de octubre, el equipo había tratado a 4.700 niños afectados.

*MSF trabaja en Darfur desde 2003.*

## SUAZILANDIA

### MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Enfermedad endémica/epidémica**  
PERSONAL EN EL TERRENO 55

**Se estima que en Suazilandia el VIH/sida afecta a uno de cada cuatro adultos y que un 80% de los pacientes con tuberculosis (TB) también están infectados con el VIH. Desde noviembre de 2007, MSF trabaja en la región de Shiselweni con personal del Ministerio de Salud tratando estas dos enfermedades.**

MSF está descentralizando los servicios de VIH y TB en la región de Shiselweni. El objetivo es establecer un sistema único para poder tratar a los pacientes de ambas enfermedades al mismo tiempo, en el mismo lugar y con el mismo personal de salud. Actualmente están siendo atendidos en el hospital de Hlatikulu y en los centros de salud de Nhlango y de Matsanjani, así como en nueve de los 20 centros de salud de la región. En 2008, cerca de 2.300 pacientes recibieron tratamiento de TB y 1.870 coinfectados con VIH/sida recibieron terapia antirretroviral en la región de Shiselweni.



© Alexander Glyadyetov

En el año 2008 se detectaron unos 12.000 nuevos casos de TB, incluidos 200 de la forma resistente a los medicamentos. De éstos, 42 fueron diagnosticados y monitorizados en Shiselweni. La detección y tratamiento de las formas resistentes de TB es una prioridad, dada la complejidad y peligrosidad de estos casos.

MSF trabaja directamente con pacientes de VIH a nivel individual y comunitario, en actividades de prevención y educación, y en la detección y seguimiento de casos. Animados por su buena adherencia al tratamiento, pacientes con experiencia personal en enfermedades crónicas ayudan a otros a tomar las riendas de su situación y vivir positivamente con el VIH/sida.

*MSF trabaja en Suazilandia desde 2007.*

# UGANDA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica**

**PERSONAL EN EL TERRENO 719**

**Se calcula que el VIH/sida afecta a un 8% de la población de Uganda. Según la Organización Mundial de la Salud, en el país hay más de un millón de personas seropositivas, de las cuales 312.000 necesitaban terapia antirretroviral. Se estima que un 42% de pacientes la reciben, pero esta cifra es muy inferior en el norte de Uganda.**

En Arua, la clínica de VIH/sida de MSF ofrece atención integrada de VIH y tuberculosis (TB), apoyo nutricional a adultos y niños desnutridos con VIH/sida, y un programa de atención prenatal y prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. Más de 4.700 pacientes están en tratamiento antirretroviral (ARV) en el hospital regional de Arua. En paralelo, MSF da apoyo a tres clínicas de VIH descentralizadas en la región del Nilo Occidental para asegurar el acceso de la población local.

Sólo un 10% de los pacientes VIH-positivos tiene acceso a asistencia en Madi Opei, distrito de Kitgum. MSF ofrece atención y tratamiento de VIH/sida y TB en una clínica con servicios de consultas externas, hospitalización y maternidad. En 2008, se registraron unas 2.000 consultas y 100 ingresos cada mes.

En el distrito de Gulu, el equipo de MSF sigue trabajando en el centro de salud de Lalogi, unos 30 kilómetros al suroeste de la ciudad de Gulu, donde ofrece servicios de maternidad, hospitalización, VIH/sida y ambulancias. Para crear un sistema que pueda ser retomado por el Ministerio de Salud, MSF está haciendo que la atención secundaria que se dispensa en Lalogi sea lo más sostenible posible. En 2008, el equipo trató a más de 53.000 pacientes.

## Respuesta a emergencias

En noviembre de 2007, se produjo un brote de hepatitis E en Kitgum, por falta de saneamiento en los campos de desplazados. El virus de la hepatitis E se propaga por medio de agua o alimentos contaminados, no tiene cura ni existe una vacuna para prevenirla. Los equipos de MSF se centraron en la gestión de casos y en actividades de prevención.



© Julie Remy

Las mujeres embarazadas y los niños corren el mayor riesgo, por lo que ambos grupos fueron prioritarios. A finales de 2008, MSF había atendido a más de 1.500 pacientes en Kitgum. El equipo también llevó a cabo actividades de prevención y referencias para impedir la propagación localmente y a otros distritos.

De finales de 2007 a principios de 2008, MSF respondió a un brote de fiebre hemorrágica de Ébola en los dos focos clave de Bundibugyo y Kikyö, al oeste de Uganda.

En el pico de un brote de cólera en el distrito de Arua, entre enero y abril, se admitieron

hasta 40 pacientes diarios en el centro de tratamiento de cólera de MSF.

Los refugiados que huyeron de los enfrentamientos en la República Democrática del Congo a finales de 2008 recibieron asistencia de MSF en Ishasha/Matanda y en Nakivale, a través de una clínica móvil y de la mejora de las condiciones de agua y saneamiento en los campos.

### Desnutrición en Kaabong y Karamoja

En Karamoja, al noreste de Uganda, la pobre cosecha de 2006, las escasas precipitaciones de 2007 y la tardía estación de lluvias de 2008 provocaron una escasez de alimentos que hizo aumentar los precios y mermó las cabezas de ganado. MSF inició una intervención nutricional en junio de 2007 en el distrito de Kaabong que duró todo el año 2008 y finalizó con el traspaso de las actividades a Acción Contra el Hambre en diciembre.

MSF trató en 2008 casi 900 casos de desnutrición severa y 2.500 casos de desnutrición moderada en Kaabong. Entre enero y julio, el equipo atendió a pacientes desnutridos en el centro de estabilización del hospital de Kaabong. En julio, MSF amplió sus actividades con servicios pediátricos y de salud reproductiva, continuando en 2009 con atención a víctimas de la violencia, a resultas de las actividades de desarme gubernamentales.

En base a varios informes sobre el aumento en las tasas de desnutrición en Karamoja, MSF puso en marcha una segunda intervención nutricional en los distritos de Moroto y Nakapiripirit, tratando a casi 4.000 niños desnutridos.

*MSF trabaja en Uganda desde 1980.*

## ZAMBIA

### MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Enfermedad endémica/epidémica PERSONAL EN EL TERRENO 68**

**La prevalencia de VIH/sida en Zambia todavía es muy alta. La enfermedad y las muertes asociadas a ella suponen una pesada carga para la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida en el país pasó de los 52 años en 1990 a los 35 en 2003.**

En los últimos años, el Gobierno de Zambia ha sensibilizado sobre el problema del VIH/sida y ha adoptado políticas para aumentar la provisión de tratamiento. En julio de 2005, el Ministerio de Salud empezó a prestar atención gratuita a personas con esta enfermedad y en 2006 abolió el sistema de recuperación de costes en sus estructuras.

MSF lleva a cabo un proyecto de atención y tratamiento de VIH/sida en el distrito de Kapiri M'Poshi. Kapiri es una ciudad en rápido crecimiento con poca infraestructura, situada en una zona de tránsito. Dada su posición central y el continuo movimiento de personas, la población de Kapiri se ve particularmente expuesta a enfermedades como infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, tuberculosis (TB) y cólera. Se estima que un 20% de los habitantes de la ciudad están infectados con el virus del sida.

El acceso a la atención sanitaria en general, y a la de VIH/sida en particular, es limitado para los 250.000 habitantes del distrito de Kapiri, diseminados en una vasta zona sin carreteras ni medios de transporte. La atención ofrecida en las estructuras existentes es insuficiente, por falta de suministros médicos y de recursos humanos. MSF ha demostrado que ciertas actividades, como el asesoramiento y las pruebas del VIH, que antes sólo asumían los médicos, las pueden llevar a cabo responsables clínicos y enfermeros.

MSF gestiona una clínica de VIH en el hospital de distrito de Kapiri y trabaja en 14 centros de salud rurales y cuatro centros de salud urbanos. Con este modelo de atención descentralizado, la gente que vive fuera de los grandes centros urbanos puede recibir la atención y el tratamiento de VIH/sida que necesita. MSF también trabaja con la comunidad en la prevención de la transmisión del virus y en el tratamiento y apoyo a las personas afectadas.

A finales de diciembre, había más de 10.500 pacientes registrados en el proyecto de MSF, de los cuales más de 5.000 recibían terapia anti-retroviral. En 2008, los equipos de MSF realizaron más de 2.600 consultas al mes y empezaron a integrar el proyecto de VIH/sida a las actividades del Ministerio de Salud, de cara a su futuro traspaso.

*MSF trabaja en Zambia desde 1999.*



# ZIMBABUE

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 579

**La inestabilidad política ha llevado a Zimbabue al derrumbe económico, con una inflación galopante, el colapso de infraestructuras y servicios básicos, escasez de alimentos y la desintegración del sistema de salud. Los programas de MSF en el país se centran en VIH/sida y apoyo nutricional a niños con desnutrición severa.**

Uno de cada cinco adultos está infectado con el VIH y muy pocos de los que necesitan tratamiento urgente tienen acceso al mismo. En sus programas de Bulawayo, Epworth, Gweru, Tsholotsho y varios puntos de Manicaland, MSF presta atención gratuita de VIH/sida a 40.000 personas. En 2008, 26.000 pacientes

iniciaron la terapia antirretroviral. Sin embargo, éstos acuden cada vez menos a las consultas, con el riesgo de interrumpir el tratamiento, porque no pueden llegar a las pocas clínicas que todavía funcionan. Esto suele ser debido a que el transporte es caro e irregular, pero también a que los pacientes

Dadirai empezó la terapia antirretroviral en el programa de Epworth en 2007. Antes estaba enferma y no podía andar ni comer sin ayuda. Su esposo había muerto sin haber querido tratarse y sus dos hijas también son VIH-positivas. Tras entrar en el programa, Dadirai trabajó como asesora voluntaria y después volvió a la escuela donde se diplomó como auxiliar de enfermería. Ahora es miembro del personal de MSF y trabaja en la clínica de Epworth.

huyen a países vecinos. En respuesta, MSF empezó a descentralizar el tratamiento para hacer sus servicios más accesibles, especialmente en zonas rurales.

Muchos de los zimbabuenses que abandonan su país –se estima que tres millones hasta la fecha– pasan a Suráfrica. Desde mayo de 2008, MSF trabaja en la ciudad de Beitbridge, la salida más utilizada hacia el país vecino. MSF ofrece atención primaria a los más vulnerables, como refugiados, migrantes, huérfanos o trabajadoras del sexo, y da asistencia a víctimas de violencia y abusos. En 2007, MSF empezó a trabajar con refugiados de Zimbabue en la surafricana ciudad fronteriza de Musina y en Johannesburgo.

## Epidemia de cólera

En 2008, el cólera asoló Zimbabue. A 31 de diciembre, más de 1.500 personas habían muerto por esta causa. MSF cubrió la emergencia en varios puntos del país, habiendo atendido a más de 30.000 personas hasta la misma fecha. Los equipos dieron apoyo a las estructuras de salud con suministros, formación y pago de incentivos al personal, y abriendo unidades de tratamiento de cólera en zonas carentes de otras instalaciones sanitarias.

*MSF trabaja en Zimbabue desde 2000.*

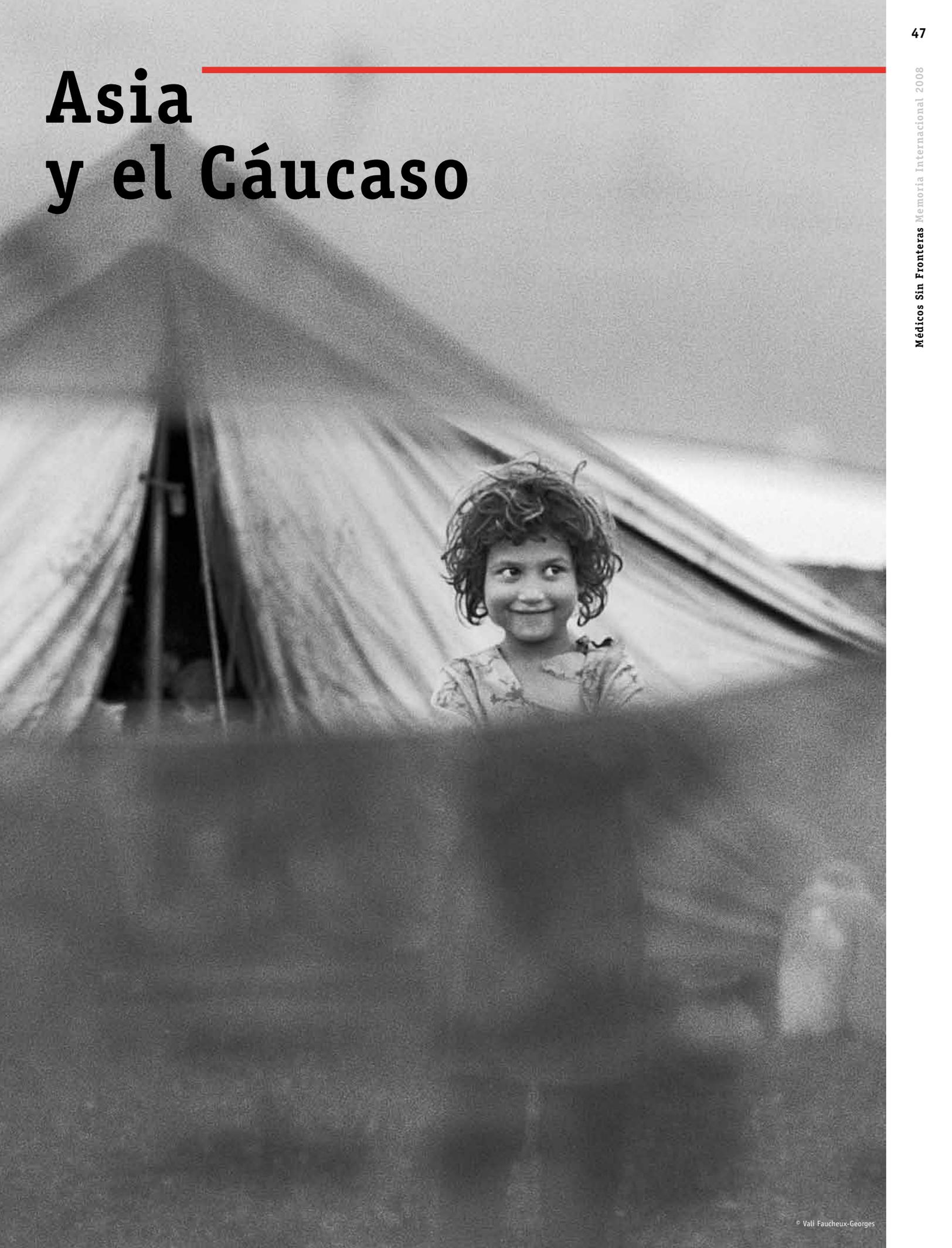
**“En el día a día no puede estar más claro: se trata de una enorme emergencia médica que se está descontrollando”.**

**Manuel López,**  
jefe de misión de MSF en Zimbabue



# Asia y el Cáucaso

---



# PAÍSES

- 48 | ARMENIA
- 49 | BANGLADESH
- 50 | CAMBOYA
- 51 | CHINA
- 52 | GEORGIA
- 52 | INDIA
- 54 | INDONESIA
- 55 | KIRGUIZISTÁN
- 56 | MYANMAR
- 57 | NEPAL
- 58 | PAKISTÁN
- 59 | PAPÚA NUEVA GUINEA
- 60 | FILIPINAS
- 60 | SRI LANKA
- 62 | TAILANDIA
- 63 | TURKMENISTÁN
- 64 | UZBEKISTÁN

# ARMENIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/  
epidémica

## PERSONAL EN EL TERRENO

56

© Vali Faucheux-Georges

**Armenia tiene una de las tasas más altas del mundo de tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés). En septiembre de 2005, en colaboración con el Ministerio de Salud, MSF abrió un programa piloto de diagnóstico y tratamiento de DR-TB en la capital, Yerevan, donde vive casi la mitad de la población del país. Con el apoyo de agencias internacionales y financiadores para reforzar la capacidad local, la respuesta ha mejorado. MSF asesora a nivel nacional sobre la implantación del tratamiento de observación directa a corto plazo.**

D y su familia vivían en condiciones difíciles. D había contraído neumonía dos veces y después le diagnosticaron tuberculosis (TB). Todo lo que sabía sobre la TB es que era infecciosa. Cuando se supo que tenía la enfermedad, todo el mundo le tenía miedo, incluso su propia familia. Pasó mucho tiempo en hospitales, pero finalmente fue dada de alta porque la medicación no funcionaba. En casa volvió a enfermar y una ambulancia la llevó al hospital de Nor-Nork. Allí la operaron y le diagnosticaron TB resistente a los medicamentos (DR-TB). Tras la operación, la trasladaron a Abovian, 10 kilómetros al norte de Yerevan, donde fue incluida en el programa de MSF. Siguió el tratamiento a través de una clínica móvil. En total, duró dos años. Al principio, a D le costó mucho tomar la medicación por los efectos secundarios, pero perseveró. Ahora está curada y puede seguir adelante con su vida.

El programa de MSF en Yerevan da cobertura a una población de 1,2 millones de personas. Una vez diagnosticada la DR-TB, los pacientes reciben tratamiento inicial en una unidad de hospitalización de 35 camas acondicionada por MSF. Cuando dejan de ser contagiosos, son dados de alta y siguen el tratamiento vía policlínicas móviles o en sus domicilios hasta completarlo.

Seguir el tratamiento no es fácil, ya que dura de 18 meses a dos años, y supone la toma diaria de muchas pastillas que suelen tener efectos secundarios. MSF ofrece servicios multidisciplinarios para alentar la adherencia al tratamien-

to: equipos de médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales dan apoyo a los pacientes y les inculcan la importancia de completarlo.

MSF también da apoyo social a los pacientes y sus familias. Los paquetes de comida ayudan a asegurar una dieta equilibrada, una asignación para el transporte cubre los costes diarios de desplazamiento hasta la clínica y las ayudas económicas para calefacción ayudan a soportar los fríos meses de invierno. Desde 2005, más de 200 pacientes se han registrado en este programa.

*MSF trabaja en Armenia desde 1988.*

**“Algunos pacientes son reacios a iniciar el tratamiento de la DR-TB. Otros lo interrumpen a causa de los efectos secundarios de la medicación de segunda línea. Un enfermero, un trabajador social y un psicólogo trabajan con cada paciente para animarle a seguir el tratamiento”.**

**Auxiliar de enfermería de TB**

# BANGLADESH

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria** • **Catástrofe natural** • **Enfermedad endémica/epidémica**  
**PERSONAL EN EL TERRENO 150**

**En la zona fronteriza con Myanmar (antigua Birmania), miles de musulmanes de la etnia rakhine, también llamados rohingya, luchan por su supervivencia. Privados de la ciudadanía en su propio país, muchos escapan de la persecución para acabar viviendo en miserables condiciones en Bangladesh, sin apenas acceso a atención sanitaria ni a protección.**

En 2008, MSF siguió prestando asistencia a más de 7.500 musulmanes rakhine en el improvisado campo de Tal y a los que viven en comunidades vecinas. El campo, situado en las inmediaciones de un terreno inundable y una carretera peligrosamente transitada, era insalubre y estaba abarrotado. A la clínica de MSF llegaban con frecuencia casos de diarrea e infecciones respiratorias y cutáneas derivadas de las pésimas condiciones de vida. Los servicios también incluían un centro de nutrición terapéutica para niños con desnutrición severa, un programa de salud mental y actividades de agua y saneamiento. Tras intensas presiones por parte de MSF, el campo fue trasladado en julio a Lada Bazaar, lo que permitió a la organización traspasar sus actividades a otras agencias a cargo del campo.

**“Chittagong Hill Tracts tiene una larga historia de tensiones internas. Con el aumento de la población, crecen las luchas por la tierra y los derechos de propiedad. Para todos, la tierra significa poder alimentar a los suyos y ganarse la vida”.**

**Yvonne Cuppens, coordinadora de proyecto de MSF**

El distrito de Chittagong Hill Tracts es una de las zonas más aisladas y menos desarrolladas de Bangladesh, cuya población de distintas etnias es especialmente vulnerable. Años de conflicto, discriminación y marginación han situado el nivel de la atención sanitaria muy por debajo del de otras zonas del país. Durante 2008, la inseguridad alimentaria fue en aumento y se vio agravada por una plaga de ratas que cercenó las reservas de arroz, el alimento básico de la población.

Las tensiones entre grupos tribales locales, los recién llegados de origen bengalí, la destacada presencia del Ejército y los grupos de oposición propician brotes de violencia que obligan a algunas personas a abandonar sus casas. Uno de los principales mercados de la zona estuvo casi vacío durante todo el año a causa del miedo, los boicots y las amenazas.

En respuesta a la creciente inseguridad alimentaria y tras detectar una tasa de desnutrición aguda del 13% en niños menores de 5 años, MSF inició un programa nutricional de

emergencia en la zona de Sajek Union, dentro del distrito de Chittagong Hill Tracts. La intervención, que duró de abril a diciembre, pretendía asistir a los afectados por la desnutrición e impedir que empeorase la situación. El equipo puso en marcha un programa nutricional móvil y abrió un centro de estabilización para tratar a niños con complicaciones médicas. MSF distribuyó alimentos básicos como aceite, pasta de pescado y sal entre unas 28.000 personas. Además del programa nutricional, MSF abrió una clínica de atención básica y ocho puestos de salud apoyados por un servicio de laboratorio para pruebas diagnósticas.

Aunque la situación nutricional fue mejorando, la clínica y los puestos de salud siguieron atendiendo unas 200 consultas semanales por diarreas, infecciones respiratorias y malaria.

*MSF trabaja en Bangladesh desde 1985.*



**“No creo que vaya a volver nunca a Myanmar. Está claro que allí las cosas todavía están muy mal y, aunque aquí vivamos con un apoyo y una ayuda mínimos, por lo menos no vivimos con miedo”.**

**Mujer de 30 años, campo de Tal**

# CAMBOYA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• Enfermedad endémica/epidémica

PERSONAL EN EL TERRENO 334



© Lauren Cohen

**El VIH/sida, la diabetes y la tuberculosis son los principales problemas de salud del país. El sustancial aumento de fondos por parte de los financiadores internacionales ha reforzado las medidas del Gobierno y sus contrapartes para abordar estas enfermedades. Esto ha permitido a MSF reducir sus actividades en el país.**

En las provincias de Siem Reap y Takeo, MSF gestiona dos proyectos con el enfoque innovador de tratar el VIH/sida como una enfermedad crónica junto a la diabetes y la hipertensión. El objetivo es desestigmatizar el VIH, tratándolo como cualquier otra enfermedad crónica. Otro objetivo es centrarse más en la diabetes, que no suele tratarse en Camboya y que afecta a entre un 5 y un 10% de la población.

“La atención de VIH/sida se está ampliando en Camboya y atrae mucho interés de los financiadores internacionales. Sin embargo, la atención de diabetes, hipertensión arterial u otras enfermedades crónicas tratables sigue siendo limitada y el gasto nacional en medicamentos insuficiente”, afirma Philippe Berneau, jefe de misión de MSF.

“Algunos de estos enfermos crónicos llegan a decir que ojalá tuvieran el sida, puesto que la calidad de la atención es mucho mejor. El enfoque de MSF de integrar la atención de VIH/sida al manejo de la hipertensión y la diabetes ha tenido resultados satisfactorios para los pacientes y para la eficacia de los servicios”.

A finales de año, MSF trataba a más de 3.000 pacientes VIH-positivos, más de 1.700 diabéticos y 390 hipertensos en sus dos clínicas, así como unos pocos pacientes con tuberculosis (TB) y TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés). Los preparativos para el traspaso de estas actividades a las autoridades de salud y a contrapartes no gubernamentales ya se han iniciado.

En Phnom Penh, MSF trata el VIH en el hospital Khmer-Soviet Friendship, donde 3.650 pacientes recibieron tratamiento antirretroviral (ARV). En junio, la organización empezó a integrar el tratamiento al sistema público de salud. El traspaso se completó con la transferencia de pacientes de otras provincias a centros de tratamiento ARV locales. Actualmente, MSF sólo trata a pacientes VIH-positivos coinfectados con MDR-TB en este hospital.

Desde 2006, MSF ofrece atención de VIH/sida a reclusos de Phnom Penh. En junio, se amplió el acceso a atención y tratamiento en dos de las principales cárceles de la ciudad.

En Kampong Cham, el traspaso de las actividades de VIH a las autoridades de salud se encontraba en sus últimas fases a finales de 2008. Las autoridades de salud se encargaban de los pacientes adultos mientras que MSF llevaba los casos pediátricos. En junio se inició un programa de atención a pacientes VIH-positivos coinfectados con TB y pacientes con cepas de TB resistentes a los medicamentos.

Tras largas presiones por parte de MSF, a finales de 2007 se consiguió formar un grupo de trabajo de TB resistente con la participación de las autoridades de salud camboyanas y otras partes interesadas. En 2008 se celebraron varias reuniones para la elaboración de guías nacionales y planes a largo plazo de respuesta a la MDR-TB.

*MSF trabaja en Camboya desde 1979.*

# CHINA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica • Catástrofe natural  
PERSONAL EN EL TERRENO 70

**Por primera vez, en 2008 el VIH/sida fue la principal enfermedad mortalmente infecciosa en China. Según el Ministerio de Salud, se reportaron 44.839 nuevos casos entre enero y septiembre. ONUSIDA estima que a finales de 2007 había 700.000 personas infectadas en el país, 190.000 de las cuales con necesidad urgente de antirretrovirales (ARV). Menos de un 20% de estas personas reciben tratamiento.**

Aunque el Gobierno chino proporciona ARV a través de su programa nacional, ni las pruebas del VIH ni el tratamiento de infecciones oportunistas son gratuitos, por lo que las personas pueden morir por patologías asociadas al VIH antes de tener acceso a tratamiento. El estigma sobre la enfermedad también impide que la gente se haga las pruebas y reciba tratamiento en un estadio temprano.

Aunque en 2008 se registraron algunos ARV de segunda línea importantes, muchos medicamentos todavía son inaccesibles en China. El coste de los fármacos para muchas infecciones oportunistas aún es demasiado alto y no hay formulaciones pediátricas disponibles en el país.

En colaboración con la Oficina de Salud Pública de Guangxi y el Centro para la Prevención

y Control de Enfermedades, MSF ofrece atención integral de VIH/sida gratuita y confidencial en Nanning desde 2003. El programa consta de servicios de análisis y asesoramiento voluntarios, diagnóstico, manejo de infecciones oportunistas, tratamiento ARV y actividades comunitarias. En 2008, más de 3.000 personas se hicieron las pruebas y recibieron asesoramiento gratuitamente, y unas 300 iniciaron el tratamiento ARV. A finales de 2008, había 1.550 pacientes registrados en este programa y más de 900 estaban en tratamiento.

## Respuesta a emergencias

El 12 de mayo, un terremoto de magnitud 8.0 asoló la provincia de Sichuan, dejando más de 80.000 muertos y 10 millones de personas sin hogar. En colaboración con la Cruz Roja de Sichuan, MSF donó 4.310 tiendas de invierno

de tamaño familiar y suministros médicos a la ciudad de Mianzhu. MSF también dio apoyo a pacientes hospitalizados con síndrome de aplastamiento en Chengdu y a un centro de triaje en la ciudad de Guanghan (prefectura de Deyang). El acceso fue difícil por las restricciones gubernamentales.

MSF ofreció apoyo psicológico a víctimas del terremoto en Hanwang, condado de Mianzhu, y Long Men Shan, ciudad de Pengzhou. "Tras el seísmo, la gente estaba en estado de shock y muy asustada, necesitaba claramente ayuda psicológica", explica la Dra. Misa Sugawara, que fue coordinadora de terreno de MSF en Sichuan. Los equipos siguen dando apoyo psicológico en los condados de Mianzhu y Beichuan, donde realizaron 238 consultas entre noviembre y diciembre de 2008.

Tras el temporal de nieve que asoló Maicao, provincia de Guizhou, en febrero, MSF distribuyó 9.000 kilos de arroz, aceite para cocinar y agua entre la población afectada.

En junio, tras las inundaciones en la provincia de Guangxi, MSF suministró 115.000 kilos de arroz, 1.900 botellas de aceite para cocinar y 140 rollos de lona de plástico a los damnificados del municipio de Zhongdu, condado de Luzhai.

## Traspaso de proyecto

En mayo de 2003, MSF inició un programa de atención y tratamiento de VIH/sida en Xiangfan, donde se estima que hay unas 45.000 personas afectadas en Hubei y la provincia vecina de Henan. El programa fue traspasado a las autoridades chinas en marzo de 2008.

## Sin acceso a Mongolia Interior

MSF intentó abrir un programa de tuberculosis multirresistente a los medicamentos (MDR-TB) en la región autónoma de Mongolia Interior, donde se estima que un 6,5% de la población que dio positivo a los tests TB y no recibió tratamiento pueda estar infectada con cepas resistentes a los medicamentos. Tras repetidas e infructuosas negociaciones con las autoridades chinas, a principios de 2009 MSF desistió de abrir el proyecto.

*MSF trabaja en China desde 1988.*



# GEORGIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria

**PERSONAL EN EL TERRENO** 164

**MSF trata la tuberculosis resistente a los medicamentos en Abjasia, una de las regiones separatistas de la República de Georgia, y en Zugdidi, al oeste del país. En agosto de 2008, estalló la guerra con la región disidente de Osetia del Sur, que provocó el desplazamiento de miles de personas.**

La tuberculosis (TB) es el azote de la región del Cáucaso. Se estima que un 10% de los nuevos casos son resistentes a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés) y que el 50% de los pacientes tratados de TB posteriormente desarrollan la DR-TB. En 2008, cada mes se admitía una media de seis a siete

nuevos pacientes con DR-TB en el proyecto de Zugdidi.

Desde la apertura del programa en noviembre de 2006, MSF ha tratado a más de 150 pacientes con una buena adherencia al tratamiento, a pesar de ser largo y difícil, y de tener efectos secundarios. En agosto, la guerra obligó a un 30% de los pacientes a interrumpir brevemente el tratamiento.

En julio de 2008, el primer paciente del programa de Zugdidi completó su tratamiento tras 20 meses de intensa medicación. Aún es pronto para declararlo curado del todo, dado el riesgo de recaídas, pero el hecho de haberlo completado es muy alentador. Desde entonces, nueve pacientes más han finalizado el tratamiento en Zugdidi.

En Abjasia, MSF trata a pacientes en el hospital de Gulripsh, cerca de la capital, Sujumi. Desde 1999, MSF presta apoyo al programa nacional de

TB en Abjasia y desde 2001 se centra en la DR-TB. Desde entonces, 204 pacientes con DR-TB han iniciado el tratamiento, 38 de los cuales en 2008. MSF renovó el hospital y suministró medicamentos, material y equipamiento de laboratorio. Una tercera parte de los pacientes de MSF tienen pocos recursos. Sin el apoyo psicosocial, leña, ropa, nutrición adecuada y otras ayudas de la organización, muchos de ellos no podrían seguir el tratamiento correctamente.

MSF introdujo la terapia antirretroviral (ARV) para pacientes coinfectados con VIH y TB. Actualmente nueve pacientes la están recibiendo. La organización también da apoyo a los recientemente inaugurados programas nacionales de DR-TB en Tbilisi, la capital, y Abastumani, donde forma a personal de enfermería y a asesores que ayudan a mejorar la adherencia.

El programa de acceso a la salud para personas vulnerables en Abjasia se ha reducido. En 2008,

# INDIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria • Catástrofe natural

**PERSONAL EN EL TERRENO** 394

**A pesar del rápido crecimiento económico del país, millones de personas tienen poco o ningún acceso a la salud. MSF presta asistencia a poblaciones afectadas por conflictos, catástrofes naturales y enfermedades olvidadas en zonas rurales de India, y tratamiento de tuberculosis y VIH/sida a grupos marginales en Bombay y el estado de Manipur.**

En una clínica de Bombay, MSF ofrece atención gratuita y tratamiento a grupos marginales como transexuales, trabajadoras del sexo y homosexuales, que no tienen acceso a los servicios públicos de salud. El equipo también ofrece prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos y ha formado a personal de otras ONG y del Ministerio de Salud en asesoramiento y pruebas de VIH. En 2008, MSF realizó más de 4.200 consultas en Bombay, donde más de 300 pacientes VIH-positivos iniciaron la terapia antirretroviral (ARV).

En el estado de Manipur, al noreste del país, la población se ve afectada por un conflicto crónico de baja intensidad. MSF gestiona cuatro clínicas en las que ofrece atención básica de salud, tratamiento de VIH/sida y tuberculosis (TB), asesoramiento y servicios de maternidad.



había 143 personas, sobre todo ancianos, registradas en el programa.

### Desplazados por el conflicto

Decenas de miles de personas se vieron obligadas a desplazarse debido a los enfrentamientos en agosto de 2008. MSF prestó servicios de salud y apoyo psicológico a los desplazados en Tbilisi y Gori. Más de un 30% de las 8.500 consultas médicas realizadas fueron a enfermos crónicos. Muchas personas presentaban depresión, ansiedad, estrés postraumático y otros problemas psicológicos.

Aunque el personal internacional de MSF fue evacuado durante el conflicto, el personal nacional siguió con los programas de DR-TB y la mayoría de los pacientes pudieron continuar su tratamiento, lo que es de vital importancia, pues cualquier interrupción puede acarrear recaídas o complicaciones.

*MSF trabaja en Georgia desde 1993.*

**“Las primeras recuperaciones animan a los pacientes en tratamiento. La lucha diaria de médicos, enfermeros y el resto de personal es conseguir que los pacientes conserven las fuerzas para continuar con la medicación”. Jocelyne Madrilène, jefa de misión**



© Julie Diamond

En 2008 se realizaron más de 50.000 consultas en Manipur. Hasta la fecha, MSF ha ofrecido terapia ARV a 781 pacientes VIH-positivos. Una cuarta parte de estos pacientes en tratamiento han sido transferidos al programa nacional de lucha contra el VIH.

### Atención primaria en Chhattisgarh y Andhra Pradesh

Un conflicto de baja intensidad entre los rebeldes maoístas y las fuerzas gubernamentales han obligado a decenas de miles de personas a refugiarse en campos del Estado o a esconderse en la selva, donde hay muy poco acceso a servicios sanitarios. MSF ofrece atención primaria de salud y apoyo nutricional a la población en los campos de Chhattisgarh, en asentamientos de Andhra Pradesh y la zona fronteriza de Chhattisgarh, así como en comunidades del distrito de Bijapur. En 2008, las clínicas móviles de MSF trataron a más de 3.300 personas con malaria en las zona de Bijapur y Dantewada, y realizaron 32.600 consultas en los campos y asentamientos de Andhra Pradesh y la zona fronteriza de Chhattisgarh.

### Kala azar en Vaishali

MSF ofrece diagnóstico y tratamiento gratuitos a personas afectadas por el kala azar (leishmaniasis visceral) en el distrito de Vaishali, estado de

Bihar. En 2008, más de 4.800 pacientes se hicieron las pruebas y 1.974 fueron tratados con anfotericina B liposomal, una terapia relativamente nueva. La tasa de éxito es muy elevada: más del 98% de las personas tratadas se recuperan.

### Salud mental en Cachemira

En la parte de India del valle de Cachemira, MSF ofrece atención básica de salud y asesoramiento psicosocial a una población marcada por más de 20 años de violencia. En 2008, el equipo trató a 6.324 pacientes en sus consultas de salud mental. La organización también dio apoyo a seis clínicas del distrito de Kupwara con servicios de atención básica y de vacunación, realizando más de 10.000 consultas en 2008.

### Inundaciones en Bihar

En septiembre de 2008, MSF dispuso asistencia a decenas de miles de personas desplazadas cuando el río Koshi se desbordó e hizo estragos en el estado de Bihar. Muchas familias, ya muy pobres, perdieron todas sus pertenencias. MSF prestó asistencia médica a los damnificados por las inundaciones y distribuyó artículos de primera necesidad como lonas de plástico para cobijo y mantas a más de 18.000 personas. En 2008, los equipos de MSF realizaron más de 22.200 consultas.

*MSF trabaja en India desde 1999.*

**“La mayoría de la gente sabe muy poco o nada sobre la leishmaniasis visceral. Esta grave enfermedad se conoce como kala azar y su incidencia en India se sitúa entre las más altas del mundo. Hasta un 90% de los casos se dan en el estado de Bihar, afectando principalmente a las castas más bajas, a los más pobres entre los pobres. El tratamiento más habitual en Bihar es antiguo, doloroso y poco efectivo, pero sin tratamiento el kala azar es casi siempre mortal. El equipo de MSF en Bihar trabaja en el hospital de Hajipur, donde utilizó por primera vez a gran escala un medicamento que acorta el tratamiento a sólo 10 días y con una tasa de éxito de más del 98%. Nuestros pacientes son prueba de ello: ver cómo mejoran día a día es una experiencia maravillosa”.**

**Dr. Gaurab Mitra, médico de MSF en Bihar**

# INDONESIA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria • Catástrofe natural • Enfermedad endémica/epidémica PERSONAL EN EL TERRENO 137**

**MSF asiste a víctimas de enfermedades infecciosas, violencia y catástrofes naturales en Indonesia desde 1995. Ante la mejora de la capacidad del país para responder a desastres de ámbito nacional, MSF decidió poner fin a sus actividades a principios de 2009. Durante 2008, los equipos dieron seguimiento y respuesta a emergencias en zonas remotas.**

Aunque el número de emergencias que requerían asistencia por parte de MSF bajó en 2008, en noviembre la organización asistió a víctimas del terremoto en Sulawesi, en el centro del país, con actividades de salud mental y clínicas móviles. Casi 2.600 personas recibieron formación sobre gestión del estrés y qué hacer en caso de producirse otro terremoto. También se realizaron más de 1.000 consultas médicas.

Cuando el ciclón Nargis asoló Myanmar en mayo de 2008, el equipo de emergencia en Indonesia reaccionó rápidamente: en un mes llegaron ocho vuelos charter con 39.000 lonas para cobijo, 14.400 kits de higiene y otros artículos. En total se enviaron 260 toneladas métricas de materiales de ayuda a Yakarta, la capital indonesia, para asistir a los damnificados.

## Filariosis linfática: una enfermedad olvidada

Mientras se sopesaban los pros y contras de utilizar las pruebas rápidas de diagnóstico de la malaria en Asmat, un distrito pantanoso y de difícil acceso en la provincia de Papúa, MSF detectó alarmantes niveles de microfilaria, parásito causante de la filariosis linfática o elefantiasis. Endémica en 304 de los 414 distritos de Indonesia, se trata de una enfermedad olvidada en el país.

MSF intervino en dos fases: una campaña masiva de administración de medicación, seguida de cirugía para personas con filariosis crónica. La campaña se realizó en colaboración con las autoridades de salud locales, que garantizaron el seguimiento necesario durante los cuatro próximos años. En tres meses se

trataron 36.644 personas en siete subdistritos de Asmat y después se realizaron 36 intervenciones quirúrgicas.

## Salud materno-infantil

La malaria, la diarrea y las infecciones respiratorias son las principales causas de muerte y enfermedad infantil en el distrito de Asmat. Las duras condiciones de vida en la jungla y los pantanos suponen riesgos adicionales para la salud de las mujeres embarazadas. En 2008, MSF siguió con su programa para mejorar el acceso de poblaciones aisladas a la atención primaria y de urgencias. Se completaron programas como un sistema de referencia integral a nivel de las aldeas o un quirófano plenamente operativo en Agats. El equipo formó a personal sanitario, creó un sistema de transfusiones de sangre seguras, instaló un sistema de radio para que los habitantes de las aldeas pudiesen llamar a una barca-ambulancia en caso de urgencia y realizó más de 8.000 consultas mediante clínicas móviles en pueblos de distritos remotos. También se invirtieron muchos esfuerzos en promoción de la salud, ya que mucha gente no estaba familiarizada con la medicina moderna.

*MSF trabaja en Indonesia desde 1995.*



# KIRGUIZISTÁN



© Alexander Glyadyelov

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 48

**La tuberculosis (TB) es la principal causa de muerte en las cárceles de Kirguizistán. Su prevalencia es 35 veces más alta que en el sector civil, así como la proporción de formas resistentes de la enfermedad. Las malas condiciones de ventilación, hacinamiento y nutrición contribuyen al contagio, y los hospitales penitenciarios carecen del personal cualificado y el equipamiento necesarios.**

MSF colabora en el tratamiento de la TB en una cárcel y un centro de reclusión cautelar en la capital, Bishkek, al norte del país. Este proyecto se lleva a cabo en colaboración con el departamento médico de la administración penal, el Ministerio de Justicia y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). MSF se encarga de la detección y diagnóstico de los casos sospechosos, y trata a los reclusos con TB sensible a los medicamentos de primera línea, mientras que el CICR se centra en el tratamiento de pacientes con formas multiresistentes a los medicamentos.

En 2008, MSF renovó las celdas y los servicios de TB en las cárceles, asegurando la rigurosa separación de los pacientes de TB con diferentes formas de la enfermedad, a fin de evitar infecciones cruzadas y más contagios. La organización también equipó los laborato-

rios de los presidios y sigue suministrando los materiales necesarios, al tiempo que ha ayudado a crear un sistema para agilizar el diagnóstico de la TB resistente a la medicación de primera línea en el laboratorio nacional de TB.

En las cárceles apoyadas por MSF, los pacientes con TB son examinados y vacunados contra la hepatitis B. Los equipos médicos y psicosociales aseguran la aplicación de los protocolos de tratamiento y la adherencia de los pacientes a los mismos. En 2008, MSF ayudó a tratar a 400 pacientes con TB sensible a los medicamentos y a 50 con cepas resistentes a los de primera línea.

*MSF trabaja en Kirguizistán desde 2005.*

**“La principal dificultad para los reclusos en tratamiento de TB que son puestos en libertad es la falta de interacción e información entre las cárceles y el mundo exterior. La TB es un problema social complejo y multifacético que no puede gestionarse únicamente con tratamiento médico. Hay voluntad política para abordar este problema, pero no se está haciendo mucho al respecto”.**

**Markus Frits, jefe de misión de MSF**

# MYANMAR

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria • Catástrofe natural  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 1.427

**En mayo de 2008, el ciclón Nargis hizo estragos en el delta del río Irrawaddy, dejando un balance de 130.000 muertos y desaparecidos. La catástrofe fue un duro golpe para un pueblo sometido hace décadas a la represión, el olvido y un conflicto de baja intensidad. Muchas personas viven en la miseria y sin los derechos humanos más básicos.**

## Ayuda tras el ciclón Nargis

MSF inició su intervención dentro de las primeras 48 horas del paso del ciclón. En el momento más crítico, cuando el Gobierno restringió la ayuda externa, MSF suministró alimentos, abrigo, agua, atención sanitaria y artículos de primera necesidad a los damnificados. Cuando mejoró el acceso, MSF amplió sus actividades con apoyo psicosocial.

Entre mayo y noviembre, unos 450 trabajadores asistieron a una población de más de 520.000 personas en cuatro municipios, Laputta, Ngapudaw, Phya Pon, Bogaley (con más 1.100 aldeas) hasta que las necesidades más básicas quedaron cubiertas. Sin embargo, algunas actividades como nutrición y salud mental continuaron más tiempo en algunas zonas de difícil acceso que carecían de asistencia adecuada. En todo el delta, el apoyo a la reconstrucción con actividades de agua y saneamiento, nutrición y suministros sigue siendo crucial.

## Asistencia a los más vulnerables

Aquejado de una escasez crónica de recursos, el sistema de salud de Myanmar apenas puede atender a cientos de miles de personas con enfermedades infecciosas tratables como malaria, tuberculosis y VIH/sida. El gasto nacional en salud es de sólo un 0,3% del producto interior bruto, la proporción más baja del mundo. La ayuda oficial al desarrollo para Myanmar también es de las más bajas por persona.

## Atención de VIH/sida

Se estima que 240.000 personas están infecta-



© Eyal Warshawski

das con el VIH y que 76.000 de ellas necesitan tratamiento antirretroviral (ARV) urgente, aunque poco menos del 20% lo reciben. Gran parte del tratamiento disponible en Myanmar lo proporciona MSF. En Yangon, la capital, en los estados de Shan, Kachin y Rakhine, y en la división de Thanintaryi, MSF presta atención integral a 16.000 pacientes de VIH/sida, 11.000 de ellos en tratamiento ARV, y ofrece prevención e información a grupos de alto riesgo como trabajadoras del sexo, drogadictos y jornaleros inmigrantes.

Además de suministrar ARV, MSF sigue presionando al Gobierno de Myanmar y a la comunidad internacional para que amplíen los servicios de atención de VIH de forma urgente e inmediata, especialmente la provisión de tratamiento ARV.

## Coinfección VIH-TB

En sus clínicas, MSF también ofrece atención y tratamiento de tuberculosis (TB), una de las infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH/sida. En 2008, MSF admitió a

más de 2.800 pacientes de TB, ofreciendo suplementos alimenticios y ayudas para el transporte a los más vulnerables. En la división de Thanintaryi, en el sur de Myanmar, MSF proporciona atención de VIH y TB en tres municipios del distrito de Dawei. En el municipio de Thayetchaung, la organización también dispensa atención primaria de salud. En marzo de 2008, MSF abrió un programa de TB en dos municipios de Dawei, ofreciendo educación para la salud, diagnóstico gratuito y tratamiento.

## Tratamiento de malaria

La malaria es una de las principales causas de muerte en Myanmar. MSF realiza pruebas y ofrece tratamiento en zonas endémicas. En el estado de Rakhine, por ejemplo, MSF da apoyo a 30 clínicas y tres equipos móviles ofrecen diagnóstico y tratamiento. En 2008, el equipo de MSF en Rakhine trató a más de 200.000 personas.

*MSF trabaja en Myanmar desde 1992.*

# NEPAL

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Conflicto armado** • **Catástrofe natural**

• **Enfermedad endémica/epidémica**

PERSONAL EN EL TERRENO 114

**Décadas de olvido han dificultado el desarrollo y la mejora del sistema sanitario en Nepal, que carece de equipamiento y personal motivado. MSF trabaja en el distrito de Kalikot desde 2005, donde ha convertido el centro de salud local en un hospital de distrito con servicios de atención primaria y secundaria.**

En 2008, el equipo de MSF, junto con el personal del Ministerio de Salud y Población nepalí, realizó 22.688 consultas externas, 170 intervenciones quirúrgicas y 66 cesáreas en el hospital de Kalikot.

## Clínicas móviles y apoyo hospitalario

MSF inició un nuevo proyecto en Terai, en el centro del país, una zona afectada por tensiones interétnicas y disturbios internos. El equipo ofreció atención sanitaria gratuita a través de clínicas móviles y atendió a unos 12.000 pacientes durante el año.

Recientemente el proyecto se ha ampliado para dar apoyo al hospital del distrito, sobre todo en salud materno-infantil y cirugía obstétrica de urgencia.

## Partos seguros

Las mujeres nepalíes tienen muy poco acceso a parteras cualificadas. Seguir recurriendo a las prácticas tradicionales puede llevar a altas tasas de mortalidad materna y neonatal. Katrien Coppens, responsable de operaciones, quedó impactada por las historias de las mujeres de Terai: "Todas, sin excepción, habían perdido por lo menos un hijo durante el embarazo o el parto. Una mujer contó que había perdido cuatro bebés. En esta zona es muy importante que madres e hijos tengan acceso a controles médicos regulares".

MSF sensibiliza a la comunidad sobre la importancia de que las mujeres busquen asistencia en su centro y que lo hagan a tiempo. Allí pueden acceder, entre otros, a servicios de planificación familiar y controles prenatales. En noviembre, MSF abrió una casa de espera para embarazadas al final de la gestación y en situación de riesgo, como las que esperan mellizos o aquellas con problemas médicos previos. Al estar en la casa de espera antes de la fecha prevista del alumbramiento, las mujeres tienen más oportunidades de tener un parto seguro.

## Atención nutricional y preparación a emergencias

Varias evaluaciones nutricionales revelaron una tasa de desnutrición aguda global del 10,8% en la zona. MSF puso en marcha programas nutricionales móviles con los que pudo tratar a varios miles de niños desnutridos y abrió un centro provisional en una remota zona montañosa de difícil acceso para dar respuesta a la emergencia. El equipo realizó actividades de preparación a emergencias en un área especialmente vulnerable al cólera, debido a la falta de agua, un saneamiento

insuficiente y unas prácticas de higiene muy deficientes. Se realizaron más de 2.200 consultas y más de 450 niños fueron admitidos en el programa nutricional.

## Inundaciones del río Koshi

El 18 de agosto, el desbordamiento del río Koshi inundó una extensa región en la frontera de India y Nepal, afectando a unos dos millones de personas. MSF desplegó un equipo en la parte nepalí de la frontera, donde había unos 50.000 damnificados. Durante dos meses, el equipo se centró en dar asistencia médica de emergencia y en prevenir el cólera.

En 2009, MSF traspasará su proyecto de Kalikot al Ministerio de Salud y Población nepalí, manteniendo su presencia en Terai y su capacidad de respuesta rápida a emergencias.

*MSF trabaja en Nepal desde 2002.*



# PAKISTÁN

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Conflicto armado** • **Violencia social/ Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 478**

Los crecientes ataques contra civiles provocaron el desplazamiento de cientos de miles de personas en 2008. Las condiciones de vida y la salud de la población se han deteriorado, en un país que ya tenía altas tasas de mortalidad materno-infantil. Las mujeres y los niños en zonas rurales de la provincia de la Frontera Noroeste, las zonas tribales y Baluchistán son especialmente vulnerables, dada la escasez de personal sanitario y los altos precios de los servicios sanitarios. Aunque hay más necesidades, la prestación de ayuda se ha visto muy limitada por la inseguridad y los ataques selectivos contra trabajadores humanitarios.

En las regiones de Bajaur Agency, Swat y Mohmand, los ataques suicidas o aéreos y los enfrentamientos causaron cientos de muertos y heridos, obligando a miles de personas a dejar sus casas. En octubre de 2008, un pico de violencia provocó la huida de unas 600.000 personas a regiones vecinas y a Islamabad, Lahore y Karachi en pocos días. Muchos se refugiaron en casas particulares, mezquitas, escuelas y campos improvisados. MSF distribuyó alimentos y artículos de primera necesidad como estereras, mantas, material de abrigo y kits de higiene. Los equipos también instalaron servicios de agua y saneamiento en los campos. MSF adaptó sus programas de atención sanitaria para responder al aumento de víctimas de la violencia, donando suministros médicos para tratar a los heridos, ayudando en las referencias de pacientes y tratando casos de diarrea acuosa en las estructuras de salud locales, por la pobre calidad del agua.

Cuando las clínicas locales empezaron a cerrar a causa de la inseguridad, MSF organizó clínicas móviles junto con agentes de salud locales y creó un servicio de ambulancias claramente identificable para trasladar a los pacientes de forma segura. Durante los muchos toques de queda impuestos por los militares, la ambulancia de MSF fue el único

## IN MEMORIAM

El 1 de febrero de 2009, dos miembros de MSF murieron durante los enfrentamientos en el distrito de Swat, al noroeste de Pakistán. Riaz Ahmad, de 24 años, y Nasar Ali, de 27, salieron de Mingora en dos ambulancias para recoger a varios heridos durante los combates cerca de Charbagh.

Pese a estar claramente identificadas como vehículos sanitarios, ambas ambulancias fueron blanco de los disparos, segando las vidas de Riaz y Nasar. Ambos estaban trabajando en su día libre, como muestra de su compromiso con MSF y la población de Swat. Su dedicación y su entrega serán siempre un ejemplo para muchos, dentro y fuera de MSF.



© Seb Geo

vehículo con permiso para circular, llevando a 700 pacientes en un cinco meses, principalmente mujeres de parto y víctimas de la violencia. Este servicio fue suspendido en Swat, tras la muerte de dos miembros de MSF que quedaron atrapados en un tiroteo.

En Kurram Agency, la asistencia también es cada vez más difícil a causa de la violencia y la inseguridad generadas por los grupos armados que operan en la zona. Además de atención materno-infantil, cirugía obstétrica y servicios neonatales, el equipo ofreció suministros de emergencia durante los enfrentamientos y artículos de primera necesidad a las familias desplazadas.

## Terremoto en Baluchistán

En octubre se produjo un terremoto de 6,4 grados en la región montañosa del noroeste de Baluchistán. La mayoría de las casas de ladrillos de adobe quedaron destruidas. El balance oficial fue de unas 300 personas muertas, 35.000 heridas y 40.000 sin hogar. A pesar del frío, la gente se vio obligada a dormir a la intemperie por miedo a las réplicas. El equipo de MSF ofreció apoyo médico de emergencia, material de socorro y atención de salud mental.

## Infecciones en Manshera

MSF abrió un programa en el distrito de Manshera para responder a la leishmaniasis cutánea, una infección parasitaria. La organi-

**“Conseguir la aceptación de la población es todo un reto cuando se empieza a trabajar en una nueva zona. Una madre había traído a su hijo de 2 años, tras un largo camino en una vieja carreta tirada por una mula. El niño tenía desnutrición severa y le dimos un alimento terapéutico rico en vitaminas y minerales. La primera vez la madre vino sola con el niño, pero cuando volvió para hacerle un control, la acompañaban su madre y su suegra. El bebé estaba mucho mejor. Tenía una deficiencia de vitamina A, posiblemente desde su nacimiento, y se había quedado ciego. Las mujeres dijeron que antes solía quedarse tumbado y quieto, pero ahora estaba mucho más activo y vivaracho. Vi lágrimas de felicidad recorrer el rostro de la madre. Esto es lo mejor, mejor que las palabras, y me hace sentir que lo que estamos haciendo realmente vale la pena”.**

**Aleem Shah, responsable del programa en Baluchistán**

# PAPÚA NUEVA GUINEA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO** 32

**Un 40% de la población del país vive por debajo del umbral de la pobreza, según la Organización Mundial de la Salud. La violencia en todos los niveles sociales supone una pesada carga para la salud y las causas son complejas. Según el informe 2008 de AusAID (Australia's aid program), dos de cada tres mujeres son objeto de violencia doméstica y una de cada dos ha sido violada en relación a conflictos tribales.**



zación estima que en algunas aldeas, del 60 al 70% de los niños están infectados. Los casos son referidos al hospital de distrito en Darband, donde un equipo médico de MSF trabaja en consultas externas, servicios hospitalarios y urgencias.

## Asistencia a refugiados

En Baluchistán, MSF atiende a refugiados afganos prestando apoyo de salud materno-infantil en Kuchlak, una ciudad cercana a la capital, Quetta. En la ciudad fronteriza de Chaman, las agencias de salud luchan para poder asistir a la población residente, por lo que MSF se ocupa de las comunidades locales y los pacientes afganos, ofreciendo atención de salud reproductiva, obstetricia de urgencia, servicios neonatales y apoyo nutricional.

En septiembre, MSF fue autorizada a abrir nuevos proyectos en los distritos orientales de Jafarabad y Nasirabad, tras detectarse desnutrición. A finales del año, 1.300 niños habían sido admitidos en el programa nutricional, al que se incorporó atención salud materno-infantil.

*MSF trabaja en Pakistán desde 2000.*



En 2008, MSF colaboró con un centro de apoyo para mujeres y niños en la ciudad costera de Lae, la segunda área metropolitana más grande al este del país. El personal de MSF ofreció atención médica y psicológica a víctimas de violencia sexual y doméstica en dicho centro. En diciembre de 2008, un año después de que el centro abriera sus puertas, el equipo había atendido a más de 2.500 pacientes.

En septiembre de 2008, MSF empezó a prestar atención quirúrgica en el hospital local de la ciudad de Tari, al oeste de la isla, que había sido abandonado durante los últimos 10 años a causa de la inseguridad. MSF dispensa asistencia urgente, cirugía para víctimas de la violencia y atención obstétrica en el hospital. A finales de diciembre de 2008, MSF había realizado más de 1.000 consultas en sólo tres meses.

*MSF trabaja en Papúa Nueva Guinea desde 2007.*

**Naomi tiene 30 años, es madre soltera, activista y vive en Lae.**

**"Fui víctima de un robo y una violación. Me cogieron el bolso y salí corriendo. Me persiguieron y, cuando caí, uno de ellos intentó apuñalarme y me violó. Después me venían imágenes de lo ocurrido y tenía pesadillas. Cuando vine a ver a la asesora, me dijo que no era culpa mía. Seguí sus consejos y me ayudó, ahora estoy contenta. Quiero ayudar a concienciar a las mujeres y los niños víctimas de abusos sobre el tratamiento y el asesoramiento que ofrece el centro".**

# FILIPINAS

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Conflicto armado**  
PERSONAL EN EL TERRENO 2



© Andrew Caballero-Reynolds

**Desde que se rompieron las negociaciones de paz entre el Gobierno filipino y el Frente Moro de Liberación Islámica (FMLI) en agosto de 2008, los enfrentamientos se reanudaron en algunas partes de la isla de Mindanao. La repentina violencia obligó a cientos de miles de personas a abandonar sus hogares. Este periodo de incertidumbre duró cinco meses, al cabo de los cuales, muchas personas que habían huido no tenían adonde volver, puesto que sus aldeas habían sido reducidas a cenizas.**

Algunas personas encontraron refugio con familias de acogida, aunque muchas de ellas estaban casi al límite de unos muy escasos recursos. Otros desplazados se asentaron en refugios improvisados en el monte o al borde de los caminos y otros se instalaron en centros de evacuación gubernamentales. MSF ofreció asistencia médica, agua limpia y servicios de saneamiento a los desplazados en la Región XII y en la Región Autónoma del Mindanao Musulmán.

La organización también proporcionó personal adicional y medicamentos a los centros de salud desbordados por el flujo de nuevos pacientes. En la ciudad de Datu Piang, por ejemplo, la población creció de 42.000 a 82.000 personas en pocos meses, colapsando los servicios de salud locales.

Los equipos de MSF llevaron clínicas móviles a 10 asentamientos de desplazados, realizando unas 3.000 consultas durante los últimos meses de 2008. La mayoría de los casos estaban directamente relacionados con las precarias condiciones de vida, como infecciones respiratorias por tener que dormir a la intemperie y diarreas por beber agua contaminada.

*MSF empezó a trabajar en Filipinas en 2008.*

# SRI LANKA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN  
• **Conflicto armado** • **Catástrofe natural**  
PERSONAL EN EL TERRENO 128

**El conflicto entre el Ejército de Sri Lanka y el grupo rebelde Tigres de Liberación de la Tierra Tamil (LTTE por sus siglas en inglés) se recrudeció en 2008. En enero, el Gobierno rompió unilateralmente seis años de alto el fuego y arreció sus ataques contra el LTTE, ganando progresivamente el control de territorios clave bajo control rebelde en el norte del país.**

Los intensificación de los combates en las líneas de frente agravó la ya difícil situación de la población civil, oprimida durante años por las acciones impunes de distintos grupos



armados. Los secuestros, ejecuciones ilegales, arrestos arbitrarios y restricciones de movimientos dejan a la gente en un constante estado de miedo que limita su acceso a la atención sanitaria.

En 2008, MSF dio apoyo a hospitales locales en zonas de conflicto bajo control gubernamental en Point Pedro, Vavuniya y Mannar, así como en Kilinochchi (zona de Vanni), un territorio controlado por el LTTE, hasta que en septiembre de 2008 el Gobierno ordenó abandonar estas zonas a todas las ONG. Los proyectos ofrecían apoyo médico y quirúrgico, así como atención obstétrica, ginecológica y de urgencias en estructuras del Ministerio de Salud. En 2008 se hicieron 1.885 intervenciones quirúrgicas y 2.550 partos fueron atendidos. Desde su expulsión, MSF ha estado pidiendo acceso a las autoridades para poder asistir a los civiles atrapados en las zonas de conflicto.

En Point Pedro, en el extremo norte de la península de Jaffna, el hospital universitario da cobertura a una población de 100.000 personas, pero carece de especialistas, equipamiento médico y medicamentos. Las restricciones de movimientos impiden trasladar a pacientes al hospital, el único de referencia. En colaboración con el Ministerio de Salud, MSF realizó controles prenatales e intervenciones quirúrgicas en otros dos hospitales locales y formó al personal del hospital en atención médica y paramédica de urgencias, higiene, curas y observación de pacientes.

En el distrito de Vavuniya, MSF da apoyo al hospital general desde 2006 con especialistas como anestesistas, cirujanos y técnicos de laboratorio. Tras efectuar una evaluación nutricional en el distrito, más de 150 niños fueron tratados en un programa nutricional móvil. MSF también colabora con una ONG

local que trabaja en salud mental, formando al personal y ofreciendo supervisión clínica a fin de mejorar la calidad de la atención.

Hasta septiembre de 2008, MSF trabajó en Kilinochchi, en zona controlada por el LTTE. La mayoría de la población en la zona de conflicto ha tenido que dejar sus casas y vive en condiciones muy básicas. En noviembre, importantes inundaciones destruyeron los arrozales, lo que acarreó un mayor deterioro de las condiciones de vida en Vanni. Las inundaciones también desplazaron a miles de personas en Point Pedro. MSF distribuyó alimentos y artículos de primera necesidad entre los desplazados. En diciembre de 2008, MSF dejó de dar atención quirúrgica y obstétrica de urgencia en el hospital de Mannar.

*MSF trabaja en Sri Lanka desde 2007.*



# TAILANDIA



© Espen Rasmussen

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**

**PERSONAL EN EL TERRENO 221**

**MSF ofrece asistencia médica a desplazados, grupos vulnerables, minorías étnicas y migrantes que de otra forma no tendrían acceso a atención sanitaria.**

## Traspaso de proyectos de VIH/sida

MSF introdujo la terapia antirretroviral (ARV) en Tailandia a finales de 2000. Con ello se pudo demostrar que el tratamiento del VIH/sida, aunque complejo y de por vida, podía administrarse en entornos con pocos recursos. En colaboración con el Ministerio de Salud y contrapartes locales, MSF ha ofrecido tratamiento y atención a miles de personas.

También ha dado apoyo a grupos de pacientes y a la sociedad civil tailandesa en su lucha por el acceso a tratamientos de calidad asequibles mediante la producción de medicamentos genéricos. Ampliamente elogiada por su acceso universal a tratamiento ARV, Tailandia ha mejorado progresivamente la capacidad y calidad de su atención de VIH. El Gobierno tailandés ha podido incluir a más pacientes de grupos étnicos minoritarios y migrantes en su programa nacional de salud, lo que ha permitido a MSF traspasar todos sus proyectos de VIH/sida en 2008.

## Tuberculosis en Mae Sot

En Mae Sot, en la frontera con Myanmar, MSF trata a inmigrantes indocumentados birmanos con tuberculosis (TB) y TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB en inglés) desde 1999. La TB es endémica en Tailandia y Myanmar y representa un grave problema para una pobla-

ción con un acceso limitado a la atención sanitaria. En 2008, MSF realizó 4.620 consultas: 319 pacientes dieron positivo de TB y 43 empezaron el tratamiento de MDR-TB. MSF también ofrece atención de VIH/sida y tratamiento ARV a pacientes VIH-positivos y coinfectados con TB. En 2008, se realizaron 2.085 consultas de VIH/sida y 52 nuevos pacientes VIH-positivos se incorporaron al programa.

## Malaria en Sangklaburi

En Sangklaburi, a lo largo de la frontera birmana, MSF gestiona un proyecto transfronterizo de malaria que da apoyo a la minoría étnica mon que vive en asentamientos y aldeas del estado Mon, dentro de Myanmar. La malaria es endémica en la zona. El equipo realizó más de 13.542 consultas, confirmó 4.360 casos de malaria y distribuyó 8.381 mosquiteras, cubriendo las necesidades de 16.698 personas en 2008. MSF también proporcionó medica-

Patchara, de 43 años, está cumpliendo el último de tres años de condena en la penitenciaría de Minburi, en Bangkok. "Di positivo de VIH en otra cárcel. Por aquel entonces había mucho estigma sobre la enfermedad. Allí no había medicación para el VIH/sida y veías morir a las mujeres unas tras otras".

Patchara contrajo su primera infección oportunista en Minburi, donde MSF había trabajado con el Departamento de Correccionales para dar atención y tratamiento de VIH/sida. "En Minburi el ambiente era muy distinto. El personal me animó a hacerme las pruebas, me dio apoyo moral y en marzo de 2006 empecé el tratamiento antirretroviral".

Para Patchara, la información jugó un papel decisivo en la nueva cárcel, junto con la disponibilidad de tratamiento. "Aquí puedo desvelar mi situación, no hay discriminación porque sabemos más sobre las vías de transmisión y que el VIH no significa la muerte. Los grupos de apoyo para personas con VIH/sida de la cárcel son de gran ayuda y puedo consultarles siempre que lo necesito".



mentos esenciales a nueve puestos de salud en el estado Mon y regularmente hace pequeñas campañas de vacunación.

### Atención a refugiados en Petchabun y a migrantes en Phang Nga

En el norte de Tailandia, MSF ofrece atención de salud a refugiados laosianos de la etnia hmong en el campo de desplazados de Huai Nam Khao (provincia de Petchabun), desde julio de 2005. En 2008, el Gobierno tailandés repatrió a más de 2.000 personas a Laos, quedando solamente 5.700 hmongs en Petchabun a finales de año. Como protesta, los hmong se manifestaron, cientos hicieron huelga de hambre y el campo de refugiados fue incendiado, lo que les dejó sin apenas acceso a agua potable segura y a unas condiciones de saneamiento adecuadas durante semanas. MSF es la única organización activa en Petchabun y ha denunciado repetidamente

la repatriación forzosa de los hmong.

En 2008, MSF realizó más de 25.100 consultas, principalmente por infecciones respiratorias, diarrea e infecciones cutáneas, y más de 2.500 controles prenatales en Petchabun. Tres psicólogos ofrecen apoyo de salud mental en el campo, del que MSF también es responsable de distribuir alimentos y artículos de primera necesidad.

En Phang Nga, MSF atiende a migrantes sin papeles birmanos que trabajan en Tailandia, a través de clínicas móviles y dando apoyo al hospital y a puestos de salud locales. En 2008, se registraron más de 3.600 consultas y 235 ingresos en el hospital, además de 1.500 controles prenatales y 222 partos. En diciembre, MSF inició el traspaso de sus actividades, cuyo final está previsto para mediados de 2009.

*MSF trabaja en Tailandia desde 1985.*

## TURKMENISTÁN

### MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria** • **Enfermedad endémica/epidémica**

PERSONAL EN EL TERRENO 65

**El trabajo de MSF en Turkmenistán choca con un entorno restrictivo que limita su capacidad de desarrollar programas médicos efectivos. Hay pocos datos de salud fiables en el país: oficialmente, enfermedades como el VIH/sida no existen y la verdadera prevalencia de otras enfermedades infecciosas es muy difícil de determinar. Mientras tanto, los pacientes carecen de acceso a tratamiento, aumentando los riesgos para la salud pública.**

MSF está presente en Turkmenistán desde 1999 y actualmente trabaja en Magdanly, en la remota región de Lebap Velayat, al este del país. En el hospital de distrito, el equipo de MSF da apoyo a los servicios de salud materna, pediatría y laboratorio.

El equipo cumple funciones de asesoría y visita los puestos de salud cercanos. Una de las principales actividades es la formación de médicos y enfermeros locales en los estándares internacionales para el tratamiento de enfermedades. MSF también renovó las instalaciones de salud locales, aportando medicamentos, material médico y equipamiento de laboratorio.



La organización está negociando la apertura de un nuevo proyecto en Turkmenabad, la segunda ciudad más grande del país, para tratar a pacientes de tuberculosis (TB) simple y resistente a los medicamentos, y a pacientes de TB coinfectados con VIH. Éstos serán los primeros servicios de este tipo en Turkmenistán.

*MSF trabaja en Turkmenistán desde 1999.*

# UZBEKISTÁN



© Stephan Grosse Rueschkamp

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 96

**En la región autónoma de Karakalpakstán, MSF trata la tuberculosis (TB) multi-resistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés) en el hospital de Nukus, la capital. El programa de tratamiento está en su segundo año de traspaso al Ministerio de Salud. La gestión de nuevas admisiones fue oficialmente traspasada en julio de 2008.**

La incidencia de MDR-TB en la región es una de las más altas del mundo: se estima en un 13% para nuevos casos y en un 40% para pacientes ya tratados. Algunos de ellos desarrollan cepas de TB resistentes a los medicamentos de segunda línea, diseñados para tratar la TB resistente a los antibióticos más habituales.

En 2008, más de 230 personas fueron admitidas en el hospital de Nukus. Podrían haber sido más, pero el Ministerio de Salud tuvo que restringir las nuevas admisiones debido a un retraso en la aprobación del suministro de medicamentos de segunda línea para la TB. En total, 830 pacientes fueron registrados en el programa de MSF.

Los pacientes con MDR-TB deben permanecer en el hospital una media de dos meses. Después tienen que seguir el tratamiento entre 18 meses y dos años más. Por varias razones, muchos no consiguen adherirse al tratamiento

cuando salen del hospital. La tasa de éxito del tratamiento es del 59%; el objetivo es llegar a más del 70%.

MSF ha habilitado un moderno laboratorio micobacteriológico en Nukus para hacer pruebas de sensibilidad a medicamentos. El componente psicosocial del programa también es decisivo: los pacientes pueden hablar con sus asesores sobre cómo llevar los efectos secundarios, saber más sobre la enfermedad y su tratamiento y sobre las implicaciones que la TB puede tener en su vida. MSF apoya las actividades de asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH/sida, y forma al personal en temas como control de infecciones, atención ambulatoria, manejo de efectos secundarios, nuevos métodos diagnósticos, mejora de la adherencia al tratamiento y recogida y transporte de muestras.

*MSF trabaja en Uzbekistán desde 1997.*

**Makset, de 36 años, recibe tratamiento de MDR-TB desde agosto de 2006. Se supone que lo debía haber completado en mayo de 2009. Un frotis de esputos confirmó que ya no era contagioso y fue dado de alta del hospital para empezar la fase ambulatoria, pero volvió al poco tiempo. Vivía muy lejos para recoger la medicación con regularidad y no tenía comida; fue trasladado a la sala de TB negativos del hospital para ser debidamente atendido. A principios de 2009, volvió a ser contagioso y fue trasladado a la sala de TB positivos. Durante más de dos años, Makset apenas ha salido del hospital. Como él, muchos pacientes pasan meses en la sala de TB negativos porque no tienen a donde ir. Algunos no tienen hogar y otros son rechazados por sus familias por el estigma asociado a la enfermedad.**

# América

---



## PAÍSES

- 66 | BOLIVIA
- 67 | BRASIL
- 68 | COLOMBIA
- 69 | GUATEMALA
- 69 | HONDURAS
- 70 | HAITÍ

## BOLIVIA



© Anna Surinyach

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica  
**PERSONAL EN EL TERRENO** 33

La enfermedad de Chagas es endémica en el 60% del territorio boliviano. El acceso a diagnóstico y tratamiento es limitado, y prácticamente no lo hay para mayores de 15 años. MSF está tratando a niños y a adultos, y está promoviendo un mayor acceso a tratamiento, por el que también aboga ante las autoridades. Hasta la fecha, MSF ha tratado a casi 3.000 pacientes con Chagas en Bolivia. El reto es desmitificar la enfermedad e integrar su tratamiento al sistema público de salud.

MSF abrió un proyecto en Sucre en 2005 y mejoró el acceso a diagnóstico y tratamiento para menores de 18 años en este entorno semiurbano. Este programa se cerró en marzo de 2008.

En Cochabamba, MSF trabaja en cinco centros con el Ministerio de Salud, a fin de integrar el diagnóstico y tratamiento del Chagas al sistema de salud. Los controles semanales permiten detectar los efectos secundarios a

tiempo para referir a los pacientes al hospital si es necesario. En 2008, MSF trató a más de 500 pacientes.

En Tarija, MSF cerró su proyecto en 2006, habiendo tratado a casi 1.400 niños. En 2008, un equipo vio a 969 de estos niños de nuevo para comprobar la eficacia del tratamiento y el impacto del proyecto a largo plazo.

*MSF trabaja en Bolivia desde 1986.*

Pamela es de Cochabamba, tiene 21 años y dos hijos: Griselda, de uno, y Kevin, de tres.

“Un día estaba en el centro de salud esperando para ver al médico. Una mujer se acercó y empezó a hablarme del Chagas. No le presté atención hasta que dijo que la *vinchuca* era el insecto que transmitía la enfermedad. Me di cuenta de que mi casa estaba llena de estos bichos cuando era pequeña. Me convenció para que me hiciera la prueba: di positivo y mis hijos también. Lloré mucho. Les había transmitido la enfermedad durante el embarazo. Recibimos tratamiento los tres y ahora estamos bien. Estoy muy agradecida porque la medicación fue totalmente gratuita. Pocos centros de salud lo hacen, e incluso menos tratan a personas mayores de 15 años”.

**“Mi mamá murió de Chagas cuando yo era pequeña. Ahora tengo 25 años y he conseguido tratamiento”.**

Rosario, paciente del centro de salud de Cerro Verde

# BRASIL

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**

PERSONAL EN EL TERRENO 45



© Roberto (Bear) Guerra

**Las bandas armadas han controlado durante años los barrios marginales de Río de Janeiro, conocidos como favelas, donde reclutan a jóvenes como soldados e imponen rigurosas reglas sociales que incluyen duros castigos para los que las vulneran. La lucha entre bandas armadas por el control territorial, así como los enfrentamientos entre las fuerzas policiales y los grupos dominantes dejan a miles de personas atrapadas por la violencia en su vida cotidiana.**

En una de estas favelas, Complexo do Alemão, MSF gestiona un centro médico que ofrece atención urgente y apoyo psicosocial. El barrio es un conglomerado de 11 comunidades a las afueras de Río, donde viven 150.000 personas. El servicio de urgencias de MSF presta asistencia inmediata a víctimas de la violencia. Una vez estabilizados, los pacientes son referidos a un hospital estatal fuera de la comunidad. Las ambulancias de MSF también recogen a pacientes en sus domicilios. Debido a los controles y a los bloqueos impuestos por las bandas armadas, ninguna otra ambulancia puede entrar en la zona. Pacientes con urgen-

cias médicas como la forma hemorrágica de dengue, una enfermedad estacional en Río, también son atendidos en el centro de MSF. En 2008, se registraron 11.315 consultas en Complexo do Alemão. Casi una tercera parte de los pacientes eran menores de 5 años.

El impacto sobre la salud mental que supone vivir permanentemente rodeado de violencia es enorme. MSF prestó apoyo psicológico a unas 900 personas en 2008. La mayoría de ellas se habían visto atrapadas por los enfrentamientos o habían presenciado actos violentos. Una de cada 10 personas en Complexo do Alemão tiene un familiar asesinado.

Para dar a conocer los servicios del centro, un equipo de cuatro promotores de salud comunitarios actúa de enlace con escuelas, iglesias e

**“Una de nuestras metas es reducir el tiempo entre el traumatismo y la hospitalización. Debemos atender al paciente dentro de los primeros 60 minutos tras el incidente”.**

**Gianfranco De Maio, médico de MSF**

instituciones locales, organiza actividades de calle y realiza visitas a domicilio.

*MSF trabaja en Brasil desde 1991.*

**“Con un servicio de urgencias aquí, en la comunidad, podemos ir y recibir atención médica mucho más rápido que si tuviéramos que ir al hospital”.**

**Paciente del centro de urgencias de MSF en Complexo do Alemão**

# COLOMBIA



## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Conflicto armado • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 294**

**En 2008 Colombia experimentó el mayor aumento del número de desplazados desde 1985, debido a conflictos territoriales vinculados al narcotráfico, agravando la ya alarmante crisis humanitaria que sufre el país. La asistencia a los más afectados es limitada. En todo el país se requiere atención de salud mental para las víctimas de la violencia, mientras la población rural y de entornos urbanos marginales sigue sufriendo por enfermedades prevenibles y tratables.**

Los equipos de MSF llevan a cabo programas en 17 de los 32 departamentos de Colombia. Las actividades incluyen atención primaria de salud, salud mental, clínicas móviles en zonas urbanas y rurales, salud reproductiva, urgencias obstétricas, atención a víctimas de violencia sexual, controles prenatales, actividades de agua y saneamiento, rehabilitación básica de estructuras de salud, asesoramiento voluntario y respuesta a emergencias.

En la zona de Urabá, las clínicas móviles de MSF llevan atención médica a las comunidades más aisladas en las zonas rurales de los alrededores de Saiza y Río Sucio. El equipo también da apoyo a hospitales, ofreciendo servicios de salud mental y salud reproductiva, con más de 14.700 consultas realizadas en 2008. En el departamento de Norte de Santander, los equipos asisten a comunidades aisladas por el conflicto en El Tarra y La Gabarra. A través de clínicas móviles, en 2008 realizaron más de

8.400 consultas a poblaciones rurales desplazadas.

En los departamentos de Sucre y Bolívar, MSF consiguió un mayor acceso a la disputada región de Montes de María, donde prestó atención básica de salud con clínicas móviles y realizó más de 10.550 consultas. Los servicios en Sincelejo se centran en atención de salud básica y reproductiva a desplazados. El equipo también da apoyo a víctimas de violencia sexual y ofrece asesoramiento y pruebas de VIH.

En la zona urbana de Buenaventura, MSF puso en marcha un puesto de salud, clínicas móviles y un sistema de referencia a estructuras sanitarias estatales. El programa ofrece asistencia a víctimas de violencia sexual, atención de salud reproductiva, servicios de pediatría y apoyo psicológico, con un total de 8.375 consultas en 2008. Un equipo sanitario

móvil también trabaja en la frontera entre Meta y Guaviare, donde realizó más de 4.650 consultas.

En la zona de Tolima, el acceso a la atención sanitaria ha mejorado significativamente. MSF realizó más de 6.470 consultas médicas durante el año.

Las clínicas móviles de MSF realizaron 8.670 consultas médicas y 180 psicológicas en las municipalidades de Barbacoas, Magui Payán y Roberto Payán. Las actividades médicas finalizaron en octubre de 2008. Sin embargo, un equipo reducido permaneció en la zona atendiendo a los desplazados que seguían llegando a Barbacoas. En las municipalidades de Piamonte, Cauca y Puerto Guzman, en Putumayo, MSF ofreció atención médica y psicológica, y actividades de promoción de la salud. En 2008, los equipos móviles realizaron 5.860 consultas médicas y 755 psicológicas.

MSF cerró su proyecto urbano de atención a desplazados en la municipalidad de Soacha tras 10 años de trabajo, con más de 100.000 consultas realizadas.

En el departamento de Chocó, una de las regiones más pobres de Colombia, MSF ofrece atención de salud sexual y reproductiva, y asistencia a víctimas de violencia sexual en zonas urbanas y rurales. En Quibdó, la capital, MSF gestiona una clínica móvil urbana y da apoyo a la maternidad del único hospital de segundo nivel. En Istmina, un equipo móvil acude en canoa a las aldeas más remotas a orillas del río San Juan, donde en 2008 realizó 10.470 consultas.

En la municipalidad de Tame, los equipos de MSF realizaron más de 15.000 consultas de atención primaria, planificación familiar, controles prenatales y apoyo psicológico en 2008.

MSF también respondió a emergencias tras la erupción del volcán Nevado del Huila, departamento de Cauca, y las inundaciones del río San Juan, en Chocó.

*MSF trabaja en Colombia desde 1985.*

# GUATEMALA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO** 21

**La guerra civil, la pobreza, las bandas callejeras, la expansión de los cárteles de narcotraficantes mexicanos y un sistema judicial en deterioro han contribuido al aumento de las tasas de criminalidad y violencia en Guatemala. Una media de más de 17 personas diarias fueron asesinadas en 2008: el mayor número de homicidios desde que terminó la guerra.**

Esta situación fomenta la desigualdad social, la injusta distribución de la riqueza y la desestructuración familiar, lo que ha llevado a una mayor incidencia de la violencia sexual. El año pasado se reportaron oficialmente más de 10.000 casos.

La violencia se concentra en Ciudad de Guatemala, especialmente en las zonas suburbanas 7 y 18 de la capital. MSF trabaja en ambas zonas desde 2007. El equipo ofrece apoyo médico y psicológico, administra medicación y forma al personal del Ministerio de Salud. En 2008, MSF prestó asistencia integral médica y psicológica a más de 400 víctimas de la violencia, incluyendo tratamiento profiláctico para prevenir infecciones de transmisión sexual. El año pasado el programa se amplió para dar más puntos de acceso a los pacientes. MSF ha abierto un servicio de asistencia 24 horas en el Ministerio Público guatemalteco (oficina de denuncia de crímenes). Las

personas que reportan una agresión sexual pueden recibir atención médica y psicológica gratuita allí mismo.

Además, MSF ha puesto en marcha una clínica móvil y proyecta abrir un servicio 24 horas de atención médica y psicológica en el hospital general de Ciudad de Guatemala, que actúe como centro de referencia para otras estructuras de salud.

Para aumentar el grado de sensibilización sobre el problema de la violencia, los equipos realizan campañas informativas en las comunidades, pero hacen falta mayores esfuerzos para mejorar el conocimiento de los profesionales de salud, las autoridades y la sociedad en general.

*MSF trabaja en Guatemala desde 1984.*



© Marcell Nimfuehr

# HONDURAS

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO** 46

**Los jóvenes sin techo que habitan las calles de Tegucigalpa, la capital hondureña, son muy vulnerables. Apenas tienen acceso a atención médica, viven en condiciones precarias y son las primeras víctimas de la violencia en un entorno altamente inestable. El año pasado, más de 500 personas sin techo menores de 24 años fueron asesinadas en la ciudad.**



© Claude Mahoudeau

MSF ofrece tratamiento médico y psicológico y asistencia social en un centro terapéutico de día que abrió sus puertas a las personas sin techo en 2005. En 2008, más de 370 jóvenes de la calle acudieron a este centro situado en Comayagüela, un distrito muy pobre de la capital.

El equipo prestó atención médica a 310 personas en 2008. La mayoría por infecciones respiratorias y cutáneas, problemas dentales, heridas relacionadas con la violencia y VIH/sida.

El centro también cuenta con un servicio de vacunación para los usuarios, que son inmunizados de hepatitis B y tétanos, entre otras enfermedades.

Los psicólogos de MSF ayudan a los jóvenes a afrontar la vida en la calle, el miedo y la drogadicción. También hay un sistema de referencia para pacientes que no pueden ser atendidos en el centro de día. Los casos de depresión, intentos de suicidio, episodios psicóticos o síndrome de abstinencia alcohólico son derivados al hospital psiquiátrico.

*MSF trabaja en Honduras desde 1988.*

# HAITÍ

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria** • **Catástrofe natural**

PERSONAS EN EL MUNDO 813



**Mientras la situación de seguridad seguía estabilizándose en la capital, los equipos de MSF atendieron a una media de 45 heridos de bala al mes en el centro de urgencias de Trinité. Se trata del único servicio de urgencias en todo Puerto Príncipe que ofrece atención gratuita.**

Tras los disturbios por la falta de alimentos en abril de 2008 y el derrumbamiento de una escuela en Petionville en diciembre, la mayoría de heridos fueron referidos de urgencia al centro de MSF en Trinité. La atención incluye servicios quirúrgicos y el uso de fijaciones internas para fracturas óseas, que permiten una recuperación más rápida que las técnicas de tracción.

En 2008, MSF atendió a más de 17.950 pacientes e intervino quirúrgicamente a más de 6.100.

### Rehabilitación postoperatoria en Pacot

Dentro de Puerto Príncipe, MSF gestiona un centro de rehabilitación en Pacot para pacientes que necesitan atención postoperatoria especializada, donde ofrece sesiones de fisioterapia y apoyo psicológico. En 2008, el equipo realizó más de 600 ingresos y más de 10.900 consultas ortopédicas.

### Más atención a víctimas de violencia sexual

MSF aumentó su capacidad asistencial a víctimas de agresiones sexuales en la capital haitiana, ofreciendo atención médica y psicológica integral a 468 personas en 2008, un 51% de las cuales eran menores de 18 años. El equipo siguió con las campañas de sensibilización en barrios marginales y el centro de la ciudad, insistiendo en que las mujeres deben

buscar asistencia dentro de las primeras 72 horas de haberse producido la agresión.

### Urgencias obstétricas en Jude Anne

MSF gestiona el hospital Jude Anne de 65 camas para urgencias obstétricas en Puerto Príncipe y envía clínicas móviles a tres zonas marginales donde ofrece atención prenatal, perinatal y postnatal. Las principales actividades del hospital son cesáreas de urgencia, asesoramiento voluntario y pruebas del VIH, prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos, atención a víctimas de violencia sexual y referencia de partos no complicados a otros hospitales.

A finales de diciembre de 2008, más de 14.700 bebés habían nacido en Jude Anne. La media es de 1.000 partos al mes, de los cuales la mitad presentan complicaciones. El hospital también dispone de una unidad de neonatología, donde ingresa una media de 90 bebés al mes para estabilización, antes de ser referidos al hospital general de Puerto Príncipe.

### Centro de urgencias en Martissant

Desde diciembre de 2006, MSF trabaja en el barrio marginal de Martissant, en Puerto Príncipe, cuya población está muy afectada por la violencia armada. El equipo gestiona un centro de urgencias donde los pacientes son

estabilizados y referidos para cirugía en caso necesario a otros hospitales de la ciudad. Hasta diciembre de 2007, MSF ofrecía primeros auxilios en diferentes partes del barrio con clínicas móviles, pero ahora los pacientes ya acuden directamente al centro. En 2008, los equipos atendieron a 25.445 personas, de las cuales 16.942 presentaban heridas graves.

### Emergencia en Gonaïves

Tras los tormentas tropicales que asolaron Haití a finales de agosto y principios de septiembre, MSF inició una intervención de emergencia en la ciudad de Gonaïves, al norte del departamento de Artibonite.

La organización reabrió un hospital de 80 camas en Gonaïves en colaboración con el Ministerio de Salud y Población, el único de la región con capacidad para prestar servicios de urgencias, obstétricos y pediátricos. Durante las últimas tres semanas de 2008, se atendieron 675 urgencias, 110 partos y 50 intervenciones quirúrgicas.

MSF también distribuyó kits de higiene y plástico para cobijo entre 5.000 familias damnificadas por las tormentas. Los equipos móviles de MSF recorrieron en coche, a caballo y a pie los alrededores de Gonaïves y otras aldeas aisladas de la zona para asistir a personas vulnerables acogidas en albergues temporales. En total, los equipos realizaron más de 3.500 consultas.

*MSF trabaja en Haití desde 1991.*

# Europa y Oriente Medio



# PAÍSES

72	BÉLGICA
72	FRANCIA
73	GRECIA
74	ITALIA
75	MALTA
76	MOLDAVIA
76	FEDERACIÓN RUSA
77	SUIZA
78	IRÁN
78	IRAK
80	LÍBANO
80	YEMEN
82	TERRITORIOS PALESTINOS

## BÉLGICA

### MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**

PERSONAL EN EL TERRENO 9

**En Bélgica el derecho a la salud es universal. Esto incluye a migrantes indocumentados y a solicitantes de asilo, aunque en la práctica numerosas trabas administrativas limitan su acceso a los servicios de salud. Desde 1987, MSF ofrece atención médica a los migrantes y aboga para que los servicios estatales asuman sus responsabilidades.**

MSF realizó más de 600 consultas en Bruselas de enero a abril de 2008, momento en el que traspasó el proyecto.

En Amberes, el equipo de MSF sigue dispensando atención médica y apoyo psicosocial a personas sin acceso a estos servicios por los canales normales. En 2008 se realizaron más de 2.000 consultas: la mayoría de pacientes eran migrantes indocumentados y solicitantes de asilo. En lugar de crear un sistema paralelo, el objetivo de MSF es dirigir a la gente al sistema de salud responsable de dar estos servicios. MSF traspasará sus actividades en Amberes a finales de abril de 2009.

MSF trabaja en Bélgica desde 1987.

## FRANCIA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**  
PERSONAL EN EL TERRENO 11

**En respuesta a las dificultades de algunos solicitantes de asilo y pacientes de habla no francófona para acceder a la atención psicológica en Francia, MSF abrió un nuevo programa en París en 2007. El objetivo es ofrecer atención médico-psicológica y apoyo social a estas personas.**

El programa ofrece atención psicológica a personas necesitadas que llegaron a Francia en busca de asilo y protección, la mayoría huyendo de zonas de conflicto o de la violencia política. Algunas acaban de llegar, mientras que otras llevan más tiempo en el país. Para la mayoría de los pacientes de MSF, como para los solicitantes de asilo en general, el acceso a los servicios y a la atención psicológica existente se ve obstaculizado por una combinación de factores, como la naturaleza e intensidad de su sufrimiento psicológico, la inseguridad social y administrativa, y las barreras idiomáticas.

El centro de MSF en París puede adaptar la asistencia a cada paciente. La atención terapéutica se complementa con referencias y asesoramiento médico, social y legal. Desde su apertura hace casi dos años, se han realizado

más de 7.000 consultas, de las que la mitad correspondían a atención psicológica, una cuarta parte a aspectos médicos y la otra cuarta parte a asistencia social. De las 365 personas que recibieron atención psicológica, 161 siguen en tratamiento.

Las precarias condiciones de vida de los migrantes, junto con las experiencias vividas en sus países de origen, les hacen extremadamente vulnerables y propensos a padecer altos niveles de ansiedad. La atención psicológica es esencial para evitar un deterioro de su estado, que puede llevar a intentos de suicidio. Un 41% de los pacientes del centro declaró haber tenido pensamientos suicidas.

MSF trabaja en Francia desde 1987.

**L nació en Afganistán hace unos 30 años. Como la mayoría de afganos, llegó a Francia tras un largo y penoso viaje cruzando su país, Irán, Turquía, Grecia e Italia. Parte de su familia murió en un bombardeo en Afganistán. Él escapó con su esposa e hijos a Irán en busca de refugio y protección. L viajó solo a Francia. Vive con un miedo constante a ser enviado de vuelta a Afganistán. Solicitó asilo en Francia, pero su petición fue denegada y ya no puede quedarse en territorio francés.**

**L lleva un año recibiendo atención de salud en el centro de MSF, bajo la supervisión de un psicólogo. La violencia que muestra hacia sí mismo revela su sufrimiento. Cada día, sus pensamientos se ven plagados con lo que tuvo que vivir en Afganistán.**



# GRECIA



**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO** 6

**Grecia es un cruce de caminos entre Asia, África y Europa. En los últimos años ha crecido rápidamente el número de personas llegadas de Oriente Medio y Asia, principalmente debido a conflictos armados e inestabilidad política en sus países de origen. La mayoría de migrantes sin papeles provienen de Afganistán, Irak, Palestina y Somalia, y entre ellos hay un número significativo de menores no acompañados.**

Para los migrantes, Grecia es principalmente un país de paso. Su deseo es continuar hacia Italia y otros países europeos, pero las autoridades griegas les deniegan sistemáticamente la solicitud de estatus de refugiado. En 2007 se presentaron más de 25.000 solicitudes, pero sólo se concedieron ocho.

Tras una revisión general de la situación, MSF decidió efectuar una exploratoria en febrero. Los resultados pusieron de manifiesto los problemas a los que se enfrentan los migrantes indocumentados. Entre ellos destacan el acceso limitado o inexistente a los servicios de salud, difíciles condiciones de vida, falta de medidas especiales para grupos vulnerables como mujeres y niños, ausencia de servicios de salud mental en los centros de detención gubernamentales y en el campo provisional para migrantes de Patras.

## Isla de Lesbos

En junio, MSF empezó a trabajar en el centro de detención y en el punto de desembarco del puerto de la isla de Lesbos, ofreciendo asistencia médica, psicológica y humanitaria. Sin embargo, MSF decidió poner fin a la intervención en septiembre debido al limitado acceso al centro de detención, que afectaba seriamente a la prestación de asistencia médica y a la mejora de las condiciones de vida de los migrantes. “En muchas ocasiones, el equipo médico tuvo que examinar a pacientes a través de rejas, porque no se les permitía salir de las estancias”, explica Yorgos Karagiannis, jefe de misión de MSF. A pesar del limitado acceso, el equipo realizó más de 1.700 consultas en el centro de detención de Lesbos, tratando infecciones respiratorias, enfermedades dermatológicas, trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión.

## Campo improvisado de migrantes en Patras

Patras es el principal puerto de salida de Grecia a Italia. En los últimos 10 años, el paso de migrantes indocumentados escondidos en camiones ha sido constante. El campo de tránsito improvisado es un barrio de chabolas hechas de cartón, plástico y madera, sin calefacción ni electricidad. Sus habitantes proceden sobre todo de Afganistán e Irak. En mayo, MSF abrió una clínica en el campo, con servicios de atención primaria de salud y apoyo psicológico. Los equipos también llevan a cabo actividades educativas para mejorar las condiciones de higiene y saneamiento, y prevenir enfermedades. Los principales problemas médicos son de tipo dermatológico, infecciones respiratorias, trastornos gastrointestinales y magulladuras y otras heridas, a causa de los reiterados intentos de abordaje a embarcaciones que salen del puerto o de los forcejeos para no ser detenidos. A finales de diciembre, los equipos de MSF habían realizado 6.000 consultas y más de 400 referencias al hospital local.

*MSF trabaja en Grecia desde 2008.*

# ITALIA

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 23**

**Italia ha experimentado un aumento del flujo de migrantes indocumentados y de solicitantes de asilo desde 2002. En busca de refugio, trabajo y mejores condiciones de vida, estas personas sufren las cada vez más rigurosas medidas para frenar la migración y el progresivo deterioro de las condiciones de acogida. Como resultado, este colectivo ya de por sí vulnerable se enfrenta a un sistema incapaz de responder a sus necesidades más básicas, de protección y de atención sanitaria.**



MSF atiende a la población migrante, incluidos jornaleros, y aboga por mejorar el acceso de estas personas a unas mínimas condiciones de vida y a servicios básicos.

Nápoles, la tercera ciudad de Italia, atrae a un gran número de migrantes: se estima que 25.000 viven allí ilegalmente, fuera del sistema gubernamental, excluidos de la sociedad y de los servicios públicos. Para mejorar su acceso a la atención sanitaria, MSF ha abierto clínicas integradas en los servicios de salud nacionales

con vistas a traspasarlas a las autoridades en el futuro. Para reducir las barreras creadas por la situación irregular de los pacientes, la asistencia prestada garantiza su anonimato. En 2008, MSF realizó casi 5.000 consultas en estas clínicas. Ante la alta incidencia de infecciones de transmisión sexual entre la población femenina migrante e indocumentada, MSF inició un programa de atención de salud sexual y reproductiva, con 1.000 consultas en 2008.

**“Los principales problemas de salud que vemos son osteomusculares, dermatológicos, respiratorios y gastrointestinales, todos ellos relacionados con las duras condiciones de trabajo y la falta de higiene. Los migrantes estacionales en el sur de Italia apenas tienen acceso a servicios de atención primaria”.**

**Francesca Faraglia, coordinadora médica de MSF**

Las cosechas en el sur de Italia atraen cada año a migrantes indocumentados, mano de obra barata sujeta a explotación y a unas inaceptables condiciones de vida. Desde 2005, MSF trabaja en Sicilia, Puglia, Calabria y Campania dando asistencia a esta población. En 2008, el equipo realizó más de 700 consultas y distribuyó 3.750 kits de higiene, 1.500 sacos de dormir y 800 mantas.

Para ayudar a mejorar las condiciones de vida de los temporeros, MSF publicó el informe Una estación en el infierno, en el que exponía las precarias condiciones sanitarias, laborales y de vida de estos migrantes en el sur de Italia, y apelaba a las autoridades a realizar una intervención humanitaria, independientemente de la situación legal de los mismos. Siguiendo las recomendaciones del informe, las autoridades regionales de Puglia, Calabria y Campania adoptaron medidas urgentes para garantizar las condiciones de vida más básicas (lavabos, duchas, depósitos de agua) y servicios médicos para los 4.000 migrantes que trabajaban en la zona.

Hasta octubre de 2008, MSF prestó atención médica a migrantes que llegaban por mar a Lampedusa, en el sur de Sicilia. MSF ofrecía la única asistencia disponible tras una dura travesía con claros riesgos para la salud. En octubre, las autoridades italianas no renovaron el acuerdo que permitía a MSF trabajar en la isla, obligando a marcharse a los equipos y dejando a miles de migrantes sin acceso a atención sanitaria a su llegada a Lampedusa. Entre enero y octubre de 2008, MSF atendió a 1.420 personas con problemas como infecciones respiratorias o cutáneas, principalmente asociadas a las duras condiciones de la travesía.

MSF está negociando con las autoridades un posible retorno a Lampedusa. En 2008, más de 30.000 migrantes indocumentados y solicitantes de asilo desembarcaron en la isla.

En toda Italia, el trabajo de MSF con migrantes se hace con el apoyo de mediadores culturales, que ayudan a salvar las distancias culturales y de comunicación entre equipos y pacientes.

*MSF trabaja en Italia desde 1999.*

# MALTA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 4**

**Pese a los rigurosos controles fronterizos en la frontera meridional de la Unión Europea, en 2008 desembarcaron 2.740 migrantes en la isla de Malta. Una vez allí, los migrantes indocumentados y solicitantes de asilo son enviados a centros de detención. MSF les da atención médica y psicológica a su llegada y en los centros.**

Los migrantes indocumentados y los solicitantes de asilo llegan a Malta en embarcaciones desde la costa de Libia. Cerca de un 60% procede de países afectados por conflictos o violaciones de derechos humanos; casi la mitad de ellos provienen de Somalia. Aunque muchos conseguirán finalmente el estatus de refugiado o protección humanitaria por parte de las autoridades de Malta, antes se ven obligados a esperar en centros de detención hasta 18 meses. Allí se enfrentan a condiciones de hacinamiento, saneamiento insuficiente y condiciones de vida inadecuadas, que tienen efectos dañinos sobre su salud física y mental.

En agosto de 2008, MSF empezó a prestar apoyo psicológico y atención sanitaria a estas personas. Se realizan exámenes médicos a los recién llegados justo tras su transferencia a



centros de detención, y consultas médicas de seguimiento, apoyo psicológico y promoción de la higiene dentro de los centros.

Entre agosto y diciembre de 2008, MSF realizó más de 1.700 consultas a migrantes y solicitantes de asilo en Malta. Sus problemas de salud a menudo eran resultado de las duras condicio-

nes de la travesía. La mayoría de personas habían pasado hasta siete días en un barco con escasa comida y bebida, sin poder moverse y expuestos a las inclemencias del tiempo. Una vez en los centros, las dolencias más habituales son sarna, infecciones respiratorias, parásitos intestinales, problemas articulares y dolores de espalda, debidos a un acceso limitado al espacio exterior y a actividad. MSF ha expresado repetidamente su preocupación a las autoridades maltesas por las condiciones de vida y la atención insuficiente en dichos centros.

MSF también trabaja en centros abiertos. Una vez que las solicitudes de asilo se procesan con éxito y a los solicitantes se les concede finalmente el estatus de refugiado, son transferidos a centros abiertos donde tienen libertad de movimientos. Allí permanecen hasta que pueden alquilarse un alojamiento. MSF ofrece consultas médicas a los refugiados en estos centros y facilita su acceso a los servicios públicos de salud.

*MSF trabaja en Malta desde 2008.*

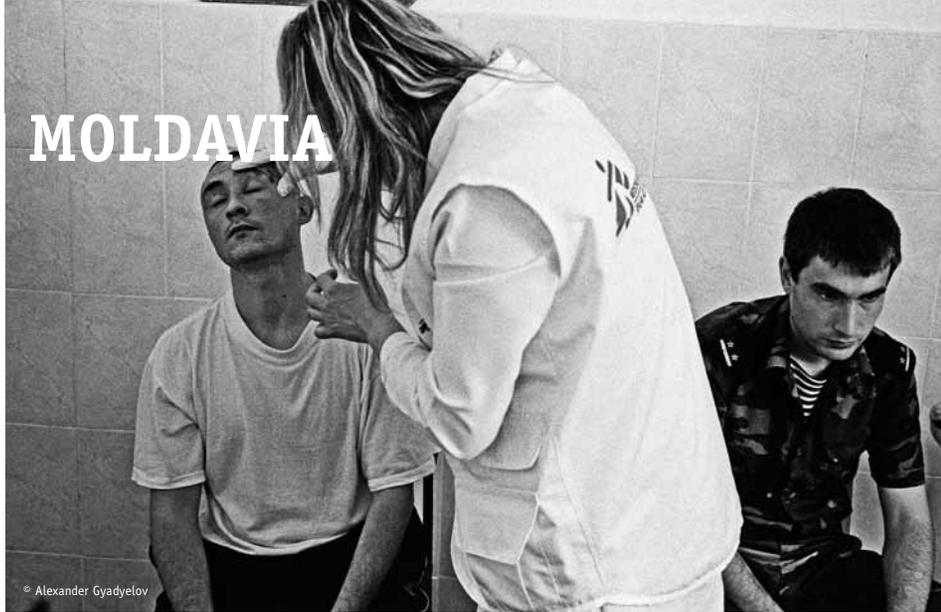
## **S, 18 años, llegó a Malta el 24 de agosto de 2008 procedente de Eritrea**

**“Escapé de Eritrea porque no quería ser reclutada para luchar en la guerra contra Etiopía. En Libia me pusieron en un centro de detención, donde me acosaron, golpearon y violaron varias veces. Durante dos años, los guardas y soldados me trataron como una esclava.**

**Cuando llegué a Malta pensé que por fin sería libre. Tan pronto como me di cuenta que me iban a encerrar en otro centro de detención, perdí toda esperanza y entré en una depresión profunda. Tenía dificultades para dormir y problemas gástricos y de corazón. Los recuerdos de las violaciones y el miedo a los guardas y los soldados volvieron a resurgir y me costaba vivir en aquellas condiciones de hacinamiento”.**

**El psicólogo de MSF encontró a S desmayada en el lavabo y la refirió al hospital. Tras unos días ingresada, intentó colgarse. Después de más de un mes en el hospital psiquiátrico, fue enviada de nuevo al centro de detención. Veinte días más tarde, intento colgarse de nuevo. A mediados de noviembre, finalmente fue reconocida como persona vulnerable, dada de alta del centro y acogida en un centro abierto.**

## MOLDAVIA



© Alexander Gyadyelov

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Violencia social/Excusión de la atención sanitaria**  
**PERSONAL EN EL TERRENO 33**

**Transnistria, una región políticamente aislada y de habla predominantemente rusa, es una franja de tierra separada de Moldavia por el río Dniester. Escenario en su día de una violenta guerra separatista, Transnistria no es reconocida por la comunidad internacional y recibe poca ayuda, a pesar de las enormes aportaciones de instituciones internacionales a Moldavia para responder a la epidemia del VIH/sida.**

En colaboración con el Ministerio de Salud de Transnistria, MSF abrió el primer programa de VIH/sida de la región a principios de 2007. Ante la urgencia de la situación, los primeros pacientes empezaron a recibir tratamiento antirretroviral (ARV) cuatro meses antes de la apertura del primer servicio de consultas externas en el principal hospital de la capital, Tiraspol. MSF también renovó el laboratorio del hospital e instaló un nuevo sistema de eliminación de residuos.

Las actividades del programa se ampliaron con visitas semanales al hospital de tuberculosis (TB) de Bender para personas coinfectadas con VIH, a Slobozia, el único hospital de la región para pacientes de VIH/sida, a la policlínica de Ribnitza para controles semanales, y al sistema de prisiones, donde la incidencia del VIH/sida es unas 13 veces mayor que entre la población civil. La incidencia de la coinfección con TB

entre los reclusos también es mucho más alta. Antes no había acceso a atención y tratamiento del VIH en las prisiones.

En diciembre de 2008, MSF pudo traspasar todas las actividades en el sector civil al Ministerio de Salud. Hasta ese momento, MSF y el ministerio habían atendido a unos 860 pacientes, más de la mitad de las personas VIH-positivas registradas en Transnistria. De éstas, más de 180 estaban en tratamiento ARV. MSF también formó al personal hospitalario para dar servicios de alta calidad. Y lo que es más importante, las actividades de presión de MSF dieron como resultado una ampliación de ayudas para combatir el VIH/sida de Moldavia a Transnistria. El programa en las cárceles será traspasado a los ministerios de Justicia y de Salud a principios de 2009.

*MSF trabaja en Moldavia desde 2007.*

**Una vez por semana, el equipo de MSF se desplaza a Ribnitza, al norte de la región. De camino, el equipo pasa a visitar a una madre VIH-positiva, que vive sola en una aldea aislada y cada semana va a la clínica móvil de MSF para que vean a su bebé. Hasta ahora, el pequeño no ha dado positivo de VIH, pero hay que esperar un tiempo para estar seguros de que no tiene el virus. Ella no puede darle el pecho para evitar el contagio ni tiene dinero para comprarle comida. MSF aporta el tratamiento antirretroviral de la madre y comida para el bebé.**

## FEDERACIÓN RUSA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria**  
**PERSONAL EN EL TERRENO 292**

**Los programas de MSF en el norte del Cáucaso, en Chechenia e Ingusetia, ofrecen cirugía, atención materno-infantil, salud mental y tratamiento de la tuberculosis.**

El norte del Cáucaso ruso se encuentra en una volátil situación de posconflicto. La seguridad en Chechenia ha mejorado, mientras que en la vecina Ingusetia ha empeorado drásticamente. Por motivos de seguridad, las visitas del personal de MSF a los proyectos siguen siendo cortas e irregulares y gran parte de la gestión de los programas recae en el personal nacional.

Miles de personas que perdieron sus hogares durante las dos guerras todavía viven refugiadas en las vecinas repúblicas de Ingusetia y Daguestán o en Grozny, la capital chechena. MSF gestiona un centro en Nazran, Ingusetia, donde presta atención médica y de salud mental a los refugiados, realizando hasta 1.200 consultas al mes en 2008. En Grozny, el equipo atendió a mujeres y niños en varias clínicas, con una media de más de 1.300 consultas ginecológicas al mes en la zona de Staropromyslovsky. MSF también dio apoyo al hospital de la república para mujeres de Grozny y a los hospitales de distrito de Shatoy, Sharoy y Itum-Kale, suministrando medicamentos y material médico.

En 2006, MSF abrió un proyecto quirúrgico en el principal hospital de la república, el hospital número 9 de Grozny, para tratar antiguas heridas y discapacidades crónicas a causa de la guerra y a víctimas de accidentes de tráfico. En 2008, MSF operó a 445 pacientes y realizó 11.056 sesiones de fisioterapia en este hospital.

La tuberculosis (TB) se convirtió en un problema para la región, al interrumpirse el tratamiento y seguimiento de pacientes durante la guerra. MSF rehabilitó los hospitales de TB que quedaban, creó servicios de eliminación de residuos, formó a personal sanitario local y reanudó los tratamientos. A

**Magomed, de 59 años, recibe tratamiento intensivo de TB en el hospital de Grozny. Está débil y se ha quedado parcialmente sordo a resultas de la medicación. Magomed contrajo por primera vez la TB hace cinco años, estando en la cárcel. A causa de la guerra, no había centros ni medios para tratar a los enfermos. Magomed no pudo completar su tratamiento, lo que provocó su actual recaída. “Esta enfermedad es traicionera: aparece de repente y tardas mucho en deshacerte de ella”, afirma.**

principios de 2008, el programa se amplió con un dispensario de TB en Grozny. MSF tratará la TB en toda Chechenia, incluidas las regiones montañosas apartadas sin acceso a este tipo de asistencia. Desde el inicio del programa en 2004, 1.800 pacientes ya han recibido tratamiento.

Un terremoto sacudió Chechenia en octubre de 2008, causando 13 muertos y más de 100 heridos. Las réplicas continuaron durante varios días y la población tuvo que pasar frías noches a la intemperie, por temor a que cayeran los edificios que aún se tenían en pie. MSF envió equipos móviles a las cinco localidades más afectadas, que realizaron más de 1.000 consultas médicas y 3.000 de apoyo psicosocial.

Para no duplicar servicios locales existentes o de nueva creación, algunos programas se cerraron o traspasaron en 2008. MSF traspasó dos policlínicas rehabilitadas en Grozny, en las que ofrecía servicios gratuitos de farmacia, salud reproductiva y planificación familiar. Los equipos móviles ya no atienden en los albergues temporales de Grozny y el programa de urgencias quirúrgicas de la capital cerrará en 2009 ante el descenso de las intervenciones mensuales.

*MSF trabaja en Rusia desde 1988 y en el norte del Cáucaso desde 1995.*



**“Antes había más de 120 especialistas en TB para un millón de habitantes. Con las guerras, la infraestructura de servicios de TB quedó totalmente destruida. El programa de MSF demostró que se puede tratar la TB en entornos de posguerra y con buenos resultados”.**

**Shamsudin Ikhaev, médico checheno especialista en TB**

## SUIZA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 4**

**Meditrina, un proyecto lanzado en 2006 en Zurich, ofrece atención médica a personas excluidas del sistema estatal. A finales de 2007, MSF lo amplió, estableciendo contactos con las comunidades de inmigrantes ilegales de la ciudad. La nueva estrategia, junto con la diversificación de los servicios médicos ofrecidos, pretendía potenciar la frecuentación del centro. Pronto se vieron los resultados: en 2008 Meditrina registró una media de 120 consultas al mes; un 60% de ellas, correspondientes a nuevos pacientes.**

La diversificación de los servicios de Meditrina permitió que personas con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, tuberculosis y VIH/sida pudieran acceder a la atención médica que necesitaban.

Para hacer posibles estos cambios, se reforzó el trabajo de los siete mediadores culturales que colaboran con el proyecto, pertenecientes a distintas comunidades de Latinoamérica, Sureste Asiático y África del Este.

Los mediadores forman un vínculo directo entre Meditrina y los usuarios del servicio. Gracias a ellos, se ha logrado establecer más fácilmente la confianza necesaria y las ventajas son considerables.

La labor realizada a través de Meditrina ha puesto en evidencia ante las autoridades de la ciudad y las asociaciones locales lo difícil que es para mucha gente acceder a tratamiento en Zurich. El interés mostrado por otras instituciones y asociaciones hace pensar en la posibilidad de traspasar las actividades médicas y sociales de Meditrina en 2009.

*MSF trabaja en Suiza desde 2003.*

# IRÁN

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • **Conflicto armado**  
PERSONAL EN EL TERRENO 96

Desde 2001, MSF asiste a refugiados afganos en Zahidán, capital de la provincia iraní de Sistán-Baluchistán, por donde cruzan la frontera desde hace 30 años. En 2002, a pesar del deterioro de la situación por el conflicto en Afganistán, el Gobierno iraní adoptó una política de repatriación forzada. Muchos refugiados son reacios a retornar a Afganistán y prefieren quedarse en Irán; algunos regresan tras ser deportados. Con las restricciones iraníes sobre el trabajo, la educación y los servicios de salud, las condiciones de vida de los refugiados son difíciles. A pesar de todo, la gente sigue saliendo de Afganistán por motivos económicos, la sequía en las provincias del norte o el aumento de la inseguridad en otras zonas.

Irán está en crisis económica y crece el resentimiento hacia los refugiados. En noviembre de 2007, oficialmente por motivos de seguridad, el Gobierno declaró las regiones próximas a la frontera como zonas prohibidas, entre ellas, Sistán-Baluchistán, donde sigue viviendo más de medio millón de afganos.

Las autoridades iraníes consideran que la mayoría de afganos son migrantes económicos y no tienen derecho a estatus legal o a atención sanitaria gratuita. En Sistán-Baluchistán, MSF sigue ofreciendo atención secundaria de salud a esta población con poco o ningún acceso al sistema de salud iraní. En 2008, los equipos visitaron a una media de 23 familias recién llegadas a la semana en Zahidán, muy por encima de las ocho familias semanales registradas en 2007.

MSF gestiona tres clínicas en Shirabad, Karimabad y Besat, donde ofrece atención médica gratuita y apoyo nutricional a los niños. En 2008, el equipo realizó una media de 7.000 consultas al mes. MSF también refiere a pacientes a estructuras secundarias de salud y cubre los costes de consultas a especialistas, tratamiento y hospitalización. Un equipo de trabajadores sociales se ocupa de identificar entre la comunidad refugiada a las personas que necesitan atención médica y asegurar que pueden acceder a las consultas. El equipo distribuye artículos como mantas y estufas a quienes los necesitan.

*MSF trabaja en Irán desde 1996.*



© Siavash Maghsoudi

# IRAK

MOTIVO DE INTERVENCIÓN  
• **Conflicto armado**  
PERSONAL EN EL TERRENO 489

Tras seis años de guerra, el nivel general de violencia ha disminuido en Irak, aunque en muchas regiones sigue habiendo bombardeos y matanzas que causan muchos muertos y heridos cada semana. Debido a las restricciones de seguridad, MSF no puede ofrecer asistencia directa en las zonas más afectadas. La ayuda a la población iraquí se presta desde zonas más seguras del país o desde fuera de sus fronteras.

El acceso a la atención sanitaria es problemático, tanto para las víctimas de la violencia como para los enfermos crónicos, que sufren la falta de medicamentos y de seguimiento adecuado.

Un gran número de médicos y personal sanitario ha huido del país desde que empezó la guerra en 2003. Los profesionales que quedan se enfrentan a importantes dificultades e incluso a amenazas contra sus vidas. Según el Ministerio de Salud iraquí, más de 600 trabajadores sanitarios (132 médicos) han muerto desde el inicio de la guerra. Las organizaciones humanitarias también han sido objeto de ataques y amenazas.

MSF ha luchado durante años para tener acceso a la población. “El dilema al que nos enfrentamos en Irak es sintomático de muchos conflictos actuales”, afirma Gustavo Fernández, coordinador de programas en las gobernaciones de Ninewa y Tameen. “Llegar a los civiles atrapados por el conflicto y la violencia se ha convertido en un desafío enorme”.

Por primera vez desde el cambio de régimen en 2003, MSF pudo desplegar un equipo internacional en el sur de Irak en 2008. En octubre, puso en marcha un programa de formación en el hospital general de Basora, con el objetivo de mejorar la atención pre y postoperatoria.

## Apoyo transfronterizo

Desde 2006, MSF ha abierto programas en países vecinos. Un equipo realiza cirugía ortopédica, maxilofacial y plástica para heridos de guerra iraquíes en Ammán, Jordania, desde



© Kloie Picot

agosto de 2006. Cerca de 600 pacientes que requerían intervenciones demasiado complejas para hacerlas en un país en guerra, fueron atendidos por MSF, en colaboración con el hospital de la Media Luna Roja jordana y el Colegio de Médicos iraquí.

### **Cirugía reconstructiva**

En las gobernaciones kurdas del norte de Irak, MSF prestó atención quirúrgica a heridos en los hospitales de Suleimaniya, Erbil y Dohuk, centrándose en cirugía reconstructiva protésica y ortopédica, y atención a quemados. En Mehrán (Irán), MSF también hizo cirugía reconstructiva a heridos de guerra iraquíes.

La organización intentó sin éxito crear un sistema de referencia de pacientes desde zonas de guerra a estos hospitales, por lo que decidió interrumpir algunos de estos programas en 2008 para centrarse en las actividades del hospital de Ammán en Jordania y prestar un apoyo más específico a los hospitales en las zonas de conflicto. El programa para quemados en el hospital de Suleimaniya continúa, con una media de 80 ingresos al mes. Las heridas son causadas por accidentes o intentos de suicidio frustrados.

### **Apoyo psicológico**

En el centro y el sur de Irak y en la capital, Bagdad, MSF da apoyo a ocho hospitales sumi-

nistrando material médico, equipamiento y formación. En cuatro de ellos se han introducido actividades de apoyo psicológico a víctimas de la violencia. En las gobernaciones de Tameen y Ninewa, al norte del país, MSF presta apoyo a cinco hospitales con suministros médicos y respuesta de emergencia tras incidentes violentos.

Aunque la situación en Irak sigue siendo violenta y muy volátil, MSF espera poder aprovechar algunas mejoras relativas en la situación de seguridad para ampliar su asistencia médico-humanitaria a la población iraquí en 2009.

*MSF trabaja en Irak desde 2006.*

## **Nuevos retos humanitarios en Irak**

Con el paso del tiempo, los retos humanitarios han cambiado en Irak. La firma del acuerdo con Estados Unidos a finales de 2008 auguraba la retirada de las fuerzas internacionales del país. En enero de 2009 se celebraron elecciones y las fuerzas americanas se retirarán de las principales ciudades iraquíes a finales de junio de 2009.

Sin embargo, la situación es todavía tensa, sobre todo en Bagdad y en las zonas del norte: el futuro de Kirkuk está por decidir y en Mosul la situación es volátil. La retirada de las tropas internacionales acrecienta los temores de una escalada de violencia que, sin duda, afectará al trabajo de MSF.

Ha sido duro encontrar el enfoque más adecuado en Irak: la mejor forma de equilibrar los graves problemas de seguridad con las necesidades de la población. La organización ha tenido que adaptarse rápidamente para crear redes y ganar la confianza de sus contrapartes. Por motivos de seguridad, las operaciones de MSF se restringen a entornos urbanos, lo que dificulta hacer una evalua-

ción precisa de las necesidades médico-humanitarias en zonas rurales.

Los equipos han tenido que encontrar formas de llegar a los más vulnerables sin poner en peligro la reputación de la organización ni la seguridad de su personal. Muchas ONG occidentales, al igual que Naciones Unidas, son vistas como aliadas de las fuerzas americanas. Esto desdibuja la importante distinción entre la coalición armada y las agencias humanitarias en el país, todo un desafío para MSF que subraya la importancia decisiva de su neutralidad, independencia e imparcialidad en sus operaciones.

Con la asunción de la atención sanitaria por parte del Ministerio de Salud iraquí, MSF ha reducido el suministro de medicamentos y su apoyo a las estructuras de salud para centrar su atención en proyectos médico-técnicos en el país, como por ejemplo, cirugía reconstructiva compleja.

**Caroline Abu-Sada, jefa de misión interina de MSF en Irak**

# LÍBANO

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Violencia social/Exclusión de la atención sanitaria PERSONAL EN EL TERRENO 8**

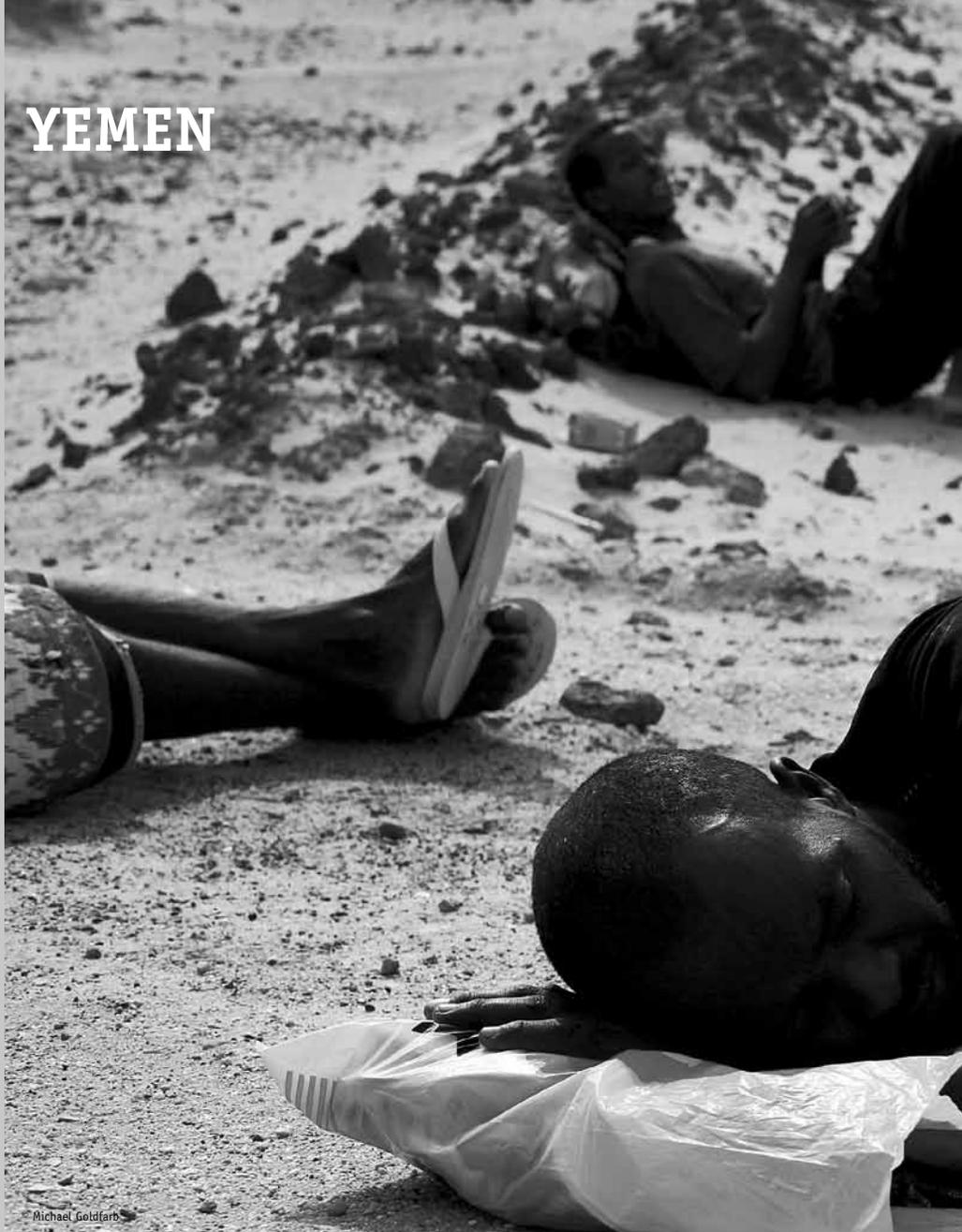
**En 2008, tras una evaluación de las necesidades de salud mental, MSF puso en marcha un programa de tres años en Burj el-Barajneh, un barrio en las afueras de Beirut, la capital libanesa, cuya población está compuesta por gente del país, refugiados iraquíes recién llegados y refugiados palestinos asentados desde 1948.**

Se estima que un 17% de la población libanesa tiene problemas de salud mental, pero sólo un 11% de este grupo tiene acceso a tratamiento médico. El sistema de salud es caro porque es básicamente privado y la atención psicológica y psiquiátrica no está cubierta por los servicios públicos. Los pocos centros de salud mental que existen sólo se centran en los niños. Pero los adultos también necesitan esta clase de atención, sobre todo los refugiados. La guerra de 2006 puso de manifiesto esta necesidad entre la población libanesa, pero las medidas necesarias están siendo de muy lenta aplicación.

El 18 de diciembre de 2008, MSF abrió un centro de salud mental comunitario en el sur de Beirut. El centro atendió a una docena de pacientes en los últimos días del año, pero se espera un rápido aumento en 2009. El equipo de MSF, formado por personal internacional y libanés, ofrece asistencia psicológica y psiquiátrica a las personas que lo necesitan, independientemente de su edad, sexo o nacionalidad. Para establecer el programa en la zona y superar el estigma asociado a las cuestiones de salud mental, MSF organiza actividades psico-sociales comunitarias con la ayuda de otras ONG locales. Promover la atención de salud mental en el propio país debería facilitar el futuro traspaso del proyecto y animar la participación de la población en terapias de grupo, familiares e individuales en el centro comunitario.

*MSF trabaja en Líbano desde 2008.*

# YEMEN



**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado PERSONAL EN EL TERRENO 352**

**Yemen es lugar de refugio para miles de personas que huyen de la guerra y la pobreza en el Cuerno de África. Sin embargo, el noroeste del país está afectado por los enfrentamientos entre los seguidores de Al-Houthi y las tropas del Gobierno en la provincia de Saada, en la frontera con Arabia Saudí. Desde junio de 2004, el conflicto ha pasado por cinco periodos de alta intensidad y se estima que ha causado más de 9.000 muertos y unos 20.000 heridos. La "quinta guerra" estalló en mayo de 2008 y duró hasta julio de ese mismo año. Mientras tanto, la llegada de refugiados somalíes y etíopes que arriesgan sus vidas cruzando el golfo de Adén siguió aumentando.**

## Atención a víctimas del conflicto

MSF abrió un proyecto en la provincia de Saada en julio de 2007 para ofrecer atención sanitaria a personas afectadas por el conflicto y desarrollar capacidades para atender a heridos de guerra y responder a las necesidades de los desplazados durante los periodos de combates.

Cuando estalló la quinta guerra, MSF prestaba servicios hospitalarios y ambulatorios en Haydan y en Razez, y en el hospital de Al Tahl, desde donde también prestaba atención primaria de salud a la aldea cercana de Dahyan. Aunque durante la guerra todos los equipos internacionales tuvieron que evacuar



Saada, algunas actividades se mantuvieron gracias al personal yemení. Los equipos internacionales pudieron regresar en septiembre de 2008. A finales de año, MSF seguía prestando apoyo a los hospitales de Al Tahl y de Razeh y realizaba consultas en Dahyan, y gestionaba un sistema de referencia a las estructuras secundarias de salud de MSF.

En 2008, entre hospitales y clínicas móviles, los equipos de MSF realizaron un total de 3.000 consultas, atendieron a unos 15.000 pacientes de urgencias, trataron a 1.000 niños por desnutrición severa, asistieron 700 partos y realizaron casi 3.000 controles prenatales. Más de 1.500 pacientes fueron hospitalizados y 500 fueron intervenidos quirúrgicamente.

### Asistencia a refugiados del Cuerno de África

En las provincias de Abiyan y Shabwa, al sur del país, MSF asiste a migrantes procedentes del Cuerno de África en la costa del golfo de Adén desde septiembre de 2007. En 2008, según el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, más de 50.000 personas huyeron de la guerra, la persecución y el hambre en Somalia y Etiopía, emprendiendo una peligrosa travesía en barcos de traficantes hacia Yemen. Casi 950 personas murieron en el intento.

MSF ofrece asistencia médica, psicosocial y humanitaria a los refugiados que llegan a las costas yemeníes. Un equipo móvil atiende los casos más urgentes a pie de playa, antes de

transferirlos con otros recién llegados al centro de acogida de Ahwar, donde permanecen unos días para ser registrados. Allí, el centro de salud de MSF ofrece atención médica y psicológica a los refugiados, y anima a los grupos más vulnerables (mujeres y niños) a ir a las consultas para ser examinados y vacunados. En 2008, el equipo de MSF en Ahwar dio asistencia a casi 10.000 personas.

*MSF trabaja en Yemen desde 2007.*

# TERRITORIOS PALESTINOS



© Bruno Stevens

**“Es fundamental que todas las partes en conflicto respeten a los civiles, a las autoridades de salud y a los trabajadores humanitarios, cosa que no ocurre. El derecho humanitario existe para ser aplicado en todos los conflictos y respetado por todos, incluidos los gobiernos”.**

**Dra. Marie-Pierre Allié, presidenta de la sección francesa de MSF**

suministros, lo que hizo temer eventuales problemas de acceso a medicamentos y a atención sanitaria o la interrupción de los servicios hospitalarios. MSF siguió la situación de cerca.

Entre febrero y marzo, en respuesta al lanzamiento de proyectiles contra Israel, el Ejército israelí lanzó una ofensiva en el norte de la Franja de Gaza. MSF atendió a heridos en su clínica de la ciudad de Gaza, donó material médico y dio apoyo a los hospitales desbordados por el flujo de pacientes. Esta ofensiva causó unos 120 muertos y 360 heridos, entre ellos, muchas mujeres y niños.

La escasez de combustible dificultó seriamente el funcionamiento de todo el sistema de salud y también las actividades de MSF. El 30 de agosto, las políticas contradictorias de los dos Ministerios de Salud palestinos (el de la Autoridad Nacional Palestina en Ramala, internacionalmente reconocida, y el del gobierno de facto de Hamás en Gaza) condujeron a una huelga general de profesionales de la salud.

En esta frágil situación sanitaria, Israel lanzó la operación Plomo Fundido el 27 de diciembre. MSF respondió inmediatamente, dando apoyo a los hospitales y donando material médico y medicamentos. Durante la guerra, debido a la intensidad de los bombardeos y la falta de seguridad, las clínicas de MSF no

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado**  
**PERSONAL EN EL TERRENO 127**

**En la Franja de Gaza, 2008 estuvo marcado por el deterioro de la situación económica, sanitaria y de seguridad. Continuaron las incursiones y ofensivas militares israelíes, que alcanzaron altas cotas de violencia a finales de año. El conflicto intrapalestino dejó muchos heridos y el endurecimiento del bloqueo israelí no hizo más que agravar la situación.**

## **Franja de Gaza**

MSF ofrece atención postoperatoria y fisioterapia en tres clínicas de Gaza. Los heridos no tienen otro acceso a esta atención especializada para recuperar la movilidad tras sus lesiones. Más de 480 pacientes fueron atendidos en las clínicas en 2008.

En el norte de Gaza, ante la falta de servicios y la sobrecarga del único hospital pediátrico de referencia, MSF abrió un programa en febrero

de 2008. El equipo ofrece consultas, atención médica y seguimiento a niños menores de 12 años, habiendo atendido a más de 6.000 niños durante el año. Por otro lado, un programa médico y psicosocial atiende a personas con problemas de salud mental asociados a la violencia, para ayudarles a sobrellevar la estresante y difícil situación en la que viven.

A principios de 2008, el endurecimiento del bloqueo israelí restringió drásticamente los

Riyad, de 19 años, nació en la ciudad de Beit Lahia, al norte de la Franja de Gaza, una zona especialmente afectada por la operación Plomo Fundido israelí. El 5 de enero resultó gravemente herido por fuego de artillería y tuvieron que amputarle la pierna izquierda. Recibió asistencia y atención postoperatoria en la clínica de MSF en la ciudad de Gaza.

“Estaba en casa. Era un día tranquilo, no se oían ni aviones ni tanques. Decidí salir a comprar. Al volver, no sé qué ocurrió, pero me encontré de pronto en el suelo. Creo que perdí el conocimiento unos minutos. Mi padre nos arrastró a mi hermano y a mí dentro de casa. Intentó pedir ayuda pero fue en vano.

“Estuve inconsciente gran parte del tiempo, pero recuerdo ser alcanzado por un proyectil y ver mi pierna medio arrancada, cogida sólo por un trozo de carne. Perdí mucha sangre. Estaba tendido en el suelo y pensaba, ‘¡Voy a morir!’ Mi padre me llevó fuera para pedir ayuda. Esperamos casi una hora y media, pero no pasó ni un coche ni una ambulancia. Al final un vecino nos llevó en su tractor con otras cinco personas.



© Frederic Sautereau / Oeil Pub

“Cuando desperté en el hospital de Al Shifa, me habían amputado la pierna. Grité. Todo parecía irreal. Pero después de todo, no es tan grave. No estoy triste. Claro, cuando veo a otras personas con dos piernas, es difícil, pero podía haber sido peor. No voy a quedarme en casa. Quiero recuperar mi independencia y encontrar trabajo”.

podieron abrir. Algunos miembros del personal palestino disponían de kits médicos de emergencia que les permitieron atender a personas cercanas. El dispensario de MSF en la ciudad de Gaza siguió abierto, pero pocos pacientes podían llegar a las estructuras de salud.

### Cisjordania

Nablús no sufrió el mismo grado de violencia que Gaza en 2008. Las actividades de MSF se centraron en salud mental y apoyo médico y social. Se estableció un sistema de referencias con otros centros de salud mental de la ciudad. En 2008, los equipos atendieron a más de 300 pacientes.

En Hebrón, MSF ofrece asistencia médica y psicosocial a personas que sufren las violentas consecuencias del conflicto palestino-israelí. Para aliviar el sufrimiento, MSF también utilizó terapias cortas en 2008. Los psicólogos también refieren a los pacientes al médico y al trabajador social de MSF o a la estructura de salud mental más adecuada.

En el campo de refugiados de Jenín hay unos 13.000 palestinos. Es un lugar violento donde se producen incursiones regulares por parte de las fuerzas de defensa israelíes y frecuentes enfrentamientos entre las distintas facciones armadas palestinas. Desde que el Gobierno de Israel construyó el muro de separación, el distrito de Jenín se ha caracterizado por el

deterioro económico, problemas socioculturales y malestar social.

Los servicios de salud mental en el campo eran insuficientes para cubrir las necesidades de la población. En junio de 2008, tras meses de negociaciones, los equipos de MSF consiguieron abrir un proyecto para ampliar dicha cobertura, pero la falta de cooperación y las

hostilidades en el campo obligaron a cerrarlo cuando todavía estaba en su fase de inicio.

*MSF trabaja en los Territorios Palestinos desde 1988.*



© Bruno Stevens

**“Nos ha afectado a todos. Cada habitante de la Franja de Gaza, sin excepción, ha sufrido a causa de la guerra”.** Abu Abed, médico de MSF

# CIERRE DE PROYECTOS

## CONGO-BRAZZAVILLE

En 2008 se cumplieron cinco años de estabilidad posconflicto en Congo. Un periodo de paz que ha permitido reanudar la actividad económica del país y asumir la responsabilidad de los servicios de salud. Así fue en la región de Pool, donde MSF daba apoyo a los hospitales de Mindouli y Kindamba.

La organización dio por finalizados sus proyectos en ambos hospitales en 2008. El de Kindamba fue traspasado al Ministerio de Salud y a contrapartes locales como Psicólogos Sin Fronteras y Global Outreach Mission.

Las actividades de MSF consistían en servicios de consultas externas, maternidad, cirugía de urgencia, tratamiento de enfermedades infec-

ciosas como la tuberculosis y el VIH/sida, y apoyo psicosocial. También ofrecía atención sanitaria a través de clínicas móviles en comunidades cercanas a Mindouli y Kindamba. En total, los equipos realizaron 12.825 consultas en 2008.

Aunque estas actividades terminaron en junio, MSF regresó tres meses a Congo a finales de año para tratar a pacientes con enfermedad del sueño (triptanosomiasis humana africana).

### MSF trabajó en Congo-Brazzaville de 1997 a 2008.



## LAOS

Hace cinco años, MSF fue una de las primeras organizaciones que trató con antirretrovirales (ARV) a pacientes con VIH/sida en Laos. En ese momento había que demostrar que podía hacerse de forma efectiva en entornos remotos y pobres. La estrategia incluía hacer presión a nivel nacional para introducir el tratamiento ARV y el objetivo fue desde el principio traspasar los programas al personal sanitario del país. MSF llevaba a cabo sus actividades en el hospital provincial de Savannakhet y en el hospital de Setthathirath, en Vientiane. En 2008, cerca de 850 pacientes recibieron tratamiento ARV gratuito de MSF. Durante el año los equipos finalizaron el traspaso al personal sanitario local, que había sido formado para trabajar de forma independiente.

El Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria supervisa actualmente la financiación de los programas de VIH/sida en el país.

## COSTA DE MARFIL



En octubre de 2008, MSF dio por finalizados sus proyectos en Costa de Marfil después de 18 años de trabajo.

Con la firma del acuerdo de paz en 2007, el posterior desmantelamiento de la denominada Zona de Confianza y el gradual retorno del personal a las estructuras sanitarias en el norte y el oeste del país, MSF decidió retirarse progresivamente de Bouaké, Guiglo, Man, Danané y Bangolo, aunque los equipos respondieron a una breve crisis nutricional en Odienné, al noroeste del país.

Al traspasar el programa de Bangolo, donde se registraban 400 ingresos, 130 partos y 8.000 consultas mensuales, MSF abogó por la continuidad de la atención sanitaria gratuita. Las clínicas móviles y el programa nutricional en la región occidental del país fueron traspasados a las autoridades locales en marzo.

### MSF trabajó en Costa de Marfil de 1990 a 2008.

### MSF trabajó en Laos de 1989 a 2008.



# Datos, cifras y contactos



# DATOS Y CIFRAS AUDITADOS

Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional, de carácter privado y sin ánimo de lucro.

Comprende 19 secciones nacionales en Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Hong Kong, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza, y una oficina internacional en Ginebra.

La búsqueda de la eficiencia ha llevado a MSF a crear organizaciones especializadas –denominadas satélites– para actividades específicas, como aprovisionamiento de ayuda humanitaria, estudios médicos y epidemiológicos, e investigación en acción humanitaria y social. Éstas son: Épicentre, État d'Urgence Production, Fondation MSF, MSF Assistance, MSF Enterprises Limited, Médecins Sans Frontières - Établissement d'Utilité Publique, MSF Foundation Kikin, MSF-Logistique, SCI MSF, SCI Sabin y MSF Supply. Al estar controladas por MSF, estas organizaciones están incluidas en los balances financieros aquí presentados.

Las cifras que aparecen a continuación muestran las finanzas combinadas de MSF a nivel internacional. Las cifras internacionales combinadas de 2008 se han calculado de conformidad con los estándares contables internacionales de MSF, que cumplen con la mayoría de Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Las cifras han sido auditadas conjuntamente por las empresas contables KPMG y Ernst & Young, conforme a las normas internacionales de auditoría. Puede solicitarse una copia completa del Informe Financiero de 2008 a la Oficina Internacional. Además, cada sección de MSF publica cada año informes financieros y cuentas anuales auditadas, conforme a las políticas contables, la legislación y las normas de auditoría de su país. Se pueden pedir copias de estos informes a cada sección.

Las cifras aquí presentadas corresponden al ejercicio 2008. Todas las cantidades están expresadas en millones de euros.

*Nota: Las cifras de estas tablas han sido redondeadas, lo que puede provocar pequeñas diferencias en las sumas totales.*

## Gastos de proyectos por país/región

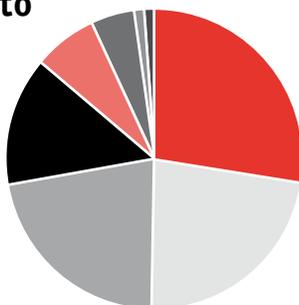
Países / regiones	En M€	Países / regiones	En M€
<b>África</b>		<b>Asia/Oriente Medio</b>	
Sudán	47,2	Myanmar	17,6
República Democrática del Congo	43,8	Irak	12,2
Somalia	22,7	India	6,2
Etiopía	22,1	Pakistán	5,2
Níger	21,1	Camboya	4,4
Chad	20,4	China	4,4
Kenia	17,1	Tailandia	4,0
Zimbabue	14,4	Yemen	3,8
República Centroafricana	12,8	Territorios Palestinos	3,5
Nigeria	9,7	Irán	3,0
Malawi	8,8	Georgia	2,9
Uganda	8,7	Uzbekistán	2,0
Mozambique	8,6	Sri Lanka	1,8
Liberia	7,6	Nepal	1,8
Burkina Faso	6,0	Bangladesh	1,5
Suráfrica	5,1	Armenia	1,4
Sierra Leona	4,3	Indonesia	1,4
Camerún	3,9	Otros países*	4,1
Costa de Marfil	3,2	<b>Total</b>	<b>81,2</b>
Guinea-Conakry	3,2	<b>América</b>	
Malí	2,5	Haití	14,3
Burundi	1,9	Colombia	9,0
Zambia	1,5	Brasil	1,0
Suazilandia	1,4	Otros países*	2,4
República del Congo	1,0	<b>Total</b>	<b>26,7</b>
Otros países*	2,0	<b>Europa</b>	
<b>Total</b>	<b>301,0</b>	Chechenia/Ingusetia	6,1
		Federación Rusa	2,0
		Italia	1,5
		Otros países*	2,5
		<b>Total</b>	<b>12,1</b>

\* Todos los países con gastos de proyectos inferiores a 1 millón de euros.

## ¿Dónde se gastó el dinero?

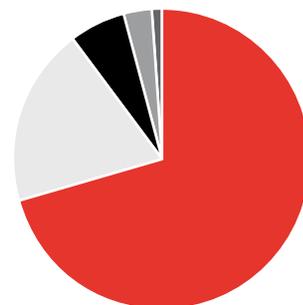
### Gastos de proyectos (\*) por naturaleza del gasto

- Personal nacional | 28%
- Personal internacional | 23%
- Atención médica y nutrición | 22%
- Transportes, fletes y almacenamiento | 14%
- Logística y saneamiento | 7%
- Gastos de funcionamiento | 5%
- Otros gastos | 1%
- Formación y apoyo local | 1%



### Gastos de proyectos (\*) por continente

- África | 70%
- Asia | 19%
- América | 6%
- Europa | 3%
- No afectados | 1%



\*Gastos de proyectos y equipos de coordinación en los países.

# 2008 2007

## Ingresos

	En M€	En %	En M€	En %
Fondos privados	587,4	86,9%	518,7	87,6%
Fondos públicos institucionales	67,7	10,0%	54,2	9,1%
Otros ingresos	20,3	3,0%	19,8	3,3%
<b>Total ingresos</b>	<b>675,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>592,7</b>	<b>100,0%</b>

## ¿Cómo se gastó el dinero?

Operaciones*	494,8	76,3%	439,1	76,1%
Testimonio	24,7	3,8%	19,4	3,4%
Otras actividades humanitarias	7,2	1,1%	9,1	1,6%
<b>Total misión social</b>	<b>526,8</b>	<b>81,2%</b>	<b>467,6</b>	<b>81,0</b>
Captación de fondos	81,2	12,6%	76,9	13,3%
Gestión, general y administración	40,2	6,2%	32,8	5,7%
<b>Total gastos</b>	<b>648,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>577,4</b>	<b>100,0%</b>
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas (realizadas y no realizadas)	-4,7		-3,2	
<b>Superávit / (déficit)</b>	<b>22,5</b>		<b>12,1</b>	

\* Proyectos y gastos de apoyo de sede a terreno

## Balance

(situación financiera a final de año):

	En M€	En M€
Activos a largo plazo	37,0	37,1
Activos corrientes	73,3	61,0
Líquido y equivalentes	375,6	350,2
<b>Total activos</b>	<b>485,9</b>	<b>448,4</b>
Fondos afectados	2,5	2,5
Fondos no afectados	423,8	402,2
Otras reservas	-13,9	-14,6
<b>Total reservas</b>	<b>412,4</b>	<b>390,1</b>
Pasivos a largo plazo	4,6	3,5
Pasivos corrientes	66,6	52,5
Fondos afectados no gastados	2,3	2,3
<b>Total pasivos y reservas</b>	<b>485,9</b>	<b>448,4</b>

## Datos de RRHH

<b>Salidas internacionales (año completo):</b>	<b>4.617</b>	<b>100%</b>	<b>4.134</b>	<b>100%</b>
Médicos	1.052	23%	1.117	27%
Enfermeros y otro personal sanitario	1.452	31%	1.303	32%
No sanitarios	2.113	46%	1.714	41%
<b>Salidas primeras misiones (año completo):</b>	<b>1.142</b>	<b>(*) 25%</b>	<b>1.152</b>	<b>(*) 28%</b>
(*) en % del total de salidas internacionales				
<b>Puestos en el terreno:</b>	<b>25.973</b>	<b>100%</b>	<b>24.348</b>	<b>100%</b>
Personal internacional	2.029	8%	1.994	8%
Personal nacional	23.944	92%	22.354	92%

## Fuentes de ingresos

A fin de garantizar nuestra independencia y reforzar nuestros vínculos con la sociedad, nos esforzamos por mantener un alto nivel de fondos privados. En 2008, el 89,9% de los ingresos de MSF provinieron de fuentes privadas. Más de 3,7 millones de socios y donantes privados en todo el mundo lo hicieron posible. Entre otros financiadores institucionales públicos que aportan fondos a MSF, están ECHO y los Gobiernos de Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido y Suecia.

**Los gastos** se asignan de acuerdo con las principales actividades realizadas por MSF. Las operaciones incluyen gastos directos de proyectos y de apoyo a los mismos desde las sedes. Todas las categorías de gastos incluyen salarios, costes directos y gastos generales asignados.

**Los fondos afectados** pueden ser fondos que los donantes exigen que sean invertidos o retenidos en vez de gastados, o pueden ser el mínimo obligatorio que debe ser retenido por algunas de las secciones.

**Los fondos no afectados** son fondos no asignados a ningún proyecto concreto por los donantes, que no se han gastado durante el ejercicio y que MSF puede utilizar a su criterio para cumplir con su misión social.

**Otras reservas** corresponden al capital de base y los balances técnicos relativos al proceso de combinación de las cuentas, incluyendo la diferencia por cambio de divisas.

Las reservas de MSF se han generado a lo largo de los años por excedentes de ingresos sobre los gastos. A finales de 2008, la parte disponible (los fondos no afectados disminuyeron por la diferencia de cambio) representaba 7,6 meses de actividad. El propósito de las reservas es cubrir las siguientes necesidades: futuras grandes emergencias para las que no se obtengan fondos suficientes, una caída repentina de los fondos privados y/o institucionales, la sostenibilidad de proyectos a largo plazo (p.ej., programas de tratamiento ARV), así como la prefinanciación de operaciones que posteriormente se sufragarán con campañas de captación de fondos y/o financiación institucional.

**Los fondos afectados no gastados** son fondos designados por los donantes que no se han gastado durante el ejercicio y que MSF utilizará estrictamente de acuerdo con los deseos de éstos (p.ej. países o intervenciones concretas).

El Informe Financiero completo está disponible en [www.msf.org](http://www.msf.org)

# CONTACTOS MSF

## Alemania Médecins Sans Frontières/

### Ärzte Ohne Grenzen

Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlín | Alemania  
 T 49 (30) 22 33 77 00 | F 49 (30) 22 33 77 88  
 office@berlin.msf.org  
 www.aerzte-ohne-grenzen.de  
 Pr Dr. Tankred Stoebe | DG Dr. Frank Doerner

## Australia Médecins Sans Frontières/

### Doctors Without Borders

Suite C, Level 1 | 263 Broadway Glebe NSW 2037  
 PO Box 847 | Broadway NSW 2007 | Australia  
 T 61 2 95 52 49 33 | F 61 2 95 52 65 39  
 office@sydney.msf.org | www.msf.org.au  
 Pr Dr. Matthew Reid | DG Philippe Couturier

## 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  
 Pr Dr. Reinhard Doerflinger | DG Franz Neunteufl

## Bélgica Médecins Sans Frontières/

### Artsen Zonder Grenzen

Rue Dupré 94 / Dupréstraat 94 | 1090 Bruselas  
 Belgium | T 32 2 474 74 74 | F 32 2 474 75 75  
 info@azg.be | www.msf.be or www.azg.be  
 Pr Dr. Jean-Marie Kindermans  
 GD Christopher Stokes

## 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  
 Pr Dr. Joni Guptill | DG Marilyn McHarg

## Dinamarca Médecins Sans Frontières/

### Læger Uden Grænser

Kristianiagade 8 | 2100 København Ø | Dinamarca  
 T 45 39 77 56 00 | F 45 39 77 56 01  
 info@msf.dk | www.msf.dk  
 Pr Dr. Søren Brix Christensen  
 DG Michael G Nielsen

## España Médicos Sin Fronteras

Nou de la Rambla 26 | 08001 Barcelona | España  
 T 34 93 304 6100 | F 34 93 304 6102  
 office-bcn@barcelona.msf.org | www.msf.es  
 Pr Dr Paula Farias | DG Aitor Zabalgoeazkoa

## 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@newyork.msf.org  
 www.doctorswithoutborders.org  
 Pr Dr. Matthew Spitzer | DG Sophie Delaunay

## 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-par@paris.msf.org | www.msf.fr  
 Pr Dr. Marie-Pierre Allié | DG Dr. Filipe Ribiero

## Grecia Médecins Sans Frontières/

Γιατροί 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  
 Pr Ioanna Papaki | DG Reveka Papadopoulou

## Holland Médecins Sans Frontières/

### Artsen zonder Grenzen

Plantage Middenlaan 14 | 1018 DD Amsterdam  
 Holanda  
 T 31 20 520 8700 | F 31 20 620 5170  
 office@amsterdam.msf.org  
 www.artsenzonderegrenzen.nl  
 Pr Dr. Pim de Graaf | DG Hans van der Weerd

## Hong Kong Médecins Sans Frontières/無國界醫生

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  
 Pr Dr Fan Ning | DG Dick van der Tak

## Italia Médecins Sans Frontières/Medici Senza

### Frontiere

Via Volturno 58 | 00185 Roma | Italia  
 T 39 06 44 86 92 1 | F 39 06 44 86 92 20  
 msf@msf.it | www.medicisenzafrentiere.it  
 Pr Raffaella Ravinetta | DG Kostas Moschochoritis

## Japón Médecins Sans Frontières/国境なき医師団

3F Waseda SIA Bldg | Babashitacho | Shinjuku-ku  
 Tokio | 162-0045 | Japón  
 T 81 3 5286 6123 | F 81 3 5286 6124  
 office@tokyo.msf.org | www.msf.or.jp  
 Pr Satoru Ida | DG Eric Ouannes

## Luxemburgo Médecins Sans Frontières

68, rue de Gasperich | 1617 Luxemburgo  
 Luxemburgo  
 T 352 33 25 15 | F 352 33 51 33  
 info@msf.lu | www.msf.lu  
 Pr André di Prospero (interino)  
 DG Karine Van Houte (interino)

## Noruega Médecins Sans Frontières/

### Leger Uten Grenser

Postboks 8813 Youngstorget | 0028 Oslo  
 Norway | Youngstorget 1 | 0181 Oslo | Noruega  
 T 47 23 31 66 00 | F 47 23 31 66 01  
 epost@legerutengrenser.no  
 www.legerutengrenser.no  
 Pr Dr. Håkon Bolkan | DG Patrice Vastel

## Reino Unido Médecins Sans Frontières

67-74 Saffron Hill | Londres EC1N 8QX | Reino Unido  
 T 44 20 7404 6600 | F 44 20 7404 4466  
 office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk  
 Pr Jacqueline Tong | DG Marc DuBois

## Suecia Médecins Sans Frontières/

### Läkare Utan Gränser

Gjörwellsgatan 28, 4 trappor | Box 34048  
 100 26 Estocolmo | Suecia  
 T 46 8 55 60 98 00 | F 46 8 55 60 98 01  
 office-sto@msf.org | www.lakareutanranser.se  
 Pr Kristina Bolme Kuhn | DG Dan Sermand

## 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  
 Pr Isabelle Segui-Bitz | DG Christian Captier

## Oficina internacional de MSF

### y oficina de enlace con la ONU - Ginebra

78 rue de Lausanne | Case Postale 116 | 1211  
 Ginebra 21 | Suiza | office-intl@bi.msf.org |  
 www.msf.org | T 41 22 849 84 00 | F 41 22 849 84 04  
 Resp. relaciones institucionales: Emmanuel Tronc  
 emmanuel.tronc@msf.org  
 Pr Dr. Christophe Fournier | SG Kris Torgeson

## OTRAS OFICINAS

### Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME)

78 rue de Lausanne | Case Postale 116 | 1211  
 Ginebra 21 | Suiza  
 T 41 22 849 8405 | F 41 22 849 8404  
 www.accessmed-msf.org  
 DG Dr. Tido von Schoen-Angerer

### Oficina de enlace con la ONU - Nueva York

333 7th Avenue | 2nd Floor | Nueva York, NY  
 10001-5004 | Estados Unidos  
 T 1 212 655 3777 | F 1 212 679 7016 | MSF UN  
 Resp. enlace con la ONU: Fabien Dubuet  
 fabien.dubuet@newyork.msf.org

### Oficina de MSF en Brasil

Rua Santa Luzia, 651/11º andar | Centro - Rio de  
 Janeiro | CEP 20030-041 | Rio de Janeiro | Brasil  
 T 55 21 3527-3636 | www.msf.org.br  
 DG Simone Rocha

### Oficina de MSF en los Emiratos Árabes Unidos/

قدحتملا تيبرعلا تارامإلا يف دودح الب عابطاً  
 PO Box 47226 | Abu Dhabi | UAE  
 T 971 2 6317 645 | www.msfuae.ae  
 DG Marc Sauvagnac

### Oficina de MSF en Suráfrica

Orion Building | 3rd floor | 49 Jorissen Street,  
 Braamfontein 2017 | Johannesburgo  
 T 27 11 403 44 40/41 | www.msf.org.za  
 DG Sharon Ekambaram

Pr Presidente

DG Director General

SG Secretario General

## Redacción

Caroline Abu-Sada, Sylviane Bachy, Koen Baetens, Frédéric Baldini, Niklas Bergstrand, Jason Cone, Natacha Bühler, Susan Doettling, François Dumont, Romain Gitenet, Aloïs Hug, Olivier Falhun, Isabelle Ferry, Irene Jancsy, Isabelle Jeanson, Clémentine Lacroix, Claude Mahoudeau, Megan McKenna, Isabelle Merny, Anna-Karin Moden, Niamh Nic Carthaigh, Naomi Pardington, Yasmin Rabiyan, Susan Sandars, François Servranckx, Natalia Sheletova, Clara Tarrero, Véronique Terrasse, Theodora Theodoridou, Anna Tsuji, Mirjam van den Berg, Erwin van't Land, Alessandra Vilas Boas.

## Documentación para el artículo de enfermedades olvidadas

François Chappuis, Pedro Pablo Palma, Nines Lima, Myrian Henkens

## Agradecimientos

Liane Cerminara, Gaëlle Fedida, Corinne Galland, Myriam Henkens, Alice Kociejowski, Sally McMillan, Djamila Mili, Jordi Passola, Michel Peremans, Miriam Schlick, Monique Smulders, Kris Torgeson, Emmanuel Tronc, Alessandra Vilas Boas y todo el personal de terreno, operaciones y comunicación que ha revisado el material para esta memoria.

## Edición en inglés

**Dirección editorial** Siân Bowen

**Documentación y apoyo editorial** Hélène Ponpon

**Foto edición** Bruno De Cock

**Edición** Diane Pengelly

## Edición en francés

**Coordinación y edición** Hélène Ponpon

**Traducción** Translate 4 U sàrl

(Aliette Chaput, Emmanuel Pons)

**Apoyo editorial** Isabelle Palacín-Chen

## Edición en italiano

**Coordinación** Barbara Galmuzzi

**Traducción** Selig S.a.S.

**Edición** Barbara Galmuzzi

## Edición en español

**Coordinación** Aloïs Hug

**Traducción** Pilar Petit

**Edición** Eulalia Sanabra

## Edición en árabe

Para solicitar ejemplares de esta edición, contactar con la oficina internacional de MSF

## Diseño gráfico

Studio Roozen, Ámsterdam, Holanda

## Impresión

Kunstdrukkerij Mercurius, Westzaan, The Netherlands

**Oficina internacional MSF**

78 Rue de Lausanne, Case Postale 116, CH-1211 Geneva 21, Switzerland

Tel (+41-22) 8498 400, Fax (+41-22) 8498 404, E-mail [office-intl@bi.msf.org](mailto:office-intl@bi.msf.org), [www.msf.org](http://www.msf.org)

Médicos Sin Fronteras (MSF) fue fundada en 1971 por un pequeño grupo de médicos y periodistas que creían que todo el mundo debía poder acceder a la ayuda de emergencia. MSF fue una de las primeras organizaciones no gubernamentales en prestar asistencia médica de urgencia y en dar testimonio público de la difícil situación de las personas a las que ayuda.

Hoy MSF es un movimiento médico-humanitario internacional con secciones en 19 países. En 2008, más de 26.000 médicos, enfermeros, otros profesionales sanitarios, expertos en logística, técnicos en agua y saneamiento, ingenieros y administradores ofrecieron ayuda médica en más de 65 países.