



# MSF MEMORIA INTERNACIONAL

2009



# CARTA MAGNA DE MÉDICOS SIN FRONTERAS

**Médicos Sin Fronteras es una asociación privada con vocación internacional. La asociación reúne mayoritariamente a miembros del cuerpo sanitario y está abierta a otros profesionales 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 ofrecen una visión general del trabajo de MSF en el mundo entre enero y diciembre de 2009. Las cifras de personal representan el total de puestos equivalentes a tiempo completo (*full-time equivalent* o FTE) por país durante el mismo periodo.

Los motivos de intervención clasifican los acontecimientos que originan la respuesta médico-humanitaria de MSF, según se describe en el *Estudio internacional de tipología de proyectos 2009*. 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 2009

*Kris Torgeson, secretaria general de MSF Internacional*

*Dr. Christophe Fournier, presidente del Consejo Internacional de MSF*

## 8 RESUMEN DE OPERACIONES MSF

## 10 GLOSARIO DE ENFERMEDADES

### PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO

11 África

39 Asia y el Cáucaso

57 América

65 Europa y Oriente Medio

### ARTÍCULOS

32 No es momento de rendirse. Los financiadores recortan sus fondos para el VIH

63 Haití: respuesta al terremoto de 2010

## 77 CIERRE DE PROYECTOS

## 78 DATOS Y CIFRAS

## 80 CONTACTOS MSF



11 MSF en el mundo



11 África



39 Asia y el Cáucaso

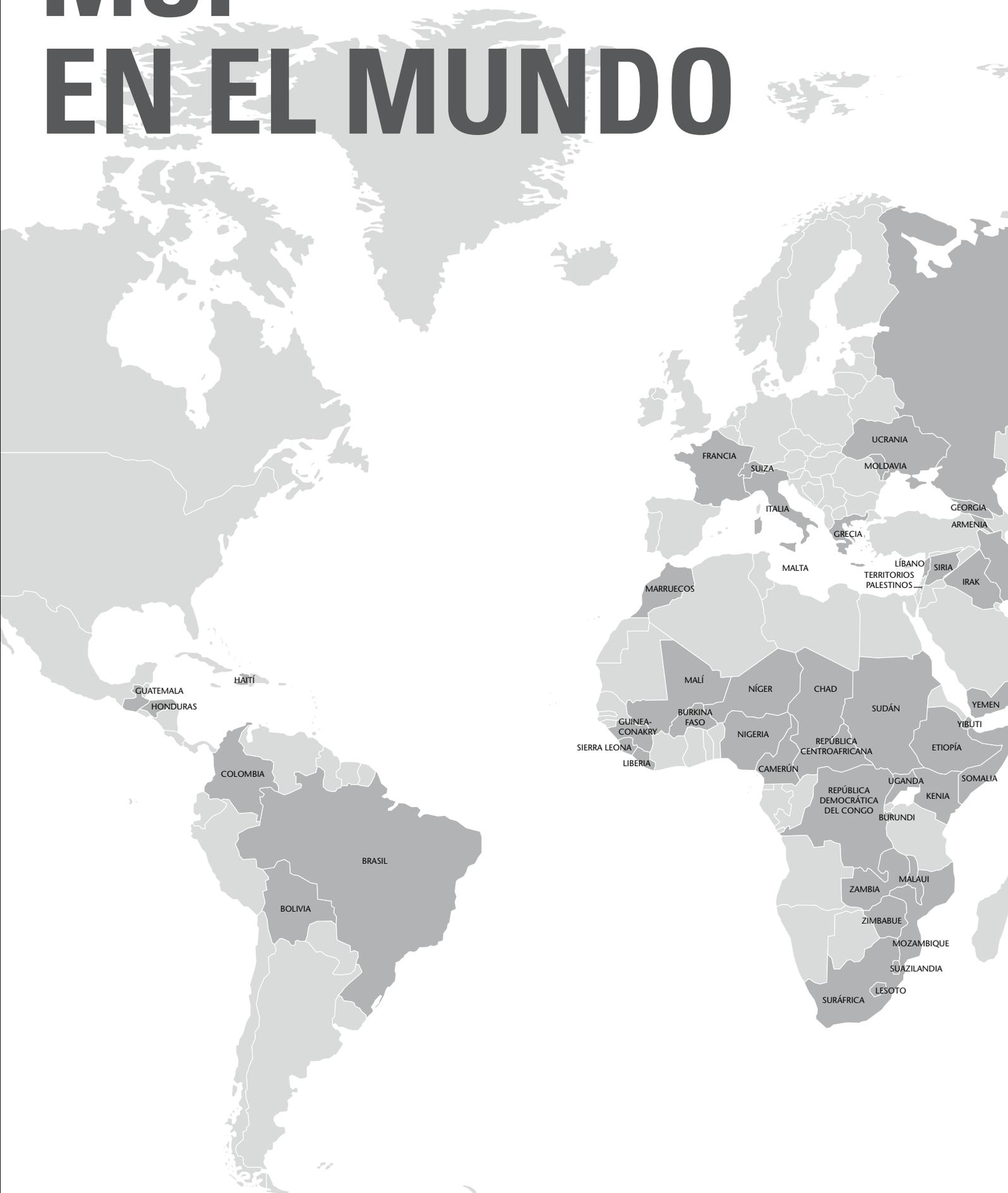


57 América



65 Europa y Oriente Medio

# MSF EN EL MUNDO





- 40 AFGANISTÁN
- 41 ARMENIA
- 42 BANGLADESH
- 58 BOLIVIA
- 59 BRASIL
- 12 BURKINA FASO
- 13 BURUNDI
- 43 CAMBOYA
- 14 CAMERÚN
- 16 CHAD
- 44 CHINA
- 60 COLOMBIA
- 18 ETIOPIÁ
- 70 FEDERACIÓN RUSA
- 53 FILIPINAS
- 66 FRANCIA
- 45 GEORGIA
- 67 GRECIA
- 61 GUATEMALA
- 19 GUINEA-CONAKRY
- 62 HAITÍ
- 64 HONDURAS
- 46 INDIA
- 47 INDONESIA
- 72 IRAK
- 71 IRÁN
- 68 ITALIA
- 20 KENIA
- 48 KIRGUIZISTÁN
- 21 LESOTO
- 74 LÍBANO
- 22 LIBERIA
- 23 MALAUI
- 24 MALÍ
- 69 MALTA
- 25 MARRUECOS
- 69 MOLDAVIA
- 26 MOZAMBIQUE
- 49 MYANMAR
- 50 NEPAL
- 27 NÍGER
- 28 NIGERIA
- 51 PAKISTÁN
- 52 PAPÚA NUEVA GUINEA
- 15 REPÚBLICA CENTROÁFRICANA
- 17 REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO
- 29 SIERRA LEONA
- 76 SIRIA
- 30 SOMALIA
- 54 SRI LANKA
- 34 SUAZILANDIA
- 33 SUDÁN
- 70 SUIZA
- 31 SURÁFRICA
- 55 TAILANDIA
- 75 TERRITORIOS PALESTINOS
- 56 TURKEMENISTÁN
- 71 UCRANIA
- 36 UGANDA
- 57 UZBEKISTÁN
- 76 YEMEN
- 18 YIBUTI
- 37 ZAMBIA
- 38 ZIMBABUE

# RESUMEN DEL AÑO 2009

Kris Torgeson, secretaria general de MSF Internacional

Dr. Christophe Fournier, presidente del Consejo Internacional de MSF



© Spencer Platt/Getty Images

Un hombre es atendido en el centro médico de MSF en el campo de refugiados de Dagahaley en Dadaab, Kenia, que acoge a 91.000 personas.

*Para Médicos Sin Fronteras (MSF), una organización especializada en intervenciones de emergencia y en contextos frágiles e impredecibles, un año nunca es igual a otro. Por supuesto, nuestros miles de trabajadores en todo el mundo siguen prestando atención sanitaria a poblaciones desatendidas y tratando enfermedades que continúan cobrándose miles de vidas. Pero, más allá de nuestra constante actividad médica, cada año trae consigo nuevos retos para nuestra organización.*

**El año 2009 estuvo marcado por dos temas preocupantes: la debilitación del compromiso de los financiadores internacionales en su lucha contra el VIH/sida y el aumento de incidentes de seguridad que afectan a nuestra capacidad de dar asistencia.**

En 2009, empezamos a examinar con detalle la financiación para el VIH/sida en ocho países africanos. Observamos una clara tendencia entre los financiadores de echarse atrás del compromiso de aumentar sus ayudas para combatir la pandemia que en su día anunciaron a bombo platillo. Los efectos sobre la disponibilidad y el nivel de atención a las personas infectadas son cada vez más evidentes en los países donde trabajamos. En algunos países con alta prevalencia de VIH/sida, las clínicas se ven obligadas a rechazar a pacientes y a racionar un tratamiento vital. MSF insistirá en esta inaceptable retirada de fondos en los foros públicos y privados pertinentes durante 2010.

En zonas de conflicto, donde solemos ser una de las pocas organizaciones que prestan atención médica, nuestra capacidad asistencial se ha visto amenazada por una serie de graves incidentes de seguridad. En febrero, dos de nuestros colegas fueron brutalmente asesinados en el valle pakistaní de Swat, cuando intentaban recoger a unos heridos en ambulancia. Nasar Ali y Riaz Ahmad eran conocidos y admirados por su dedicación y entrega a la causa humanitaria, pero pagaron un trágico precio por ello.

En 2009 hubo secuestros de trabajadores de MSF en Pakistán, Sudán, Somalia y Chad. Afortunadamente, todos ellos fueron liberados sanos y salvos. Sin embargo, esto nos enfrenta a duros dilemas como organización. Nuestra determinación de estar al lado de las víctimas de conflictos armados no sólo no ha disminuido sino que incluso ha aumentado, pero nos vemos obligados a evaluar continuamente cómo aportar asistencia en zonas donde nuestros equipos están especialmente expuestos a actos violentos.

En una situación de guerra hay distintas víctimas: víctimas directas, las que atienden nuestros equipos médicos y quirúrgicos, y víctimas ocultas. El impacto de los conflictos y de los desplazamientos masivos de población sobre los precarios sistemas de salud es desastroso en la mayoría de los casos. Generalmente se produce un gran aumento de mortalidad materno-infantil o de brotes epidémicos. Las víctimas de violencia sexual y los supervivientes afectados por profundos traumas psicológicos se encuentran también entre las víctimas ocultas de la guerra que nuestros equipos médicos asisten con carácter urgente en muchos países.

Las ofensivas militares en los Territorios palestinos dejaron tras de sí 1.300 muertos, 5.300 heridos y toda una población dependiente de la asistencia médica y la ayuda externas. Teníamos un equipo en el terreno antes de la ofensiva –hemos trabajado durante años en la Franja de Gaza– pero, a pesar de nuestros repetidos intentos de entrar antes, un equipo quirúrgico completo de MSF sólo pudo entrar en la ciudad de Gaza tras suspenderse los ataques. Entonces pudimos montar dos hospitales hinchables y, entre enero y julio, practicamos 500 intervenciones quirúrgicas. Mientras tanto, el coste psicológico de los enfrentamientos lo pagaron especialmente los niños. MSF puso a personal adicional para ayudar con las consultas psicológicas: más de la mitad de los 400 nuevos pacientes eran menores de 12 años.

En la República Democrática del Congo (RDC), el conflicto sigue provocando enormes necesidades a las que MSF intenta dar respuesta año tras año con una de las intervenciones más grandes de su historia. De nuevo, intentamos llevar a cabo actividades médicas en una situación que se ha convertido en una emergencia de salud crónica. En 2009, MSF realizó 530.000 consultas, vacunó a 650.000 niños de sarampión y atendió a 5.600 víctimas de violación en la región de los Kivus.

En 2009, un año especialmente letal para los civiles en Afganistán desde que estalló la guerra en 2001, reanudamos nuestra labor médica tras cinco años de ausencia

después del asesinato deliberado de cinco compañeros en 2004. Nuestra principal preocupación, tanto en Kabul como en la provincia de Helmand, fue ofrecer asistencia médica a la población en general y no sólo a los heridos de guerra. En Mardan, Pakistán, donde se asentó alrededor de un millón de desplazados tras huir de los enfrentamientos en el distrito de Swat, nuestros equipos dieron apoyo en hospitales de referencia, centros de salud y clínicas móviles.

Nuestra capacidad de aportar asistencia en conflictos a veces se ve restringida por las políticas y acciones de los gobiernos. En Sudán, proporcionar alimentos, agua y atención sanitaria a la población de Darfur resultó mucho más difícil a partir de marzo de 2009, cuando las autoridades sudanesas expulsaron a 13 agencias de ayuda internacionales –incluidas dos secciones de MSF– y tres organizaciones sudanesas, después de que el Tribunal Penal Internacional (TPI) acusase al presidente sudanés Omar Al-Bashir de crímenes de guerra y de lesa humanidad.

La decisión del gobierno de Jartum no sólo supeditaba el trabajo de MSF, sino también las necesidades de la población de Darfur, a sus intereses políticos y judiciales. También ignoraba la política de MSF, anunciada públicamente por la organización, de abstenerse de cualquier tipo de cooperación con el TPI, basándose en el reconocimiento de que las actividades humanitarias deben ser independientes de presiones políticas y judiciales a fin de poder prestar asistencia médica a poblaciones en situaciones de violencia. Hoy, más que nunca, parece que tenemos que explicar una y otra vez los principios de neutralidad, imparcialidad e independencia que guían nuestras decisiones como organización humanitaria.

El conflicto en Sri Lanka llegó a su punto culminante, dejando a muchos civiles en situación vulnerable. A menudo los desplazados se encontraban atrapados por la violencia al intentar llegar a zonas seguras.

*continuación en página siguiente* ►

Acceder a las estructuras médicas y a la ayuda era extremadamente difícil, y cuando por fin llegaban hasta quienes podían ayudarles, sus necesidades sanitarias ya eran críticas.

Más allá de los contextos de conflicto, MSF organizó en 2009 campañas de vacunación a gran escala, particularmente contra la meningitis en África del Oeste, donde vacunamos a casi ocho millones de personas entre Nigeria y Níger. Nuestros equipos intervinieron en grandes catástrofes naturales a lo largo del año, ofreciendo atención médica y psicológica, cobijo y apoyo logístico a las poblaciones afectadas. De la misma forma, ayudamos a 150.000 personas que perdieron sus hogares durante las inundaciones en la capital de Burkina Faso, Uagadugú, cuando la cantidad de lluvia de todo un año cayó en un solo día de septiembre. Otros equipos asistieron a 75.000 personas afectadas por el ciclón Aila en Bangladesh, y a 60.000 víctimas de las inundaciones en Andhra Pradesh, India.

Seguimos trabajando sin tregua para combatir las epidemias de VIH/sida y de tuberculosis (TB). En 2009, MSF ofrecía tratamiento a más de 190.000 personas con VIH, 160.000 de ellas, en terapia antirretroviral (ARV). Muchos de nuestros pacientes viven en zonas remotas, tienen pocos recursos y, en circunstancias normales, no recibirían tratamiento. En 2009, MSF siguió respondiendo a esta falta de acceso allí donde le fue posible. Los equipos ofrecieron asesoramiento, pruebas diagnósticas y tratamiento ARV gratuito, redujeron las tasas de transmisión del VIH de madres a hijos y formaron a pacientes seropositivos experimentados para que ayudasen a otros a adherirse al tratamiento. Sólo en Lesoto, por ejemplo, se llevaron a cabo 54.000 pruebas del VIH y 6.000 pacientes iniciaron la terapia ARV.

La TB, que se ha convertido en la principal causa de muerte entre los pacientes VIH-positivos, es una preocupación creciente para MSF: la falta de adherencia al difícil tratamiento de la TB puede provocar el desarrollo de cepas resistentes a la medicación habitual, que son más problemáticas de tratar, especialmente si el sistema inmunológico del paciente ya está afectado por el VIH. MSF trabaja duro para combinar el tratamiento del VIH y de la TB en entornos con recursos limitados a fin de intentar invertir esta tendencia. En 2009, la organización trató a más de 21.000 pacientes de TB.

Algunas enfermedades olvidadas todavía no reciben la debida atención internacional. Tres en particular –la enfermedad del sueño, el kala azar y el Chagas– amenazan a más de 500 millones de personas en el mundo. En respuesta, MSF se comprometió en 2009 a invertir 18 millones de euros en seis años, en colaboración con la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (Drugs for Neglected Diseases initiative o DNDi), con el objetivo de investigar nuevos fármacos imprescindibles para tratar estas enfermedades de forma más efectiva. A través de sus programas en el terreno, MSF seguirá prestando apoyo a la investigación operacional y clínica necesaria para avanzar en el desarrollo de nuevos medicamentos. En 2009, la organización trató a más de 6.000 pacientes afectados por alguna de estas tres enfermedades.

Las necesidades desatendidas de los migrantes siguen siendo una de nuestras preocupaciones más acuciantes. Los migrantes emprenden viajes llenos de riesgos e incertidumbre, y cuando llegan a su destino –si llegan–, su salud a menudo sigue estando amenazada. Algunos pasan largos periodos de tiempo hacinados en centros de detención, otros se ven obligados a vivir ocultándose de las autoridades y su situación irregular les impide acceder a la atención de salud más básica. MSF ofrece a estas personas atención médica y psicológica gratuita, protegiendo su identidad siempre que es posible y refiriéndoles en caso necesario a hospitales locales.

Les ofrecemos asistencia médica en las diferentes fases de su periplo. En sus países de origen, como Somalia, Afganistán, Congo y Nigeria, tratamos las consecuencias médicas de la violencia y las privaciones. En Marruecos, Grecia, Malta, Italia y Francia, nuestros equipos proporcionan atención médica y psicológica a las personas que sobreviven al viaje; muchos migrantes y solicitantes de asilo son víctimas de actos violentos y de abusos, son encarcelados y explotados, o caen presas de mafias y traficantes.

También asistimos a migrantes fuera de Europa. Muchos refugiados y solicitantes de asilo del Cuerno de África buscan seguridad en Yemen. Las duras condiciones del viaje y los peligros del mar durante la travesía causan cientos de muertos y el estado de salud de los que consiguen llegar a las costas de Yemen suele ser muy deficiente. En 2009, unas 9.000 personas recibieron asistencia médica de MSF en las gobernaciones de Abyan y Shabwa, al sur del país.

En Bangladesh, miles de refugiados de la minoría musulmana rohingya de Myanmar libran una lucha diaria por sobrevivir. De una población estimada de hasta 400.000 rohingya que han cruzado la frontera, sólo 28.000 son reconocidos como refugiados por el país vecino y, por tanto, con derecho a recibir asistencia del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). MSF puso en marcha un proyecto de atención sanitaria de emergencia para ayudar a unos 20.000 refugiados rohingya no reconocidos que vivían en condiciones nefastas en el campo de Kutupalong.

Justo fuera del periodo de actividad de esta memoria, el recién iniciado año 2010 vio el lanzamiento de la mayor operación de emergencia de la historia de MSF, tras el devastador terremoto que asoló Haití y que se cobró miles de vidas. En los cuatro primeros meses, los equipos de MSF asistieron a 173.000 pacientes y realizaron más de 11.000 intervenciones quirúrgicas.

Esta tragedia ha puesto a prueba la capacidad de asistencia de nuestra organización ante unas necesidades tan masivas y urgentes, al tiempo que mantenemos nuestro pleno compromiso con la salud y las vidas de cientos de miles de personas en otras partes del mundo. Junto con la necesidad de movilizar a los donadores para que sigan prestando apoyo frente a la epidemia del VIH/sida, y la preocupación por el aumento de la violencia contra los trabajadores humanitarios, Haití marcará la pauta en 2010.

Las aportaciones continuadas de millones de personas en todo el mundo que apoyan económicamente a MSF es esencial para poder ofrecer asistencia médica a aquellos que la necesitan con urgencia y para mantener a raya cualquier ingerencia política, militar o económica. Estamos inmensamente agradecidos a todos nuestros donantes que hacen posible la labor de MSF en más de 65 países.

Gracias.



© Robin Meldrum / MSF

Un niño recibe tratamiento de cólera durante un gran brote en la capital de Zambia, Lusaka, en marzo de 2009.

# RESUMEN DE OPERACIONES MSF

## Mayores intervenciones por gastos de proyectos

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1. República Democrática del Congo (RDC) | 6. Nigeria                         |
| 2. Zimbabue                              | 7. Kenia                           |
| 3. Somalia                               | 8. Chad                            |
| 4. Níger                                 | 9. Haití                           |
| 5. Sur de Sudán                          | 10. República Centroafricana (RCA) |

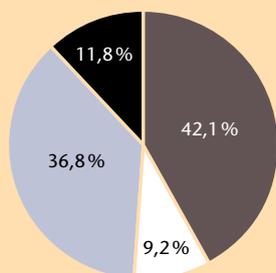
Estos 10 países suman un presupuesto total de 193.530.586 euros o un 49,2% del presupuesto operacional de MSF.

## Localización de proyectos

Nº proyectos

% total operaciones

- África | 32
- Europa | 7
- Asia | 28
- América | 9

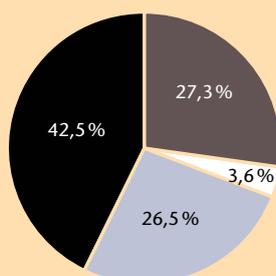


## Contextos de intervención

Nº proyectos

% total operaciones

- Conflicto armado | 99
- Posconflicto | 13
- Inestabilidad interna | 96
- Estable | 154

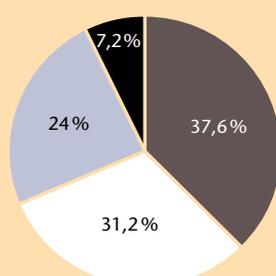


## Motivos de intervención

Nº proyectos

% total operaciones

- Conflicto armado | 136
- Enfermedad endémica/epidémica | 113
- Violencia social/exclusión atención sanitaria | 87
- Catástrofe natural | 26



## Principales actividades

(Este listado no ofrece una visión completa de las actividades y se limita a aquellas en las que el personal de MSF ha tenido acceso directo a los pacientes)

Actividad	Definición	Total
Consultas externas	Nº total de consultas externas	7.509.512
Hospitalizaciones	Nº total de pacientes ingresados	292.347
Malaria	Nº total de casos confirmados tratados	1.110.495
Centro nutrición terapéutica (CNT)	Nº total de niños con desnutrición severa tratados en CNT hospitalarios y ambulatorios	154.133
Centro nutrición suplementaria (CNS)	Nº de niños con desnutrición moderada tratados en CNS	41.288
Partos	Nº total de mujeres que dieron a luz, incluidas cesáreas	110.236
Violencia sexual	Nº total de casos de violencia sexual atendidos médicamente	13.624
Intervenciones quirúrgicas	Nº total de intervenciones de cirugía mayor incluida cirugía obstétrica con anestesia general o espinal	49.680
Violencia directa	Nº total de intervenciones médicas y quirúrgicas por violencia directa	88.765
VIH	Nº total de pacientes con VIH registrados y atendidos a final de año	190.254
Tratamiento ARV (primera línea)	Nº total de pacientes en tratamiento ARV de primera línea a final de año	162.728
Tratamiento ARV (segunda línea)	Nº total de pacientes en tratamiento ARV de segunda línea a final de 2009. Fracaso del tratamiento de primera línea	1.781
PTMH (madres)	Nº de mujeres embarazadas VIH-positivas que recibieron tratamiento para prevenir la transmisión de madres a hijos (PTMH)	8.704
PTMH (hijos)	Nº de bebés elegibles nacidos en 2009 que recibieron tratamiento post-exposición	10.406
TB (primera línea)	Nº total de nuevas admisiones para tratamiento de TB de primera línea	20.569
TB (segunda línea)	Nº total de nuevas admisiones para tratamiento de TB de segunda línea	943
Salud mental (individual)	Nº total de consultas individuales	109.755
Salud mental (grupo)	Nº total de sesiones grupales de asesoramiento o de apoyo	7.895
Cólera	Nº total de personas admitidas en centros de tratamiento de cólera o tratadas con solución de rehidratación oral	130.220
Sarampión (vacunación)	Nº total de personas vacunadas de sarampión en respuesta a un brote epidémico	1.419.427
Sarampión (tratamiento)	Nº total de personas tratadas de sarampión	28.261
Meningitis (vacunación)	Nº total de personas vacunadas de meningitis en respuesta a un brote epidémico	7.932.403
Meningitis (tratamiento)	Nº total de personas tratadas de meningitis	77.901

# GLOSARIO DE ENFERMEDADES

## Enfermedad de Chagas

Descrita por primera vez por el médico brasileño Carlos Chagas, esta enfermedad parasitaria se encuentra casi exclusivamente en Latinoamérica, aunque con el aumento de los viajes en todo el mundo, también se han reportado casos en EE UU, Europa, Australia y Japón. Esta enfermedad potencialmente mortal puede causar daños irreversibles en el corazón, el esófago y el colon, acortando la esperanza de vida una media de 10 años.

La enfermedad es transmitida por insectos que se alimentan de sangre y que viven en las grietas de las paredes y techos de las viviendas de adobe y paja, frecuentes en las zonas rurales y los arrabales pobres de las ciudades en Latinoamérica. También puede transmitirse a través de transfusiones de sangre, de madres a hijos durante el embarazo y, con menos frecuencia, a través del trasplante de órganos o con el consumo de alimentos contaminados. Aproximadamente un 30% de los afectados desarrollan síntomas crónicos debilitantes y que amenazan su vida. El fallo cardíaco es la causa de muerte más frecuente en adultos con Chagas. Algunas personas pueden tener la enfermedad sin presentar síntomas durante años.

Actualmente sólo existen dos medicamentos para combatir la enfermedad: el benznidazol y el nifurtimox, ambos desarrollados hace más de 35 años en investigaciones no específicas para el Chagas. La tasa de curación es casi del 100% en recién nacidos y durante la primera infancia, pero en niños más mayores, adolescentes y adultos, el tratamiento sólo es efectivo en un 60 ó 70% de los casos. El diagnóstico es complicado. Hay que hacer de dos a tres análisis de sangre para determinar si un paciente está infectado con el parásito y no existe ninguna prueba para saber si el tratamiento ha tenido éxito. Los tratamientos actuales pueden ser tóxicos, durar de uno a dos meses y presentar múltiples efectos secundarios. A pesar de la clara necesidad de medicamentos más efectivos y seguros, son pocos los nuevos fármacos en fase de desarrollo.

**MSF ha hecho las pruebas de Chagas a más 65.000 personas y ha tratado a más de 3.000 pacientes desde 1999.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Feasibility, Drug Safety, and Effectiveness of Etiological Treatment Programmes for Chagas Disease in Honduras, Guatemala, and Bolivia: 10-Year Experience of Médecins Sans Frontières.<sup>1</sup>

## Cólera

El cólera es una infección gastrointestinal aguda causada por la bacteria *Vibrio cholerae*. Transmitido a través del agua o de alimentos contaminados, puede propagarse rápidamente y provocar brotes repentinos de considerable magnitud.

Aunque muchas personas con cólera sólo desarrollarán una infección leve, la enfermedad también puede causar diarrea acuosa profusa y vómitos que provocan deshidratación severa, y sin tratamiento rápido, la muerte. El tratamiento consiste en la restitución inmediata de fluidos y sales mediante una solución de rehidratación oral o intravenosa.

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

**MSF trató a más de 130.220 pacientes de cólera en 2009.**

## VIH/sida

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite a través de la sangre y los fluidos corporales, y debilita gradualmente el sistema inmunitario –generalmente en un periodo de tres a 10 años– desembocando en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida.

Diversas infecciones oportunistas como la candidiasis, la neumonía o varios tipos de tumores pueden aparecer cuando las defensas empiezan a debilitarse. Algunas infecciones pueden tratarse, mientras que otras pueden causar la muerte de los afectados. La infección oportunista más mortífera es la tuberculosis (TB).

Las combinaciones de medicamentos conocidos como antirretrovirales (ARV) ayudan a combatir el virus y permiten a los afectados vivir más años una vida más saludable sin la rápida degradación de su sistema inmune. La forma más fácil y sencilla de tomar esta medicación adecuadamente es en dosis fijas combinadas (una sola píldora por toma). Los programas integrales de VIH/sida de MSF suelen incluir actividades educativas y de sensibilización, distribución de preservativos, pruebas del VIH, asesoramiento pre y post

test, tratamiento y prevención de infecciones oportunistas, y tratamiento ARV para pacientes en estadios clínicos avanzados de la enfermedad.

**MSF atendió a más de 190.000 personas con VIH/sida y trató con antirretrovirales a más de 162.000 en 2009.**

## Tripanosomiasis humana africana (enfermedad del sueño)

Esta infección parasitaria, transmitida por la mosca tsé-tsé, es propia de África subsahariana. Más del 90% de los casos están causados por el *Trypanosoma brucei gambiense* (T.b.g). El parásito ataca el sistema nervioso central, produciendo graves trastornos y pudiendo provocar la muerte si no se trata. El otro 10% de los casos está causado por el *Trypanosoma brucei rhodesiense* (T.b.r.), que se encuentra en el este y el sur de África.

Durante la primera fase de la enfermedad, la gente presenta síntomas como fiebre y debilidad. Esta fase es difícil de diagnosticar pero relativamente fácil de tratar. En la segunda fase, el parásito invade el sistema nervioso central. La persona empieza a mostrar síntomas neurológicos o psiquiátricos, como mala coordinación, confusión y trastornos del sueño. Un diagnóstico preciso de esta fase requiere una muestra de líquido cefalorraquídeo; el tratamiento es doloroso, a base de inyecciones diarias.

El medicamento más comúnmente utilizado para tratar la tripanosomiasis es el melarsoprol, un derivado del arsénico desarrollado en 1949, muy tóxico y con muchos efectos secundarios. En algunas zonas de África, no consigue curar a un 30% de los pacientes y acaba con la vida de un 5% de ellos. Aunque la eflornitina es algo más difícil de administrar porque tiene que inyectarse por vía intravenosa con un complicado programa de tratamiento, es una alternativa más segura y MSF la utiliza en sus proyectos.

En 2009, una nueva opción de tratamiento denominada NECT (siglas en inglés de terapia combinada nifurtimox-eflornitina) se añadió a la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Ahora es el tratamiento recomendado en todo el mundo, aunque el acceso al mismo debe ser

continúa en página siguiente >

estrechamente controlado. El desarrollo de la NECT es un gran avance. Varios estudios han demostrado que la administración de nifurtimox oral con eflornitina intravenosa es la mejor opción de tratamiento para el estadio avanzado de la enfermedad del sueño, siendo más segura que el melarsoprol y más fácil de administrar que la eflornitina. Sin embargo, dista mucho de ser la solución ideal. Se necesita con urgencia más investigación e inversión para mejorar el tratamiento (sin inyecciones), que sea asequible y eficaz en ambos estadios de la enfermedad, y fácil de usar en centros de salud remotos.

**MSF ingresó a más de 1.870 pacientes para tratamiento de la tripanosomiasis humana africana en 2009.**

## Leishmaniasis visceral (kala azar)

Poco conocido en el mundo desarrollado, el kala azar, palabra que en hindi significa fiebre negra, es una enfermedad parasitaria causada por una de las más de 20 variedades de *Leishmania* y transmitida por la picadura de ciertos tipos de mosquitos. Endémico en 62 países, más del 90% de los 500.000 casos anuales estimados se da en India, Bangladesh, Nepal, Sudán y Brasil, normalmente entre las poblaciones más pobres. Los síntomas son fiebre, pérdida de peso, distensión de bazo e hígado, anemia y deficiencias del sistema inmunitario. Sin tratamiento, casi todos los enfermos mueren.

Existen pruebas diagnósticas rápidas y adaptadas al terreno, pero la prueba de confirmación es potencialmente peligrosa y requiere un laboratorio y personal especializado, lo que no es fácil de encontrar en países con recursos limitados.

Las opciones de tratamiento existentes con estibogluconato de sodio (SSG), principalmente utilizado en África, y anfotericina B liposomal (AmBisome®), administrada con éxito en el subcontinente indio, presentan limitaciones significativas. Actualmente se están estudiando combinaciones de anfotericina B liposomal con paramomicina y miltefosina para evitar la aparición de resistencias al tratamiento, optimizar su seguridad y eficacia, y reducir los costes y el tiempo de hospitalización de los pacientes.

La coinfección de kala azar y VIH es un reto importante. Ambas enfermedades atacan y debilitan el sistema inmunológico, formando un círculo vicioso en el que una hace a la persona afectada menos resistente a la otra y el tratamiento pierde efectividad.

**MSF trató a casi 3.700 personas con leishmaniasis visceral en 2009.**

## Malaria

Causada por cuatro especies de parásitos *Plasmodium*, la malaria se transmite a través de mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre, dolores articulares, cefaleas, vómitos repetidos, convulsiones y coma. La malaria causada por el *Plasmodium falciparum* es la forma más grave y, si no se trata, puede producir la muerte.

La malaria se solía diagnosticar por sus síntomas clínicos. Al tener síntomas similares a los de otras enfermedades, alrededor de la mitad de las personas con fiebre que se trataban de malaria en África podían no estar infectadas. Ahora se puede hacer un diagnóstico preciso mediante la detección de parásitos al microscopio o pruebas rápidas. Ambos métodos están siendo utilizados por MSF en sus proyectos.

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

**MSF trató a más de 1.100.000 personas con malaria en 2009.**

## Meningitis

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

Sin el tratamiento adecuado, la meningitis bacteriana acaba con la vida de la mitad de las personas infectadas. Un diagnóstico adecuado requiere el examen de una muestra de líquido cefalorraquídeo. La enfermedad se puede tratar con varios antibióticos, pero aunque se administre el tratamiento adecuado, de un 5 a un 10% de los afectados morirá, y uno de cada cinco supervivientes puede sufrir secuelas que van desde pérdidas de audición a problemas de aprendizaje.

La meningitis se da esporádicamente en todo el mundo, pero la mayoría de casos y de muertes se producen en África, particularmente en la franja que va de este a oeste, desde Senegal a Etiopía, conocida como el cinturón de la meningitis, donde se producen brotes regulares. La vacunación es la forma reconocida de proteger a la gente de la enfermedad.

**MSF trató casi 78.000 casos y vacunó a más de 7.930.000 personas de meningitis en 2009.**

## Tuberculosis

Una tercera parte de la población mundial está infectada con bacilos de la tuberculosis (TB). Cada año, nueve millones de personas la desarrollan y cerca de dos millones mueren víctimas de la enfermedad. Un 95% de estas personas viven en países pobres.

Esta contagiosa enfermedad afecta a los pulmones y se propaga a través del aire, al toser o estornudar. No todo el mundo enfermará, pero un 10% de la gente infectada 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 también es una infección oportunista frecuente y la primera causa de muerte en personas con VIH/sida.

Los medicamentos utilizados para tratar la TB fueron desarrollados en los años cincuenta. El tratamiento de la TB no complicada dura seis meses. La gestión deficiente o la mala adherencia al tratamiento han provocado la aparición de nuevas cepas de bacilos resistentes a uno o más de los antibióticos utilizados. La TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés) es la forma más grave de la enfermedad, cuando los pacientes son resistentes a dos de los antibióticos de primera línea más potentes. La MDR-TB no es imposible de tratar, pero el tratamiento tiene muchos efectos secundarios y dura dos años. Una nueva cepa, la TB extremadamente resistente a los medicamentos (XDR-TB por sus siglas en inglés), se detecta cuando aparecen resistencias a los medicamentos de segunda línea además de la MDR-TB, complicando todavía más el tratamiento.

**MSF trató a más de 20.500 personas con TB, incluidas más de 940 con MDR-TB, en 2009.**



© Isabel Corthier

Kabezi, Burundi. Una abuela rodeada de su familia.

12 BURKINA FASO

13 BURUNDI

14 CAMERÚN

15 REPÚBLICA CENTROAFRICANA

16 CHAD

17 REPÚBLICA DEMOCRÁTICA  
DEL CONGO

18 YIBUTI

18 ETIOPÍA

19 GUINEA-CONAKRY

20 KENIA

21 LESOTO

23 LIBERIA

23 MALAUI

24 MALÍ

25 MARRUECOS

26 MOZAMBIQUE

27 NÍGER

28 NIGERIA

29 SIERRA LEONA

30 SOMALIA

31 SURÁFRICA

33 SUDÁN

34 SUAZILANDIA

36 UGANDA

37 ZAMBIA

38 ZIMBABUE

# ÁFRICA

# BURKINA FASO

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Catástrofe natural **Personal en el terreno 285**

*Cerca del 80% de los 14,3 millones de habitantes del país depende de la agricultura de subsistencia; los campesinos apenas pueden producir suficiente comida para sus familias.*

**Esto afecta sobre todo a los niños, ya que si no reciben los nutrientes y vitaminas necesarios en la primera etapa de la vida, su desarrollo físico y mental puede verse dañado, y son más vulnerables a infecciones y enfermedades potencialmente mortales. MSF trabaja desde 2007 en dos distritos de Burkina Faso donde a menudo se detecta desnutrición infantil.**

En 2009, 16.000 niños fueron atendidos en centros nutricionales de MSF en los distritos de Yako y Titao, al norte del país. Desde el inicio del proyecto, se han tratado 39.000 niños desnutridos. Mediante un sistema descentralizado y simplificado de detección y tratamiento, los equipos de MSF pueden atender a gran cantidad

de niños. Los casos más graves son hospitalizados pero, gracias a la facilidad de administración de los alimentos terapéuticos preparados ricos en nutrientes, cerca del 85% de los niños pueden ser tratados en sus propias casas por sus familias. Durante el año, MSF también atendió a pacientes de tuberculosis, VIH/sida y malaria.

En 2009 se produjo en Burkina Faso el peor brote de sarampión en muchos años. En las comunidades más pobres, con poco o ningún acceso a atención sanitaria, alrededor del 10% de los enfermos pueden morir. MSF se había ofrecido al Ministerio de Salud para vacunar contra el brote, pero su oferta fue rechazada, así que continuó ayudando al ministerio a tratar los casos existentes en Uagadugú, la capital, y en cuatro distritos orientales del país, donde trató a casi 4.000 niños en total.

#### **Inundaciones**

En un solo día de septiembre, en Uagadugú cayeron las precipitaciones equivalentes a todo un año. Las aguas destruyeron 24.000 viviendas y dejaron a 150.000 personas sin techo. Cinco equipos de MSF dispensaron atención médica a los desplazados por las inundaciones y donó suministros médicos a las autoridades sanitarias regionales.

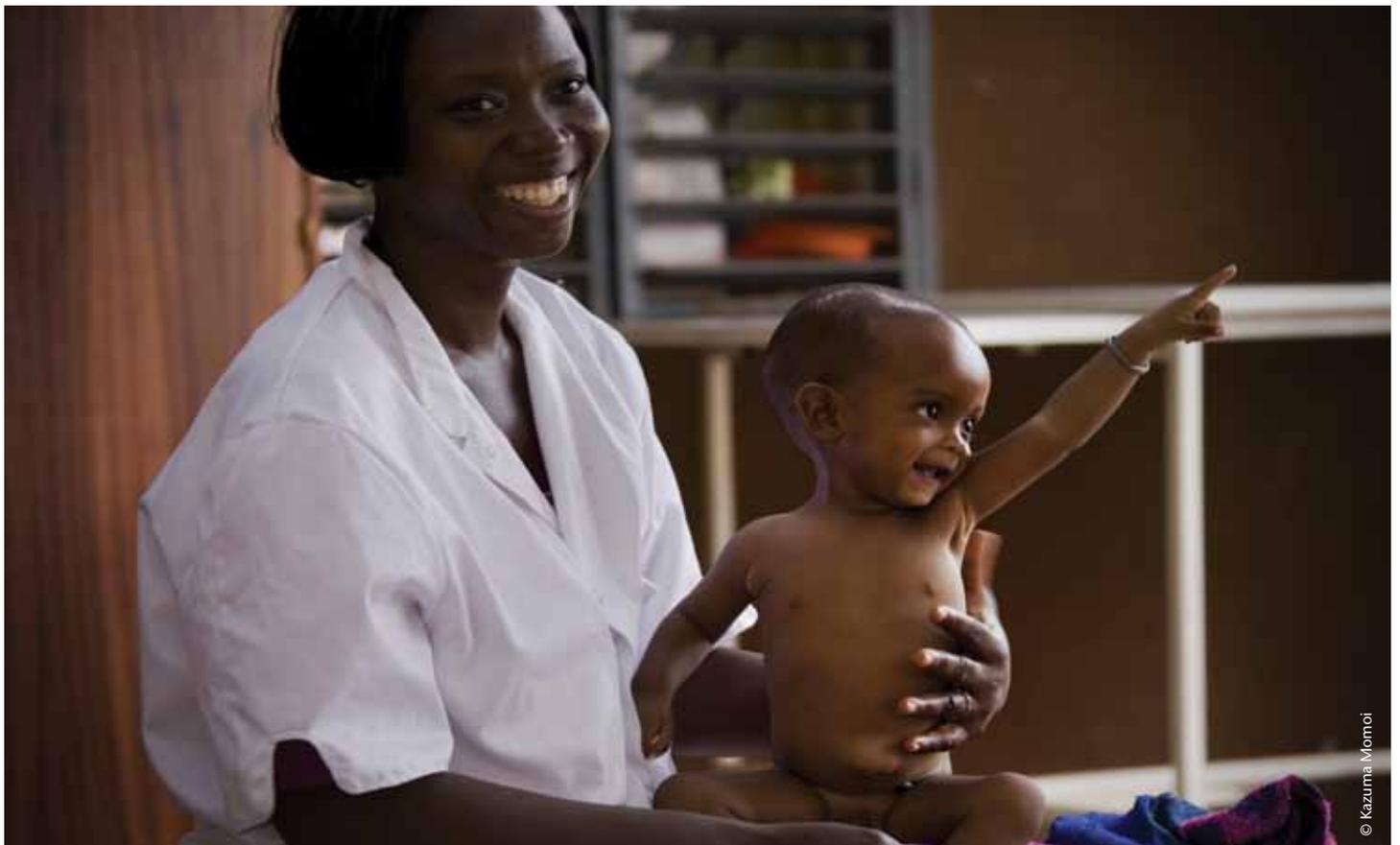
#### **Traspaso de proyecto**

En 2009, MSF traspasó al Ministerio de Salud uno de sus programas de VIH/sida de más largo recorrido. Éste se llevaba a cabo en la capital y ofrecía terapia antirretroviral a unas 4.480 personas.

**MSF trabaja en Burkina Faso desde 1995.**

#### **Fati**

*Con 35 años, Fati dejó su hogar en Uagadugú para ir a la ciudad de Titao, al norte de Burkina Faso, a cuidar a su madre enferma. Allí tuvo dificultades para alimentar a sus cuatro hijos y la más pequeña, de cuatro años, quedó desnutrida. "Acudí al centro de MSF porque el peso de mi hija había bajado demasiado", cuenta Fati. Unos trabajadores de salud habían informado en la zona que los padres podían llevar a sus hijos al centro nutricional para recibir tratamiento gratuito. "Mi tía se enteró y me dijo que fuera. Todas las mujeres de por aquí saben que el tratamiento es bueno. Hace tres semanas que traigo a mi hija y ya se encuentra mejor".*



Hospital de Yako. Una enfermera sostiene a un bebé que se recupera satisfactoriamente tras ser tratado por desnutrición aguda.

# BURUNDI

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Violencia social/exclusión de la atención sanitaria
- Catástrofe natural

Personal en el terreno 61



Una ambulancia de MSF traslada a una madre y a su bebé recién nacido.

*A pesar de un decreto presidencial de 2006 que garantiza la atención sanitaria gratuita a embarazadas y menores de 5 años, Burundi tiene una de las tasas de mortalidad materna y neonatal más altas del mundo, según la Organización Mundial de la Salud.*

Cada año, el Ministerio de Salud burundés registra 1.000 casos de mujeres con fístula obstétrica por complicaciones durante el parto. MSF atiende a mujeres embarazadas antes y durante el alumbramiento, y también responde a emergencias como crisis nutricionales o catástrofes naturales.

### Urgencias obstétricas

En 2009, MSF asistió a 2.300 mujeres con embarazos o partos complicados y trató 30 casos

de fístula obstétrica en el centro de urgencias obstétricas de Kabezi. Esta estructura, construida por MSF, cuenta con 48 camas, una sala de partos, un quirófano y un servicio de urgencias que está a disposición de los 20 centros de salud comunitaria de la región las 24 horas del día.

### Violencia sexual

En Bujumbura, capital de Burundi, MSF traspasó el centro Seruka, especializado en la atención a víctimas de violencia sexual, a la Initiative Seruka pour les victimes de Viol (ISV), una asociación burundesa creada en 2008 por personal del propio centro. En los seis años anteriores a su traspaso, MSF atendió a más de 7.800 víctimas de violencia sexual en el centro Seruka.

### Respuesta a emergencias

Entre los meses de febrero y junio, la organización dio respuesta a una emergencia nutricional en la provincia de Kirundo, al norte del país, donde nuestros equipos ingresaron a más de 500 niños con desnutrición severa en el centro nutricional de la ciudad. Además, MSF prestó apoyo a centros terapéuticos de toda la región, refiriendo al hospital de Kirundo los casos más graves.

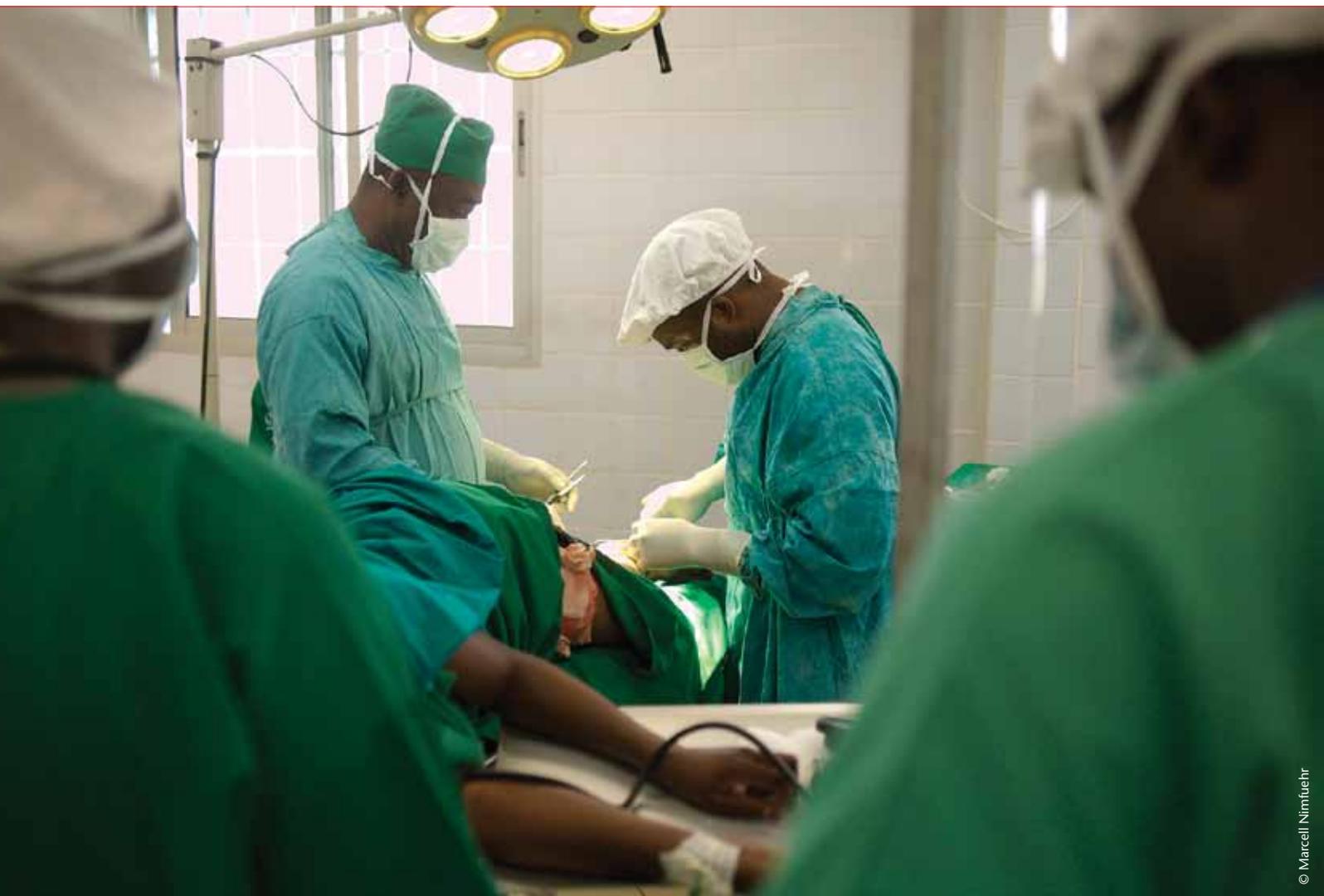
En marzo, MSF envió clínicas móviles y trabajó para mejorar las condiciones de higiene y de acceso a agua potable en las áreas cercanas a Bujumbura afectadas por las inundaciones. Más adelante, en julio y agosto, MSF respondió a un brote de cólera en varios barrios de la capital, donde trató a 90 pacientes.

**MSF trabaja en Burundi desde 1992.**

## Mary

30 años

*Mary es una de las miles de mujeres atendidas por MSF en el centro de Kabezi. Mary, que tenía ya otros cinco hijos, fue hospitalizada antes de dar a luz porque tenía desnutrición severa. Su hija nació con anemia, falta de peso y al principio no dejaba de vomitar. Poco a poco, la niña empezó a mejorar, al igual que la propia Mary. El color volvió a sus labios y se le deshincharon las piernas. "Si no fuera por MSF, ahora mismo mis hijos no tendrían madre", decía.*



Un equipo tratando a un paciente con úlcera de Buruli.

# CAMERÚN

*MSF trabaja en el país para tratar la úlcera de Buruli, una enfermedad curable a la que se dedican muy pocos fondos e investigación. Si no se trata a tiempo, esta infección bacteriana causa deformación de las extremidades e invalidez.*

**Como parte del programa de Buruli, MSF ha introducido modernas curas para las heridas que reducen la necesidad de complejas intervenciones quirúrgicas.**

La úlcera de Buruli es una infección relacionada con la tuberculosis y la lepra. Aunque afecta a unos 30 países, en la mayoría no hay tratamiento debido al número relativamente bajo de afectados. En el distrito rural de Akonolinga, en Camerún, MSF tiene un centro en el que diagnostica la enfermedad y la trata

con antibióticos, injertos de piel y fisioterapia. El tratamiento puede durar hasta un año. Desde que se abrió el centro en 2002, MSF ha tratado a unos 800 pacientes. Las nuevas curas han permitido tratar a pacientes de zonas aisladas sin necesidad de hospitalizarlos. De cara al futuro, MSF quiere aplicar un sistema descentralizado de detección de casos para llegar a la gente de las zonas rurales y hacer que el centro de Akonolinga sea de referencia para todo el país.

En el año 2000, MSF abrió su primer programa de VIH/sida en Yaundé, al que siguió otro en Duala en 2003. Después de traspasarlos al Ministerio de Salud en 2008, MSF estuvo preparando un nuevo proyecto para 2010 de atención a pacientes seropositivos que, tras cinco o diez años de tratamiento, han desarrollado resistencias a los antirretrovirales. Estos pacientes han tenido que pasarse al tratamiento de segunda línea, sin el que la enfermedad se desarrollaría causándoles la muerte. Sin embargo, en Duala la disponibilidad de este tratamiento a través del sistema de salud aún es escasa. MSF volverá a

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Personal en el terreno 83**

apoyar al Ministerio de Salud para ampliar el acceso y formar al personal.

**MSF trabaja en Camerún desde 2000.**

## Darlyse

*Darlyse es una chica de 17 años de Libreville (Gabón) que durante más de cinco años tuvo úlcera de Buruli. Tras someterse sin éxito a numerosos tratamientos, la enviaron al centro de MSF para Buruli en Camerún. "Mi caso se agravó debido a la gran cantidad de tiempo que pasó hasta dar con el tratamiento correcto", explica. "Cuando llegué, estaba tan harta del dolor y de todos los tratamientos fallidos que lo único que quería era que me amputaran la pierna". Darlyse se quedó en el centro durante casi un año, sometiéndose a curas e injertos de piel. Cuando por fin le pudieron dar el alta, sintió una gran alegría: "Todavía cojeo un poco, pero voy mejorando cada día. Ahora puedo volver a casa y seguir estudiando".*

# REPÚBLICA CENTROAFRICANA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Catástrofe natural **Personal en el terreno 963**

*Desde finales de 2005, los combates entre el Gobierno y la oposición armada, junto a la inseguridad causada por el bandillaje, han provocado el desplazamiento de cientos de miles de personas en el norte de la República Centroafricana (RCA).*



Una pediatra examina a un niño con desnutrición en un centro nutricional de MSF en la RCA.

**Durante 2009 la situación siguió siendo inestable, a pesar del acuerdo de paz firmado el año anterior entre el Gobierno y varios grupos de la oposición.**

Las condiciones de vida siguen siendo extremadamente precarias y el acceso a la atención sanitaria es uno de los principales problemas de la población, incluso en zonas que no se han visto afectadas directamente por el conflicto. A pesar del aumento general de la ayuda en los últimos cinco años, la RCA sigue teniendo altas tasas de mortalidad materno-infantil y una escasa infraestructura sanitaria. La población es especialmente vulnerable a la malaria, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y la desnutrición.

Los equipos de MSF prestaron atención médica a personas afectadas por el conflicto armado y la violencia en el norte del país, a través de una red de clínicas móviles, hospitales y centros de salud. En 2009 se realizaron más de 420.000 consultas en total. El 30% de los pacientes fueron atendidos por malaria y más de 24.600 fueron hospitalizados. Los equipos también

atendieron más de 3.600 partos y realizaron más de 5.000 intervenciones quirúrgicas. Se trató a pacientes de tuberculosis, VIH/sida y desnutrición, y se distribuyeron artículos de primera necesidad a personas desplazadas por la violencia.

La situación en el noroeste, cerca de la frontera con Camerún, fue relativamente tranquila en comparación con años anteriores. Muchas comunidades ganaderas que habían huido a países vecinos regresaron y la gente que se había escondido en el monte empezó a volver a sus aldeas. Esto facilitó el acceso de la población a los centros de salud, y los equipos de MSF pudieron dedicarse a mejorar y ampliar el apoyo a puestos de salud más alejados.

La organización también inició un programa para atender a personas con enfermedad del sueño a lo largo de la frontera con Chad. Para finales de año, más de 1.500 pacientes ya habían sido tratados. En 2009 se introdujo la terapia combinada nifurtimox-eflornitina (NECT por sus siglas en inglés). Este tratamiento, más asequible y fácil de

administrar que los medicamentos anteriores, ya se está suministrando en la actualidad para tratar esta enfermedad potencialmente mortal.

En julio, cuando las autoridades sanitarias locales reportaron altas tasas de desnutrición aguda en el suroeste del país, MSF decidió iniciar una intervención nutricional de emergencia. La situación se había visto agravada por la pobreza y la inseguridad en la región, junto con la falta de estructuras sanitarias operativas. En respuesta, MSF abrió seis programas nutricionales en la zona y, entre julio y diciembre, trató a más de 7.200 personas desnutridas, de las que un 67% sufría desnutrición severa y un 25% requería hospitalización.

**MSF trabaja en la República Centroafricana desde 1997.**

# CHAD

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 723

*Cientos de miles de personas se vieron afectadas por el conflicto, la violencia y el desplazamiento en 2009.*

Los servicios de salud de Chad se vieron limitados por falta de fondos y de personal cualificado. La situación fue especialmente grave al este del país a causa del bandidaje, la delincuencia y la inseguridad generalizados. Más de 170.000 chadianos siguen desplazados en el este, tras huir de las inseguras regiones próximas a la frontera sudanesa, donde se refugian más de 256.000 sudaneses y 67.000 centroafricanos. MSF ofrece servicios sanitarios allí donde no pueden hacerlo las autoridades del país, prestando especial atención a desplazados internos y refugiados.

## Problemas de seguridad

La inseguridad dificultó la evaluación de las necesidades sanitarias de las poblaciones locales y refugiadas, especialmente las de las aldeas más remotas. Según el Departamento de Seguridad y Protección de Naciones Unidas, el año pasado se registraron 500 incidentes de seguridad contra civiles, personal de Naciones Unidas y de ONG en el este de Chad.

En la región oriental de Dar Sila, MSF prestó asistencia a 15.000 desplazados en el campo de Gassire. En los pueblos cercanos de Kerfi y Adé, la organización atendió a 40.000 personas afectadas por el desplazamiento interno y la violencia continuada. Sin embargo, en agosto hubo que suspender las actividades tras el secuestro de dos miembros de MSF durante un robo en Adé. En Kerfi no se pudo restablecer la totalidad del programa médico hasta octubre, mientras que en Adé los servicios se reiniciaron a finales de noviembre, pero sólo dando apoyo a distancia al personal del Ministerio de Salud. Antes de la suspensión, MSF realizaba entre 1.600 y 2.000 consultas mensuales en Kefi y admitía a unos 100 niños al mes para nutrición terapéutica.

En total, y a pesar de las dificultades, MSF llevó a cabo más de 106.000 consultas en colaboración con el Ministerio de Salud.

## Este de Chad

En 2009, MSF dio apoyo al hospital local de Adré, una ciudad de 300.000 habitantes en la frontera con Sudán. Entre enero y octubre,



Distrito de Adré, este de Chad. Un convoy de MSF viaja a la poco poblada y muy insegura zona fronteriza con Sudán para vacunar de sarampión a la población.

ingresaron más de 2.600 personas, de las cuales más de 900 eran niños menores de 5 años, y en los nueve primeros meses del año se hicieron casi 33.000 consultas. Sin embargo, la inseguridad impidió llegar a otras zonas fuera de la ciudad donde se habían asentado más desplazados internos.

En Dogdoré, una ciudad cercana a la frontera sudanesa, MSF atendió a 30.000 personas, de las que 27.000 se encontraban desplazadas. También allí la seguridad era un problema constante: el bandidaje y la delincuencia afectaban tanto a la población como a las organizaciones humanitarias. En dos ocasiones hubo que reubicar al personal internacional de MSF, si bien el personal local garantizó la continuidad de las actividades.

En total se realizaron más de 23.600 consultas, incluidas 2.600 de atención prenatal, y unas 280 mujeres dieron a luz en el hospital de Dogdoré. Asimismo, se vacunó contra el tétanos a más de 5.500 mujeres para reducir el riesgo de mortalidad neonatal relacionada con dicha enfermedad. Como resultado, este tipo de muertes se redujo de 35 en 2008 a 11 en 2009.

## Fístulas obstétricas

En Guerreda, cerca de la frontera oriental con Sudán, MSF cerró el programa de atención a desplazados y refugiados en Birak, ya que el Comité Internacional de la Cruz Roja había empezado a trabajar en el hospital y podía cubrir las necesidades existentes en colaboración con las autoridades.

Sin embargo, puesto que la tasa de mortalidad materna en la zona sigue siendo muy alta y las fístulas obstétricas son habituales (el Fondo de Población de Naciones Unidas estima que se dan entre dos y cinco fístulas por cada 1.000 partos), MSF continuó derivando estos casos al hospital general de Abéché, al este del país.

Entre enero y octubre, más de 140 mujeres con fístula obstétrica fueron atendidas.

## Epidemias

MSF intervino por un brote de sarampión en la región oriental de Ouaddai, vacunando a más de 226.000 niños. La organización respondió a otro brote de sarampión en Abéché, donde inmunizó a más de 130.000 menores de 15 años, y en Adré, donde otros 6.000 niños menores de 5 años recibieron la vacuna. En la misma región, más de 5.500 mujeres de entre 15 y 49 años fueron vacunadas contra el tétanos.

En las regiones sureñas de Mayo Kebbi Oriental y Occidental, y en Yamena, la capital, hubo un brote de meningitis. MSF colaboró con el Ministerio de Salud en el tratamiento de 1.200 personas y la vacunación de otras 105.000.

## Sur de Chad

En el sur del país, la llegada de refugiados procedentes de la República Centroafricana (RCA) desbordó los servicios sanitarios, que apenas podían hacer frente a enfermedades como la malaria, la meningitis y el sarampión.

En Goré, MSF siguió respondiendo a las necesidades médicas hasta noviembre, momento en el que traspasó el proyecto. Desde enero hasta entonces, el equipo realizó 16.800 consultas, más de 730 intervenciones quirúrgicas y atendió más de 600 partos.

## Emergencias

En marzo, 8.000 refugiados centroafricanos llegaron al distrito de Haraze, en el sureste de Chad, huyendo de la inestabilidad y la violencia en su país. MSF prestó atención médica, montó un sistema de suministro de agua potable y organizó un sistema de referencias para casos quirúrgicos. Durante los dos meses que duró la intervención, se realizaron más de 5.400 consultas.

**MSF trabaja en Chad desde 1981.**

# REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

• Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria  
Personal en el terreno 2.832

*En 2009, la gente del este de Congo sufrió continuos ataques de grupos armados. Cientos de personas murieron, miles fueron violadas y cientos de miles huyeron de sus casas.*

**MSF dio asistencia a la población a través de hospitales, clínicas móviles, campañas de vacunación y programas de tratamiento de cólera y de atención a víctimas de violencia sexual.**

En enero de 2009, los ejércitos congoleño y ruandés lanzaron operaciones militares contra los rebeldes de las Fuerzas Democráticas para la Liberación de Ruanda (FDLR). Muchos pueblos fueron atacados, saqueados y quemados, provocando desplazamientos masivos de población. Entre febrero y marzo, unos 100.000 desplazados llegaron a la zona de Kayna y a la ciudad de Lubero. En respuesta, MSF amplió sus programas en Kayna y Kanyabayonga al distrito de Lubero.

### Kivu Norte

En la provincia de Kivu Norte, al noreste del país, MSF ofreció atención sanitaria y de emergencia en las zonas más afectadas por el conflicto y siguió trabajando en los hospitales de Rutshuru, Nyanzale, Masisi, Mweso, Kitchanga y Kirotshe. En los alrededores, los equipos dieron apoyo a centros de salud, llevaron clínicas móviles y abrieron centros nutricionales, ofreciendo también atención médica y psicosocial a víctimas de violencia sexual. En conjunto, se realizaron más de 177.000 consultas en estas zonas.

En el hospital de 280 camas de Rutshuru, al norte de Goma, la capital de Kivu Norte, tres equipos quirúrgicos trabajaron ininterrumpidamente, haciendo una media diaria de 15 intervenciones. MSF amplió sus actividades en este hospital con una unidad de quemados y una de atención neonatal.

### Kivu Sur

En el distrito de Kalonge, donde 42.000 personas tuvieron que abandonar sus casas, los equipos prestaron atención gratuita en el hospital de Chifunzi y en cinco centros de salud rurales. MSF también dio apoyo a un hospital de 148 camas y a un centro de tratamiento de cólera de 100 camas en Baraka. En ambos Kivus, MSF ofreció atención médica y psicosocial a 5.600 víctimas de violaciones.

En Bunyakiri, Kayna y Nyamilima, tres zonas afectadas por la violencia y sin acceso a atención quirúrgica, equipos móviles de MSF realizaron casi 300 intervenciones. Más del 30% de las lesiones se debían a actos violentos.

### Epidemias, emergencias y desafíos

MSF respondió a epidemias recurrentes a través de unidades de tratamiento de cólera en Rutshuru y Goma, y vacunando a niños menores de 5 años contra el sarampión.

En respuesta a la violencia en el territorio de Shabunda, MSF inició un programa de

emergencia de cuatro meses en Lulingu, Kivu Sur, para ofrecer atención sanitaria y nutricional a los desplazados y las comunidades locales, tratando a más de 15.700 personas en total.

La inseguridad siguió obstaculizando los esfuerzos de MSF para dar apoyo al sistema nacional de salud. En octubre, siete puestos de vacunación de MSF del distrito de Masisi fueron atacados durante la ofensiva militar congoleña contra el FDLR, a pesar de las garantías de seguridad dadas por el Gobierno. MSF denunció los hechos como un ataque inaceptable a los civiles.

### Haut-Uélé, Bas-Uélé e Ituri

Desde finales de 2008, la población civil del noreste de la República Democrática del Congo (RDC) vive atrapada entre los ataques de los rebeldes ugandeses del Ejército de Resistencia del Señor (LRA por sus siglas en inglés) y del Ejército congoleño. MSF siguió trabajando en el hospital de Dungu y dio apoyo a hospitales y centros de salud en Faradje, Niangara y Dingila. La organización retomó sus actividades en Doruma, tras haber sido suspendidas por motivos de seguridad. En todos sus proyectos, MSF ofreció atención psicosocial, vacunaciones de sarampión y artículos de primera necesidad a miles de desplazados.

Durante 2009, los enfrentamientos se fueron extendiendo gradualmente del distrito de Haut-Uélé al de Bas-Uélé, en el noreste de la RDC, y de allí a las vecinas regiones del sur de Sudán y el este de la República Centroafricana. Cuando la situación mejoró en la zona de Faradje, MSF traspasó sus actividades médicas y psicosociales. Sin embargo, más al oeste, nuevos ataques en Bas-Uélé desplazaban a miles de civiles. En respuesta, MSF dio apoyo al hospital de Ango para atender a la población local y desplazada. En la primera parte del año, los equipos atendieron a personas que habían huido a Ariwara, en el distrito de Ituri, cerca de la frontera con Uganda.

Tras repetidos ataques, MSF tuvo que suspender sus actividades en los centros de tratamiento de la enfermedad del sueño en Bili y Banda, donde había tratado a 228 personas durante el primer trimestre del año.

En Bunia, distrito de Ituri, 700 niños menores de 5 años fueron hospitalizados y otros 2.000 fueron atendidos en consulta cada mes. Más de 1.000 mujeres recibieron atención médica y psicológica, la mayor parte por violaciones. Más de 8.000 personas que habían huido de la violencia en la zona de Similiki se refugiaron en la ciudad de Gety, donde MSF atendió a 18.000 pacientes. Cuando la seguridad lo permitía, también llevó atención médica a las vecinas Tchekele, Aveba y Songolo, vacunando a 15.000 niños de sarampión en estas zonas.

### Otras zonas

En lugares más estables de la RDC sigue habiendo necesidades de salud. Equipos de emergencia con base en Kinshasa, Lubumbashi y Kisangani dieron respuesta a 12 emergencias, como una epidemia de cólera en la provincia de Katanga y un brote de Ébola en Kasai Occidental. MSF también vacunó de sarampión a más de 400.000 niños, principalmente en las provincias de Maniema, Kivu Norte y Oriental.

En Kinshasa, la capital, MSF siguió ofreciendo tratamiento a más de 2.000 pacientes con VIH/sida, aunque traspasó las dos clínicas donde trataba infecciones de transmisión sexual en la ciudad de Kisangani a otra organización que garantizaba la continuidad de los tratamientos. En el hospital de MSF en Lubutu, provincia de Maniema, ingresaron más de 120 pacientes al mes.

En Katanga, MSF gestiona dos hospitales en Shamwana y Dubie, además de ofrecer atención básica y materna en 12 centros de salud. Por tercer año consecutivo, se organizó allí un campamento quirúrgico para intervenir a mujeres con fístula obstétrica. MSF también intervino a mujeres con estas lesiones en las provincias de Kivu Norte y Maniema.

### Huida de refugiados a la República del Congo

Entre octubre y diciembre, varias comunidades de la provincia de Ecuador, al oeste de la RDC, se enfrentaron por derechos de agricultura y pesca. Más de 100.000 personas huyeron del conflicto cruzando la frontera con la República del Congo (Congo-Brazzaville) y más de 30.000 se desplazaron dentro del propio país.

Según una encuesta realizada en diciembre entre los refugiados en Congo-Brazzaville por Épicentre, el centro epidemiológico de MSF, unas 1.700 personas de una población total de 40.500 murieron a causa de la violencia en un periodo de 50 días.

En noviembre, MSF comenzó a atender a refugiados congoleños en la vecina República del Congo, mientras otro equipo evaluaba las necesidades y empezaba a trabajar en el oeste de la RDC.

**MSF trabaja en la República Democrática del Congo desde 1981.**



Kivu Norte, RDC. Mujeres desplazadas en el campo de Kitchanga.

# YIBUTI

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 90



Una joven madre espera con su hijo a la entrada de un centro nutricional.

*La desnutrición infantil es alta en algunos barrios de la capital.*

**Esto se debe en parte a la dependencia de este pequeño país de las importaciones. Las fluctuaciones de precios de los alimentos tienen un gran impacto sobre sus 800.000 habitantes, de los que un 60% está sin empleo.**

MSF ofrece atención médica a niños de entre 6 meses y 5 años con desnutrición aguda, especialmente los que viven en los barrios de chabolas de la capital, Yibuti. La población de estos barrios está compuesta principalmente por migrantes indocumentados, solicitantes de asilo y yibutianos llegados de zonas rurales huyendo de la sequía. Cada mes llegan miles, agrandando cada vez más los suburbios del oeste de la ciudad. Según el ACNUR, el país también alberga oficialmente a unos 10.000 refugiados, la mayoría somalíes.

En Balbala, un suburbio de la ciudad de Yibuti que acoge a unas 200.000 personas, los equipos médicos de MSF atienden a niños con desnutrición severa. Equipos móviles recorren los distritos de Balbala, Hayablé, Arhiba y PK12 para detectar a niños con desnutrición severa y referirlos a centros de salud donde reciben tratamiento. Los casos complicados que requieren hospitalización se trasladan al centro de nutrición terapéutica de MSF. En los últimos meses de 2009, los equipos examinaron a más de 14.000 niños, de los que un 16% necesitaron atención nutricional. En total, casi 1.730 niños desnutridos menores de 5 años fueron atendidos en 2009.

*MSF trabaja en Yibuti desde 2008.*

# ETIOPIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica

Personal en el terreno 589

*En 2009, MSF reorientó sus actividades en Etiopía, abriendo nuevos proyectos en las regiones Somalí, de Oromia y Gambella, y traspasando un proyecto de kala azar a las autoridades sanitarias de la región de Tigray.*

**Los equipos también atendieron a personas con VIH/sida, tuberculosis y desnutrición, y prestaron asistencia médica en campos de desplazados.**

### Tratamiento de kala azar

En julio, MSF traspasó a las autoridades de salud locales su proyecto de kala azar en el distrito de Humera, en la frontera con Eritrea y Sudán. La decisión se tomó tras una serie de importantes pasos dados por el Ministerio de Salud y otras organizaciones para combatir esta enfermedad parasitaria que, si no se trata, es mortal. Estos pasos incluían el tratamiento de la enfermedad en todas las estructuras sanitarias y la introducción de un currículo formativo del personal sanitario a nivel nacional. MSF trabajó 11 años en Humera, durante los que trató a unos 8.000 pacientes de kala azar.

En la región noroccidental de Amhara, cercana a la frontera con Sudán y Eritrea, una zona remota y a menudo inaccesible durante la estación de lluvias, MSF siguió atendiendo a personas con kala azar. Durante el año, más de 800 personas se hicieron las pruebas para su detección y cerca de 250 recibieron tratamiento.

En Amhara MSF también trató a personas con VIH, tuberculosis (TB) y desnutrición. En 2009, se ofreció orientación y se realizaron pruebas del VIH a más de 4.000 personas y 250 pacientes iniciaron el tratamiento con antirretrovirales. Más de 500 personas recibieron alimentación terapéutica, 250 de ellas, niños desnutridos menores de 5 años.

### Región Somalí

Los equipos siguieron prestando asistencia médica gratuita en la conflictiva región Somalí de Etiopía, donde muchas personas carecen de acceso a servicios de salud. En un centro de salud de la ciudad de Wardher, MSF ofreció atención médica general, materna y nutricional, y tratamiento de la TB. Ante la falta de afluencia de mujeres embarazadas al centro, se fortalecieron y promovieron los servicios de salud materna con buenos resultados: más de 1.600 mujeres acudieron a consultas prenatales y 200 fueron atendidas durante el parto en 2009. En Degahbur, MSF dio apoyo los servicios de salud general, maternidad y nutrición del hospital, y llevó clínicas móviles a las comunidades rurales. Los equipos de Degahbur atendieron unas 20.000 consultas y trataron casi 13.000 casos de desnutrición infantil.

En febrero, MSF prestó asistencia médica de emergencia a refugiados somalíes en el campo de tránsito de Dolo Odo y también en la comunidad local. Los equipos ofrecieron atención básica y nutricional, y vacunaciones de sarampión a menores de 15 años en el campo. En el centro de salud de la ciudad de Dolo Ado, el personal de MSF ofreció atención básica, materna y pediátrica, asistencia nutricional y vacunas diversas.



Un grupo de comadronas y mujeres en la puerta del centro de salud de la ciudad de Wardher.

# GUINEA CONAKRY

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica
- Violencia social/exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 175

En mayo, MSF ayudó a las autoridades sanitarias locales a abrir un centro de salud en Geladi. Si bien la intervención se centró inicialmente en responder a un brote de diarrea, durante el segundo semestre de 2009 el equipo trabajó en el desarrollo de servicios de atención general y de salud materna.

En agosto, los equipos médicos empezaron a trabajar en Imey Oriental, ofreciendo atención ambulatoria, servicios prenatales y tratamiento nutricional en un centro con 15 camas y un servicio de maternidad. En diciembre, MSF amplió sus actividades a Imey Occidental, donde está dando apoyo a un centro de atención primaria y a otro nutricional.

### Apoyo nutricional

En noviembre, MSF empezó a ofrecer atención nutricional en la *woreda* (distrito) de Anchar, en la zona de Hararghe Occidental de la región de Oromia. Más de 60 niños con cuadros complicados de desnutrición severa fueron hospitalizados y recibieron tratamiento durante dos meses. Otros 540 niños severamente desnutridos fueron tratados en régimen ambulatorio. MSF también respondió a emergencias nutricionales en otros lugares. Entre septiembre y diciembre, trató a más de 80 niños desnutridos menores de 5 años en Bokh, y a más de 550 niños en Legehida.

### Desplazados en Gambela

A lo largo del año, la escalada de la violencia en el vecino Sudán causó desplazamientos de población a la región de Gambela, al oeste de Etiopía. MSF abrió una clínica para atender a unos 20.000 residentes y 15.000 desplazados en la *woreda* de Wantaho. La clínica ofrece atención sanitaria general, materna y nutricional, habiendo realizado casi 1.800 consultas en 2009.

### Brote de diarrea

MSF respondió a otras emergencias durante el año, principalmente por brotes de diarrea acuosa aguda. En Moyale, en la frontera con Kenia, los equipos atendieron a más de 500 personas en un mes, y a más de 1.000 en la región de Afar. MSF también intervino en Omo Sur, en la región de los Pueblos del Sur, y en Oromia. En agosto hubo una epidemia en Addis Abeba, la capital, y sus alrededores. En colaboración con las autoridades sanitarias etíopes, los equipos trataron a más de 10.000 personas en nueve instalaciones repartidas por toda la ciudad.

**MSF trabaja en Etiopía desde 1984.**



Personal de MSF repartiendo mosquiteras impregnadas con insecticida para prevenir la malaria en la capital, Conakry.

**En septiembre, las fuerzas de seguridad reprimieron violentamente una multitudinaria manifestación en la capital, Conakry, dejando 150 muertos y cientos de heridos. La inestabilidad política continuó durante todo el año y la mayor parte de los guineanos siguieron padeciendo la pobreza y el limitado acceso a servicios sanitarios de calidad. MSF ofreció atención médica, tratamiento de VIH/sida y atención pediátrica.**

### Violencia

El 28 de septiembre, los hospitales de Conakry se vieron desbordados por cientos de personas heridas durante la manifestación de la oposición. MSF dio apoyo a los hospitales y centros de salud locales donando material médico y colaborando en la evacuación, evaluación y tratamiento de los heridos. El equipo trató a más de 400 heridos, de los que un tercio presentaban heridas graves, y montó un centro de atención médica y psicológica a víctimas de la violencia.

### Salud infantil

En febrero, MSF abrió un nuevo programa pediátrico en colaboración con las autoridades de salud en Matam, un distrito de Conakry. Este proyecto, pensado específicamente para menores de 5 años, mujeres embarazadas y lactantes, pretende reducir la tasa de mortalidad infantil del distrito, donde muchos niños sufren malaria, desnutrición, diarreas y otras enfermedades. En 2009, los tres centros de salud de Matam realizaron más de 5.500 consultas, la mitad de las cuales fueron por malaria. MSF también ofrece atención neonatal y nutricional en el Instituto Nacional de Salud Infantil de Conakry.

### Atención de VIH/sida

En 2009 continuaron los programas de VIH/sida en la ciudad de Guéckédou, al sureste del país, y en Conakry. MSF ofreció pruebas diagnósticas, tratamiento y orientación psicosocial, además de formar y supervisar a personal y mejorar las unidades médicas. A finales de año, más de 4.000 pacientes recibían terapia antirretroviral, muchos de ellos coinfectados de tuberculosis (TB). MSF siguió abogando por la descentralización de la atención de VIH/sida hacia centros de salud más pequeños para que los pacientes se puedan tratar más cerca de sus casas.

### Salud en prisiones

Tras realizar un programa médico y nutricional de emergencia en varias prisiones guineanas, MSF publicó un informe titulado *Sin comida ni medicinas hasta que mueras*, en el que mostraba las precarias condiciones de vida de los reclusos. Según el informe, uno de cada tres reclusos varones adultos en Guéckédou padecía desnutrición, y también se registraron casos de deshidratación e infecciones respiratorias a causa de las malas condiciones de higiene. En celdas hacinadas, convivían menores con adultos y reclusos con TB con presos no infectados. MSF apeló a las autoridades nacionales y locales a tomar medidas inmediatas para cubrir las necesidades básicas de estas personas.

### Mosquiteras

La malaria es la principal causa de mortalidad en Guinea-Conakry. Entre agosto y octubre, los equipos de MSF distribuyeron más de 78.000 mosquiteras impregnadas con insecticida entre 38.000 familias del distrito de Matam.

**MSF trabaja en Guinea-Conakry desde 1984.**

# KENIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
  - Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 629

*A principios de 2009, con la llegada de miles de refugiados somalíes a la ciudad fronteriza de Dadaab, en el noreste de Kenia, MSF reanudó su trabajo en el campo de Dagahaley tras cinco años de ausencia.*

Los equipos también respondieron a varias emergencias, como la explosión de dos camiones cisterna o la reaparición del cólera, además de tratar a pacientes de kala azar, VIH/sida y tuberculosis.

### Refugiados somalíes

El de Dagahaley es uno de los tres campos establecidos al inicio de los noventa en Dadaab para albergar a refugiados somalíes. A finales de 2009, estos campos, previstos para 90.000 personas, ya acogían a casi 300.000.

MSF gestiona un hospital de 100 camas en Dagahaley, en el que realiza intervenciones quirúrgicas y dispensa atención médica, y a través de otros cuatro centros de salud, ofrece servicios de atención prenatal, vacunación y salud mental. Las necesidades médicas son ingentes: cada mes, el hospital registra unas 10.000 consultas y 600 ingresos. Entre agosto y diciembre de 2009, MSF atendió a más de 67.000 pacientes, entre ellos, más de 2.200 niños desnutridos.

### Respuesta a emergencias

En enero, más de 100 personas murieron tras la explosión de un camión cisterna en la localidad de Molo, cerca de Nakuru. Meses más tarde se produjo otra explosión similar en Kericho. Los equipos médicos atendieron a los heridos, muchos de los cuales sufrían quemaduras.

A finales de 2008 el cólera reaparecía en Kenia tras 12 años de ausencia. En 2009, los equipos de MSF respondieron a varios brotes en todo el país y trataron a unas 5.000 personas.

### Kala azar

En el distrito occidental de West Pokot, MSF prestó atención médica a personas con kala

azar, una enfermedad parasitaria que es mortal si no se trata. El personal atendió a entre 40 y 50 pacientes al mes.

MSF está presionando al Ministerio de Salud para que ofrezca tratamiento gratuito de kala azar y ponga a disposición de la población métodos rápidos de diagnóstico de la enfermedad.

### VIH/sida y tuberculosis

MSF gestiona un programa de VIH/sida y tuberculosis (TB) en la provincia de Nyanza, una zona del oeste del país con altas tasas de prevalencia. En el hospital de distrito de Homa Bay, MSF atendió a unos 9.500 pacientes, de los que un 73% recibe tratamiento antirretroviral (ARV). Gracias a la intervención de MSF, en 2001 el hospital de Homa Bay fue el primer centro público de Kenia en ofrecer tratamiento ARV gratuito. Sin embargo, en esta comunidad rural en la que abunda la pobreza, el transporte es irregular o caro y hay mucho estigma, muchos pacientes sólo iban al hospital cuando ya estaban muy enfermos. Es por ello que desde 2006 MSF se ha centrado en descentralizar la atención de VIH/sida, en colaboración con el Ministerio de Salud, para



© Dominic Nähr

Campo de Dagahaley, en Dadaab. Un médico examina a un joven somalí con un cáncer en estado avanzado por falta de tratamiento adecuado.

# LESOTO

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica  
**Personal en el terreno (cifra integrada en la de Suráfrica)**

que se pueda prestar en los centros de salud repartidos por el distrito.

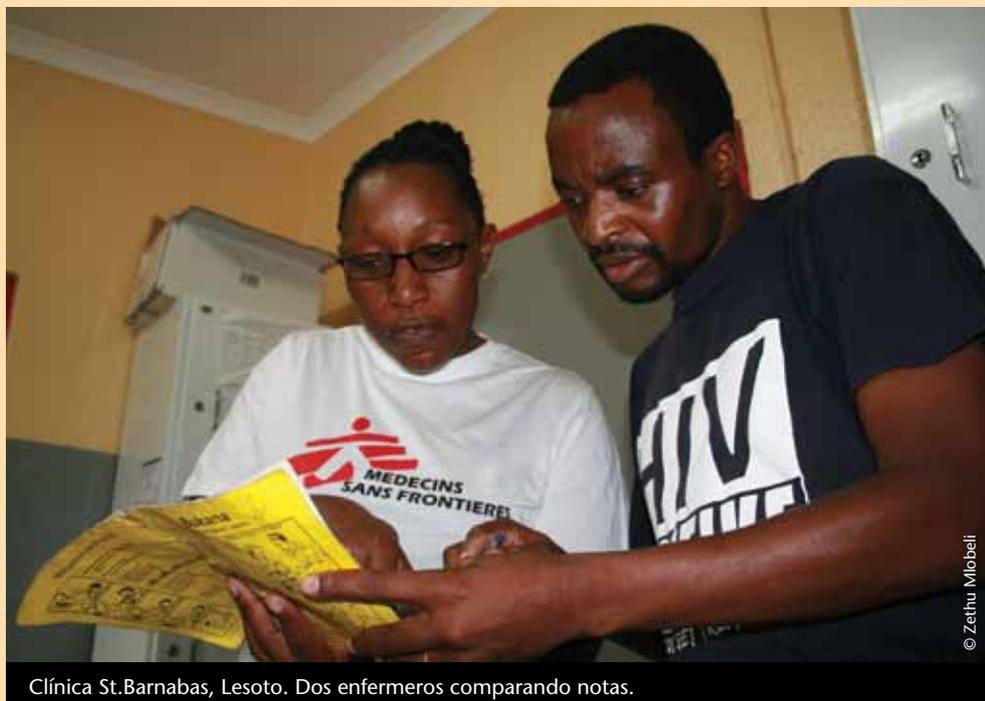
Dado que la TB es la primera causa de mortalidad entre las personas con VIH, MSF también atiende a personas con TB y TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés) en Homa Bay. En 2009, el equipo construyó una sala de aislamiento de ocho camas para el tratamiento de la MDR-TB en el hospital. MSF también trata esta forma de TB en los barrios de chabolas de Nairobi, la capital del país, cuya población vive en condiciones extremas de hacinamiento, sin saneamiento, agua corriente ni electricidad.

En Mathare y Kibera, dos suburbios de Nairobi, MSF ofrece atención integral gratuita a unas 7.000 personas con VIH/sida y tratamiento ARV a más de 4.800. En las tres clínicas de MSF en Kibera, las consultas pasaron de unas 4.700 mensuales a más de 7.000 en 2009. En Mathare, los equipos empezaron a ofrecer orientación y pruebas diagnósticas voluntarias en zonas de los alrededores para atender a más personas afectadas. MSF también ofrece tratamiento especializado a víctimas de agresiones sexuales, un gravísimo problema en los suburbios de Nairobi. Los servicios incluyen profilaxis post-exposición, asesoramiento y apoyo social. En Mathare, MSF atiende de 20 a 30 víctimas de violaciones al mes, muchas de las cuales son menores.

## Trasposos

En Nairobi, MSF traspasó sus actividades en el hospital de Mbagathi al Ministerio de Salud, tras 12 años de trabajo. En el distrito de Busia, en la provincia Occidental, cerca de la frontera con Uganda, MSF transfirió también sus actividades de VIH/sida en el principal hospital del distrito y su apoyo a ocho de nueve centros de salud a lo largo del año. El traspaso del último centro está previsto para abril de 2010. En los 10 años que MSF ha trabajado en Busia se han logrado avances importantes. En estrecha colaboración con el Ministerio de Salud y asegurándose de la descentralización e integración de las actividades en los centros sanitarios del distrito, los equipos atendieron a más de 13.300 personas VIH-positivas, de las cuales más de 4.300 recibían tratamiento ARV.

**MSF trabaja en Kenia desde 1987.**



Clínica St. Barnabas, Lesoto. Dos enfermeros comparando notas.

*En Lesoto hay unos 270.000 afectados por la pandemia del VIH/sida, 170.000 de los cuales necesitan terapia antirretroviral. Aún así, sólo 41.000 personas VIH-positivas reciben tratamiento en el país.*

**Hace cuatro años, MSF y las autoridades nacionales lanzaron conjuntamente un programa para ofrecer atención de VIH/sida y tratamiento antirretroviral (ARV) en la zona rural de Lesoto. En 2009, MSF traspasó seis de las 15 clínicas a las que daba apoyo dentro del programa del hospital Scott, al sur de la capital, Maseru.**

Estos seis centros ahora serán gestionados por las autoridades de salud. Se formarán enfermeras para administrar tratamiento de VIH/sida y de tuberculosis (TB), y también asesores voluntarios, a menudo personas seropositivas, para apoyar a nuevos pacientes y ayudarles a adherirse al tratamiento.

El programa del hospital Scott comprende un hospital de distrito y 15 centros de salud en comunidades rurales remotas, dando cobertura a unas 220.000 personas, 30.000 de las cuales son seropositivas. Las clínicas dispensan atención médica general y de VIH/sida, que incluye pruebas, asesoramiento, terapia antirretroviral (ARV) y prevención de la transmisión de madres a hijos. MSF también ha reforzado los servicios de laboratorio, el suministro de medicamentos, las infraestructuras y el seguimiento de programas.

En 2009 se realizaron casi 54.000 pruebas de VIH y más de 6.000 pacientes empezaron la terapia ARV. Los resultados de los dos primeros años son alentadores: un 80% de los adultos y un 93% de los niños siguen con vida tras 12 meses de tratamiento, y la transmisión del VIH de madres a hijos se ha reducido a menos del 5%.

Sin embargo, como el 90% de los pacientes con VIH/sida están coinfectados con TB, el programa ahora también se centra en diagnosticar la TB y en la integración de los servicios de ambas enfermedades.

**MSF trabaja en Lesoto desde 2006.**

## Mamatsoele

*VIH-positiva y asesora. Trabaja en una clínica remota en las montañas.*

*"Cuando hablo a la gente sobre el VIH, les cuento cómo vivía antes de conocer mi estado. Incluso cuando tomas la medicación, si no aceptas tu situación, no hay nada que hacer. Asumir mi condición de seropositiva me hizo sentir como una persona nueva".*

# LIBERIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Violencia social/exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 694

*Aunque Liberia ha dado pasos importantes hacia la estabilidad y la reconstrucción tras 14 años de guerra civil, mucha gente vive en la pobreza y el frágil sistema de salud lucha para dar la atención adecuada. Las mujeres y los niños están especialmente en riesgo.*



Una madre cuida a su hija que se está recuperando del sarampión.

## Atención materna y pediátrica

En 2009, MSF prestó atención médica gratuita en dos hospitales y dos centros de salud del condado de Montserrado al noroeste del país, donde se concentra más del 30% de la población del país.

En Monrovia, la capital, MSF trabajó en un hospital para mujeres y niños de 106 camas en el barrio periférico de Paynesville, ofreciendo cuidados intensivos neonatales y servicios de urgencias maternas, incluida cirugía. Durante el año, los equipos asistieron a casi 7.000 pacientes, de los cuales incluyendo más de 1.100 partos y 2.600 intervenciones quirúrgicas de urgencia.

MSF también ofreció atención gratuita en un hospital pediátrico privado de 187 camas en Bushrod Island, un barrio de Monrovia en el que viven más de 500.000 personas. Los equipos se centraron principalmente en salud materna, casos complicados de desnutrición infantil y en la integración del tratamiento de enfermedades crónicas como el VIH/sida y la tuberculosis. En 2009, más de 12.400 niños fueron ingresados en el hospital.

MSF también dio apoyo a dos centros, en colaboración con el Ministerio de Salud, en Clara Town y New Kru Town, en la capital. Entre ambos centros se atendieron más de 112.000 consultas y 2.200 partos. Entre otros servicios, se ofreció atención pre y post natal,

vacunaciones y prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos.

## Traspaso

MSF empezó a traspasar sus proyectos al Ministerio de Salud y a otras contrapartes en 2007. Con el país en plena fase de reconstrucción, MSF siguió con el proceso en 2009, transfiriendo sus programas en el condado de Nimba, al noreste de Liberia en abril, y los del centro de salud de Clara Town en agosto. MSF también redujo actividades en sus dos hospitales de Monrovia.

Antes de traspasar el programa de Saclepea, en el condado de Nimba, MSF finalizó con éxito un proyecto de investigación, en colaboración con otra contraparte, sobre la terapia combinada con artemisinina para el tratamiento de la malaria.

## Violencia sexual

En 2009, MSF ofreció apoyo médico y psicológico a víctimas de violencia sexual en el hospital Island de Monrovia y en dos centros de salud, tratando a una media de 70 pacientes mensuales, de los que más de tres cuartas partes eran menores de 18 años.

En los últimos meses de 2009, MSF llevó a cabo una campaña de sensibilización en Monrovia, mediante cuñas y entrevistas de radio, pósters y grupos de teatro, animando a las víctimas de violencia sexual a buscar

atención médica y apoyo psicológico dentro de los tres primeros días tras haberse producido la agresión.

## Atención gratuita para todos

MSF siguió abogando en favor de la atención médica gratuita en Liberia. Aunque el Gobierno introdujo una política de gratuidad en 2006, que ratificó en 2009, hacen falta más voluntad política en el país y más recursos por parte de la comunidad internacional para que estas promesas se hagan realidad.

**MSF trabaja en Liberia desde 1990.**

## Bestman

*Paciente de tuberculosis de 10 años, hospital Island de Monrovia.*

*"Estaba muy enfermo cuando me trajeron aquí. Ni siquiera podía jugar con mis amigos, sudaba y tosía mucho. Mi madre estaba preocupada. Pensaba que sería muy caro y mi familia no tiene dinero para pagar. Pero aquí todo es gratuito. Estuve dos semanas en el hospital y luego tuve que volver una vez al mes durante seis meses para buscar la medicación. Ahora puedo jugar con mis amigos de nuevo".*

# MALAUÍ

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Catástrofe natural **Personal en el terreno 514**

*El VIH/sida es un grave problema en Malaui: casi un millón de personas, es decir, un 12% de la población entre 15 y 49 años, tiene el virus.*

**Hay una escasez crónica de profesionales de la salud y la demanda de terapia antirretroviral (ARV) sigue siendo alta. A finales de 2009, más de 300 centros ofrecen terapia ARV a más de 183.000 pacientes, pero otros 300.000 seguían en lista de espera.**

## Programa de VIH/sida

Aunque en los distritos de Chiradzulu y Thyolo se ofrece atención de calidad, no es la norma en el resto del país. La magnitud de las necesidades, junto con la escasez de personal sanitario, llevó a MSF a adaptar su enfoque, simplificando los protocolos de tratamiento y delegando la atención de pacientes a enfermeros en centros de salud locales más cercanos a los enfermos. Sólo si se trata de mujeres embarazadas y niños, o cuando hay complicaciones, los casos son referidos a especialistas. Los pacientes también reciben apoyo nutricional y psicológico por parte de asesores que les ayudan a seguir el tratamiento adecuadamente.

MSF trabaja para ampliar la atención a pacientes VIH-positivos, con programas de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos, detección de fracasos terapéuticos y atención pediátrica. Además, pone especial énfasis en la integración de los servicios de VIH a los servicios generales de salud y en la incorporación de los servicios

de apoyo de VIH de MSF a los centros del Ministerio de Salud.

Desde julio de 2009, hubo irregularidades en el suministro de medicamentos ARV. En respuesta, MSF envió un stock de emergencia a los distritos de Chiradzulu y Thyolo para evitar cualquier interrupción del tratamiento de sus 30.000 pacientes, lo que aumentaría el riesgo de que desarrollaran resistencias a la medicación.

A finales de 2009, MSF ofrecía tratamiento ARV a más de 15.000 pacientes en Chiradzulu y a otros tantos en Thyolo.

En la Conferencia Internacional del SIDA celebrada en julio en Ciudad del Cabo, Suráfrica, MSF puso el ejemplo de su proyecto en Thyolo, donde el 80% de la población VIH-positiva tiene acceso a tratamiento, para demostrar que tratar a mayor escala no supone necesariamente una mayor carga para el sistema de salud.

## Escasez de personal

En Malaui, la proporción de personal de salud por número de pacientes es alarmantemente baja. En los distritos en los que trabaja MSF, el personal médico realiza de 150 a 200 consultas diarias, lo que prácticamente imposibilita la provisión de atención de calidad y la mejora de los servicios de VIH. Uno de los

motivos es la morbi-mortalidad del personal, a menudo asociada al VIH. En respuesta, MSF da apoyo a una clínica en el hospital de Thyolo donde ofrece atención médica al personal de salud.

## Cólera en la capital

A finales de 2008 y principios de 2009, un brote de cólera asoló la capital, Lilongwé. La principal causa fue la falta de acceso a agua segura y saneamiento. Las autoridades pidieron ayuda: MSF proporcionó suministros, personal médico y formación intensiva a trabajadores de salud. Los equipos atendieron a más de 3.700 pacientes y dieron apoyo logístico para mejorar los servicios de agua y saneamiento en nueve centros de salud y un hospital de distrito.

## Terremoto en el norte del país

El 20 de diciembre, un terremoto de magnitud 6,2 en la escala de Richter asoló la provincia de Karonga, al norte del país, dejando un balance de cuatro muertos, 200 heridos y unas 1.500 personas sin hogar. Al haber apoyo económico y material suficiente por parte de otras organizaciones, MSF se centró en dar apoyo técnico y abrió un centro de salud en el campo de desplazados por el seísmo, donde aseguró que los damnificados recibieran atención de VIH y también ofreció servicios de agua y saneamiento.

**MSF trabaja en Malaui desde 1986.**



Chiradzulu, Malaui. Niños ante el cartel del centro de salud donde MSF proporciona tratamiento ARV a más de 15.000 pacientes VIH-positivos.

## Nouma

Paciente de MSF en Chiradzulu

*"Para mí era difícil acceder al hospital del distrito. Me cuesta caminar y no tengo vehículo. Conseguir el dinero para el transporte es un problema también porque está muy lejos. Ahora sólo tardo 30 minutos en llegar al centro de salud".*

## MALÍ

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 133

*Varios factores dificultan el acceso a la atención sanitaria de los malienses, como el coste, las largas distancias hasta los centros de salud y, en el norte del país, la vida nómada de sus habitantes.*

**La malaria es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna es elevada. En 2009, MSF ofreció atención médica general, tratamiento de malaria, cirugía de fístula obstétrica y apoyo nutricional a niños.**

#### Tratamiento de malaria

Los equipos trabajan en la región de Kangaba, al sur de Malí, donde la prevalencia de malaria es alta. MSF da apoyo a 11 centros de salud y a equipos móviles, incluidos 66 trabajadores comunitarios de malaria. Estas personas están formadas para detectar y tratar casos no complicados de paludismo en niños de aldeas remotas durante la estación de lluvias. También saben reconocer los signos de malaria severa y pueden referir los casos más graves a centros de salud.

En 2009, MSF realizó más de 118.000 consultas, trató a 60.000 personas con paludismo y hospitalizó a más de 1.150 pacientes con malaria severa. La detección temprana mantuvo el número de personas ingresadas relativamente bajo.

#### Epidemia de sarampión

MSF respondió a una epidemia de sarampión en el norte del país, ofreciendo tratamiento

en aldeas remotas de las regiones de Tombuctú y Gao. Los casos más severos fueron referidos a centros de MSF, donde más de 2.800 pacientes recibieron atención.

Aunque el número de personas infectadas ya había superado el umbral epidémico, MSF realizó una campaña de vacunación en la región de Tombuctú, en colaboración con el Ministerio de Salud, para evitar una mayor propagación de la enfermedad. Más de 322.000 niños de entre 6 meses y 15 años fueron inmunizados.

#### Operaciones de fístula

En las regiones nororientales de Tombuctú y Gao, MSF intervino a mujeres con fístulas obstétricas, un problema frecuente en regiones remotas donde la falta de hospitales no permite hacer cesáreas. Las fístulas se producen durante partos complicados, dejando a las mujeres supervivientes con lesiones permanentes en el canal del parto que pueden provocar incontinencia urinaria y/o de heces. Las mujeres afectadas suelen ser tratadas como parias y son objeto de marginación social.

En colaboración con los hospitales regionales de Tombuctú y de Gao, MSF operó a más de 80 mujeres.

#### Alta mortalidad infantil

Según la IV Encuesta Demográfica y de Salud de Malí (EDSM IV), realizada en 2006, uno de cada cuatro niños muere antes de los 5 años en la región suroriental de Sikasso. Más de un 40% de los 120.000 niños de la región sufren desnutrición, a lo que se suman altos niveles de malaria infantil, diarrea e infecciones respiratorias, causantes de un gran número de muertes entre los niños.

En colaboración con el Ministerio de Salud, MSF lanzó un programa médico y nutricional en 2009. La organización da apoyo a cinco centros de salud con personal suplementario, alimentos terapéuticos y medicamentos. Los niños que requieren hospitalización son referidos al hospital de Koutiala, donde se ha abierto una unidad pediátrica de cuidados intensivos y un centro nutricional terapéutico.

Entre julio y diciembre de 2009, se realizaron más de 22.300 consultas en los centros de salud apoyados por MSF. Dos de cada tres niños fueron tratados contra la malaria, 3.200 niños con desnutrición severa recibieron tratamiento y más de 1.100 fueron hospitalizados.

**MSF trabaja en Malí desde 1992.**



La comunidad de una pequeña aldea en una charla sobre prevención de la malaria.

#### Ablo

*Año de 10 años con malaria, procedente de una aldea en la región de Kangaba.*

*“Cada mes cojo la malaria por los mosquitos. Un trabajador sanitario de MSF vino a nuestra escuela y nos lo explicó. En casa dormimos con mosquiteras, pero los mosquitos también pican por la tarde y a mí me gusta salir con mis amigos al final del día. Pero la medicina funciona muy rápido. En dos días puedo volver a la escuela, ocuparme del ganado y cuidar a mi hermano pequeño”.*

© Barbara Sigge



Realizando una consulta en la parte trasera del vehículo de MSF.

© Anna Surmyach

# MARRUECOS

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Violencia social/exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 30

*Debido a las políticas migratorias adoptadas por las autoridades, la situación económica mundial, la crisis financiera y el aumento del desempleo, el número de migrantes llegados a Marruecos bajó en 2009.*

**Sin embargo siguen llegando mujeres jóvenes, debido principalmente a las redes de tráfico. Muchas son víctimas de violencia sexual y sufren problemas de salud por esta causa.**

En las ciudades de Oujda, Rabat y Casablanca, los equipos de MSF utilizaron clínicas móviles para llegar a las personas necesitadas de atención sanitaria y refirieron los casos más complejos a las autoridades de salud marroquíes. Los proyectos de Rabat y Casablanca cerraron en diciembre,

cuando mejoró el acceso directo de los migrantes al sistema sanitario nacional y la acción de MSF ya no era necesaria.

En 2009, MSF trató a 5.550 pacientes y ayudó a muchas víctimas de violencia sexual. Sin embargo, los equipos consideraron que la proporción de personas agredidas sexualmente parecía baja y en mayo empezaron a preguntar directamente a todos los pacientes si habían sufrido este tipo de violencia: un 38% respondió afirmativamente.

### Abandonados en tierra de nadie

Actualmente, los migrantes están siendo expulsados de Marruecos en una tierra de nadie conocida como Kandahar, entre este país y Mauritania. Allí son detenidos por las autoridades y retenidos en un centro de detención llamado Guantanamo. Durante 2009, MSF realizó una misión exploratoria en Mauritania que daría lugar a la apertura de un nuevo proyecto de atención médica a migrantes en 2010. Este mismo año se prevén otras exploratorias para evaluar la situación de los migrantes a lo largo de diversas rutas.

**MSF trabaja en Marruecos desde 1997.**

## Historia de M.

*Mujer de la República Democrática del Congo entrevistada en Marruecos.*

*“Vinimos a pie. Para hacer este viaje a pie tienes que ser muy fuerte. Sólo tienes el agua que puedes llevar contigo y, cuando se termina, tienes que beber la de los camellos. Hay mucha arena y, cuando viajas con niños pequeños, es realmente duro, muy duro. Cuando llegamos a Gadamés teníamos muy poco que comer. Unos hombres se acercaron a nosotras y nos dijeron: ‘Necesitamos mujeres’. Les pregunté por qué. De nuevo repitieron que necesitaban mujeres y empezaron a pegarme. Eran muy fuertes. Me violaron. Rogué a Dios, pero no se produjo ningún milagro que me ayudase a escapar. Te encuentras deseando morir pero la muerte no llega”.*

# MOZAMBIQUE

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica **Personal en el terreno 502**

*El sida, la malaria y la tuberculosis afectan a todo Mozambique. Un 15% de la población entre 15 y 49 años tiene el VIH, lo que lo convierte en uno de los países con mayor prevalencia.*

**La mortalidad materna es alta y las enfermedades diarreicas son endémicas. Tras 16 años de guerra civil, el sistema de salud nacional quedó destruido, al igual que la mayoría de infraestructuras sociales y económicas.**

Todos los proyectos de MSF se centran en la atención y tratamiento de VIH/sida, incluida la prevención de la transmisión del virus de madres a hijos. En la capital, Maputo, los equipos trabajan en dos distritos dando apoyo a dos hospitales y a nueve centros de salud. MSF forma a personal y ofrece asesoramiento psicosocial a niños y adultos VIH-positivos. Actualmente, 18.000 pacientes reciben terapia antirretroviral (ARV).

MSF desarrolla y promueve modelos innovadores para ayudar a cubrir las necesidades de atención sanitaria y aboga para que el gobierno introduzca un cambio de tareas en los hospitales para contrarrestar la escasez de médicos y enfermeros. Esto supone formar a personal sanitario local para recetar y administrar antirretrovirales, e incorporar a asesores no sanitarios.

MSF da apoyo a la atención y seguimiento de pacientes VIH-positivos en hospitales provinciales al noroeste del país y ofrece apoyo técnico a centros de salud. En la ciudad de Tete, tras descentralizar la atención a pacientes de los hospitales a centros de salud, el proyecto ahora se centra en formar y

supervisar al personal del Ministerio de Salud con vistas a traspasar sus actividades en 2010.

Durante 2009, MSF realizó 240.500 consultas y ofreció terapia ARV a 25.500 pacientes.

**MSF trabaja en Mozambique desde 1984.**

## Margarida

*"Vivo en una aldea a las afueras de la ciudad de Tete. La gente sabe que soy seropositiva, pero no me preocupa ni me avergüenza. MSF me animó a ayudar a otras personas. Ahora soy líder de un grupo de pacientes con VIH. Mi papel es recoger la medicación en el centro de salud y distribuirla entre los miembros del grupo. Antes, cada uno pagaba 100 meticales (3,40 dólares americanos) por el viaje de ida y vuelta al centro de salud. Ahora me dan siete meticales cada uno (0,24 dólares americanos) para ayudarme a pagar el transporte y llevarles la medicación a casa. Los pacientes del grupo lo agradecen porque muchos no tienen bastante dinero para desplazarse hasta el centro de salud.*

*"Es fantástico poder ayudar a otros. Estoy en tratamiento, pero tengo salud y trabajo como los demás. Quiero que otras personas VIH-positivas se unan a mí y disfruten de la vida".*

# NÍGER

*La gente de este país subsahariano mayoritariamente rural tiene un acceso limitado a la atención sanitaria, y las estructuras existentes carecen de equipamiento y personal suficiente.*

**MSF dio apoyo nutricional a niños desnutridos y ofreció atención de salud general y materna, además de lanzar una campaña de vacunación de meningitis en 2009.**

## Zinder

El alto nivel de desnutrición entre los niños más pequeños durante la estación seca, de junio a octubre, es un problema constante. Según una encuesta realizada por UNICEF en junio de 2009, un 15% de los niños menores de 5 años y casi el 22% de los niños de entre 6 meses y 3 años sufrían desnutrición aguda en la región de Zinder, al sur del país.

En Zinder, dentro de los nueve primeros meses del año, MSF admitió a 6.400 niños menores de 5 años con desnutrición severa, un tercio de los cuales debían ser hospitalizados. MSF también prestó apoyo a dos hospitales y a 11 centros de salud en la región de Tahoua, al este del país, donde trató a 16.500 niños menores de 5 años con desnutrición moderada y severa. Casi 12.000 niños más fueron admitidos en una clínica en la ciudad de Magaria, en la frontera con Nigeria, durante el mismo periodo, 1.800 de los cuales tuvieron que ser hospitalizados. En total, los equipos de MSF trataron a más de 34.000 niños severamente desnutridos y prestaron atención médica gratuita a 150.000 personas más en 2009.

El país se vio afectado por repetidas epidemias durante el año. Un brote de meningitis se prolongó más de tres meses. MSF, junto con el Ministerio de Salud, trató a 3.300 personas e inmunizó a 1,5 millones en la región de Zinder, y vacunó a otras 670.000 personas en Tahoua.



Maputo, Mozambique. Un médico explica la medicación ARV a un hombre con VIH y a su hermano.

© Tomas Munita

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Catástrofe natural Personal en el terreno 1.189



© Guillaume Ratel

Doutchi, Níger. Un médico vacuna a unos niños de meningitis en una de las mayores campañas de la historia de MSF.

### Maradi

En el distrito de Guidam Roudji, región de Maradi, la desnutrición severa sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años. En 2009, MSF trató a más de 1.700 niños en cuatro centros de salud del distrito. Los equipos de MSF también trabajaron en la sala de pediatría del hospital de Guidam Roudji, donde trataron a niños severamente desnutridos, y sirvieron de refuerzo al personal del hospital durante la estación de malaria.

En el distrito de Dakoro, región de Maradi, los niños desnutridos recibieron atención especializada en centros apoyados por MSF. Los casos complicados fueron transferidos al hospital de Dakoro, donde un equipo ofreció atención médica intensiva y nutricional, atención pediátrica y servicios obstétricos de urgencia. En 2009, hubo más de 2.300 ingresos en la sala de pediatría y más de 1.700 en la de maternidad, donde se practicaron unas 280 cesáreas. En cinco centros de salud de Adje Koria, Sabon Machi, Alforma, Goula y Dakoro, MSF

ofreció atención primaria y servicios de salud materna, planificación familiar, y controles pre y post natales, con una media de 10.000 consultas cada mes.

En el distrito de Madarounfa, también en la región de Maradi, MSF y Forsani, una organización médica del país, iniciaron un proyecto conjunto para el tratamiento de la desnutrición. En tres emplazamientos de Gabi, Madarounfa y Dan Issa, más de 12.600 niños con desnutrición severa fueron admitidos y más del 90% de ellos fueron tratados con éxito. Además, durante la estación de malaria, de julio a diciembre, la organización ofreció apoyo a tres centros de salud del distrito para ayudar a tratar a niños menores de 5 años con paludismo. En total, unos 11.300 niños fueron atendidos.

En mayo, MSF empezó a trabajar en tres centros de salud en la ciudad de Agadez, al norte del país, ofreciendo atención de salud materna y reproductiva. Al final del año, los equipos habían realizado más de 5.700 consultas y atendido más de 2.000 partos.

En septiembre, hubo graves inundaciones en Agadez. Los equipos de MSF prestaron ayuda de emergencia a través de clínicas móviles a más de 9.500 personas y distribuyeron artículos de primera necesidad a más de 2.000 familias desplazadas.

**MSF trabaja en Níger desde 1985.**

# NIGERIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 524**

*Unas 59.000 mujeres mueren cada año por complicaciones durante el parto en Nigeria, lo que sitúa al país en el séptimo lugar del mundo con mayor tasa de mortalidad materna, según el Fondo sobre Población de Naciones Unidas.*

En 2009, MSF prestó servicios de salud materna y apoyo quirúrgico, lanzó una campaña de vacunación masiva de meningitis, en la que inmunizó a 4,7 millones de personas, y ofreció tratamiento contra el cólera.

### Salud materna en el norte del país

En el estado de Sokoto, al norte del país, el foco de atención se centró en mejorar el acceso a la atención materna de urgencia en el hospital principal, donde MSF presta apoyo de salud materno-infantil. Los equipos también dispensaron asistencia a 8.100 niños desnutridos menores de 5 años en los estados de Sokoto y Kebbi.

En el estado de Jigawa, MSF trabajó en salud materna de urgencia, asistiendo casi 1.600 partos, tratando a más de 2.500 mujeres con embarazos complicados y operando a 219 madres con fístula obstétrica.

### Emergencias y epidemias

Durante 2009, los equipos de emergencia hicieron frente a epidemias y situaciones de crisis, incluida una campaña de vacunación masiva de meningitis, en la que 4,7 millones de personas fueron inmunizadas en nueve estados del país. Los equipos también atendieron a 4.500 personas tras un brote de cólera en el estado de Borno.

### Atención a heridos en el delta del Níger

MSF trabaja en los estados de Rivers y de Bayelsa, en el delta del Níger. En Port Harcourt, la principal ciudad de la región, MSF trabaja en un centro de salud de 75 camas. En 2009, el equipo atendió a 8.300 personas, un 42% de las cuales, por heridas asociadas a la violencia. En total, más de 2.100 pacientes fueron ingresados, se practicaron más de 2.850 intervenciones quirúrgicas y 450 víctimas de violencia sexual recibieron apoyo médico y asesoramiento.

En el sur del estado de Bayelsa, MSF trabajó en el centro de salud de Oloibiri, donde realizó 1.000 consultas mensuales, y atendió a más de 1.100 personas en 14 emplazamientos diferentes a través de una clínica móvil.

*MSF trabaja en Nigeria desde 1996.*



Un médico pasa consulta a un muchacho ingresado con meningitis.

# SIERRA LEONA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 393**



MSF lanzó una campaña de vacunación dirigida a 525.000 personas en respuesta a un brote de fiebre amarilla.

Desde el fin de la guerra civil en 2002, Sierra Leona goza de una relativa estabilidad política. La pobreza es extrema, una importante falta de atención sanitaria ha desembocado en una de las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo, y la desnutrición y la malaria hacen estragos en todo el país.

En 2009, MSF realizó 355.000 consultas que comprenden el tratamiento de 202.000 personas con malaria y de 6.000 niños con desnutrición aguda.

En enero, MSF lanzó una campaña de vacunación en respuesta a un brote de fiebre

amarilla que afectó a la ciudad de Bo y sus alrededores. En total, 178.500 personas fueron inmunizadas.

MSF ofrece atención sanitaria en un hospital cerca de Bo. El centro cuenta con 215 camas, servicios de pediatría y maternidad, unidad de cuidados intensivos y una sala de nutrición terapéutica para niños con desnutrición severa. MSF también da apoyo a cinco centros de salud comunitarios y a 30 puestos de salud comunitarios en los distritos de Bo y de Pujehun, donde ofrece atención sanitaria y obstétrica básica, además de tratamiento de la desnutrición y la malaria. Asimismo, la organización da apoyo a una red de 140 voluntarios comunitarios formados para diagnosticar y tratar la malaria en sus propias aldeas.

En los últimos años se ha producido un aumento del número de pacientes en los programas de MSF, debido a que cada vez acude gente desde más lejos. A finales de 2009, el hospital de Bo estaba saturado y las salas de nutrición y pediatría estaban ocupadas un 40% por encima de su capacidad. Esto significa que los pacientes tenían que compartir cama o dormir en el suelo.

## Historia de una familia

En enero de este año, dos padres agotados llegaron al centro de referencia de Gondama con su hijo, frío y pálido, que tenía dificultades para respirar. Su cuerpo estaba cubierto de abscesos. Los padres habían cargado con su hijo durante tres días para que pudiese ser atendido en el hospital de MSF. Los tres habían dormido a la intemperie, sin comida ni dinero, y habían quedado empapados por las lluvias torrenciales. Durante los cuatro días que siguieron a su llegada, el niño recibió tratamiento para una neumonía, una infección cutánea generalizada por estafilococos y una malaria severa. Se recuperó plenamente y toda la familia pudo regresar a casa, a unas 70 millas de distancia.

La experiencia de MSF en Sierra Leona ha demostrado que la adopción de un sistema de salud gratuito produce un drástico aumento del número de personas con afecciones médicas graves que buscan ayuda. Actualmente, los pacientes tienen que pagar una tarifa cuando acuden al sistema nacional de salud. La consulta de un médico puede costar el equivalente al salario de 25 días. MSF ha pedido públicamente la eliminación de las tarifas a usuarios en Sierra Leona y tanto el gobierno como los donadores ratificaron su apoyo a esta política en 2009, empezando por dar atención gratuita a niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. Sin embargo, falta ver si las autoridades recibirán los medios económicos y técnicos necesarios para aplicarla plenamente.

MSF es un proveedor de salud importante en el país, y también el único que ofrece atención materna y pediátrica fuera de Freetown, la capital. Cada año, la organización presta servicios de atención primaria a más de 300.000 pacientes.

**MSF trabaja en Sierra Leona desde 1986.**

# SOMALIA

*En 2009, la población de Somalia continuó siendo víctima de la violencia indiscriminada a causa del conflicto interno.*

**Muchos miles de personas necesitaron asistencia sanitaria de emergencia, pero el conjunto de la respuesta humanitaria fue insuficiente. MSF prestó atención médica de urgencia en nueve regiones del país.**

## Inseguridad y violencia

El secuestro y asesinato de cooperantes somalíes e internacionales y la continua inseguridad siguieron siendo los mayores obstáculos que tuvieron que superar los equipos de MSF para responder a las ingentes necesidades médicas en todo el país. En abril, dos miembros de MSF fueron secuestrados en la región de Bakool y retenidos durante 10 días. Tras su liberación, MSF decidió que ya no podía dar asistencia de forma segura y cerró su mayor centro de salud en el sur y el centro de Somalia, junto con otros cuatro puestos de salud.

En junio, otro trabajador de MSF murió en una explosión en la región de Hiraan, en la que perdieron la vida otras 30 personas. En julio, por primera vez en 17 años, MSF tuvo que suspender actividades en el hospital pediátrico y tres clínicas en Mogadiscio Norte por los duros enfrentamientos. El mes siguiente, un grupo de hombres armados asaltó el centro nutricional de MSF en Jilib, se llevó suministros médicos vitales y obligó al personal a dejar a centenares de niños

severamente desnutridos sin tratamiento. A finales de 2009, aún no se habían reanudado las actividades en Jilib. En diciembre, dos morteros impactaron contra el hospital de Belet Weyne e hirieron a dos trabajadores de MSF.

## Superar obstáculos

A pesar de los riesgos, la organización sigue decidida a dar asistencia. En 2009, más de 1.300 entregados trabajadores somalíes, con el apoyo de más de 100 miembros de MSF con base en Nairobi, llevaron a cabo unas 650.000 consultas, 238.000 de ellas correspondientes a menores de 5 años. Más de 49.000 mujeres recibieron asistencia prenatal y 26.000 pacientes ingresaron en clínicas y hospitales de MSF. Se realizaron casi 3.000 intervenciones quirúrgicas, más de 900 por heridas de guerra. Los equipos trataron a más de 200 personas con kala azar, 2.600 con malaria y 1.300 con tuberculosis. También proporcionaron alimentación y atención médica a más de 34.000 personas con desnutrición y vacunaron a 224.000 niños, 92.000 de ellos contra el sarampión.

## Respuesta a emergencias

MSF pudo reanudar las actividades quirúrgicas de urgencia en dos regiones, contratando a médicos licenciados en la Facultad de Medicina de Mogadiscio

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria

**Personal en el terreno 1.201**

en 2008. En los últimos cinco meses de 2009, este personal realizó más de 100 intervenciones quirúrgicas mayores, casi la mitad por heridas debidas a actos violentos.

En febrero, MSF atendió a personas heridas durante el recrudecimiento del conflicto en un hospital de las afueras de Mogadiscio. En un solo día se realizaron más de 120 ingresos. Más de 1.000 personas, casi la mitad mujeres y niños menores de 14 años, ingresaron con heridas causadas por explosiones. El hospital de MSF en la ciudad de Belet Weyne, en el centro del país, operó a más de 170 heridos de guerra y, en Guri El, en la región vecina de Galgaduud, más de 230 pacientes fueron atendidos tras nuevos enfrentamientos.

A principios de 2009, nuevos enfrentamientos en Guri El y Dhusa Mareb, en el centro de Somalia, provocaron el desplazamiento de miles de civiles. MSF suministró agua y atención médica a los desplazados en la zona. Durante el año, los equipos respondieron a brotes de cólera, tratando a 1.000 personas. Cuando se detectó un aumento de casos de sarampión, MSF lanzó una campaña de vacunación masiva en cuatro regiones de Somalia. Unos 73.000 niños de entre 6 meses y 15 años fueron vacunados en las regiones de Belet Weyne, Hiraan, Middle Shabelle, Lower Shabelle y Bay, y unos 1.500 enfermos de sarampión recibieron tratamiento.

La sequía, junto con la pobreza crónica, las malas cosechas, los altos precios de la comida y la violencia, hizo que el número de niños severamente desnutridos en el programa nutricional de MSF en Galcayo alcanzara su máximo histórico. Sólo entre octubre y diciembre, el equipo trató a más de 2.300 niños. Los equipos que trabajaban en las afueras de Mogadiscio trataron a más de 14.000 niños desnutridos durante el año.

**MSF trabaja en Somalia desde 1991.**

## Dr Hafsa

*Cirujano de MSF, Marere.*

*"Decidí ser cirujano porque quería ayudar a las mujeres somalíes, sobre todo a las madres, que no reciben una buena atención médica, especialmente durante partos complicados, y necesitan cirugía".*



Galcayo, centro nutricional. Las largas sequías, los combates y los altos precios de los alimentos hacen que el centro suela estar al máximo de su capacidad.

© Jan Grarup

# SURÁFRICA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedades endémicas/epidémicas
- Exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 158

*En 2009, el nuevo Gobierno de Suráfrica cambió totalmente su postura ante dos de los mayores retos de salud pública del país, y ahora ve el VIH/sida y la tuberculosis como grandes prioridades sanitarias.*



Khayelitsha, Ciudad del Cabo. Una abuela con uno de los cinco nietos que tiene a su cargo desde que la madre murió de sida.

El Día Mundial de la Lucha contra el Sida, el presidente Jacob Zuma anunció cambios largamente esperados en las estrategias de tratamiento del VIH/sida, como el uso de fármacos de mayor calidad para el tratamiento inicial y un nuevo modelo de atención para tratar directamente la coinfección de VIH y tuberculosis (TB). También habrá tratamiento disponible para mujeres embarazadas y se formará a más personal de enfermería para lograr atender a más pacientes. MSF ha seguido prestando atención de VIH/sida y TB a la población de Khayelitsha, y asistiendo a migrantes en Zimbabue.

Khayelitsha, un suburbio marginal de Ciudad del Cabo, con medio millón de habitantes, tiene una de las mayores incidencias de VIH/sida del país. Desde mayo de 2001, MSF lleva a cabo un programa para ofrecer tratamiento antirretroviral (ARV) a su población, en colaboración con las autoridades sanitarias. Este programa fue el primero en ofrecer terapia ARV gratuita en Suráfrica. En diciembre de 2009, más de 13.550 pacientes se beneficiaban del mismo.

Pero sigue habiendo retos, como la falta de medicación específica para niños y adolescentes VIH-positivos, o la necesidad de mayor integración del tratamiento del VIH y la TB para atender al creciente número de pacientes coinfectados con ambas enfermedades. También están aumentando los casos de TB resistente a los medicamentos

(DR-TB por sus siglas en inglés). MSF desarrolla un proyecto piloto en el país, en el que ofrece tratamiento de DR-TB mediante visitas regulares a centros de salud, en lugar de hospitales especializados. El modelo de atención integrada para pacientes de VIH/TB se ha replicado en muchos otros lugares y la Organización Mundial de la Salud lo promueve como modelo de mejor práctica. El programa ha atendido a más de 580 pacientes en los últimos tres años.

### Migrantes zimbabuenses en Suráfrica

MSF continúa su labor en Johannesburgo y en Musina, una ciudad en la frontera con Zimbabue, ofreciendo atención médica y servicios de salud mental a ciudadanos de este país que buscan refugio en Suráfrica. En 2009, MSF también llevó clínicas móviles a explotaciones agrícolas a lo largo de la frontera surafricana, donde trabajan muchos de estos migrantes. Desde abril, MSF se centró en atender a enfermos de VIH/TB y en mejorar los servicios de atención a víctimas de violencia sexual y de género en sus programas.

En Johannesburgo y Musina, MSF trató a más de 5.000 migrantes al mes, principalmente por infecciones respiratorias, enfermedades de transmisión sexual, problemas gastrointestinales y afecciones relacionadas con el estrés. Entre los dos proyectos se hicieron casi 4.000 pruebas de VIH. En Musina, casi un tercio de la población que se hizo la prueba dio positivo, un 64% eran mujeres.

Cada vez más migrantes son devueltos a Zimbabue desde Musina por las autoridades surafricanas. A menudo intentan volver a cruzar la frontera por otros puntos, donde a veces son atacados o violados por bandas de delincuentes. En 2009, el equipo de MSF en Johannesburgo trató a más de 140 personas adultas víctimas de abusos sexuales. Más de la mitad habían sido agredidas al cruzar la frontera.

**MSF trabaja en Suráfrica desde 1999.**

### Andile

Paciente VIH-positivo de MSF en Khayelitsha.

*“Cuando llegué al grupo de apoyo me di cuenta que había más personas VIH-positivas, que compartían sus historias, que hablaban de ello. Fue en ese momento cuando me dije: ‘Ni hablar... el VIH no es el fin del mundo... quizá debería empezar a levantarme y mirar hacia el futuro... quizá Dios tenga algo para mí aquí’. Y aquí estoy”.*

# NO ES MOMENTO DE RENDIRSE

## LOS FINANCIADORES RECORTAN SUS FONDOS PARA EL VIH

**Hace 10 años, MSF se convirtió en la organización pionera en dar tratamiento del VIH/sida en Suráfrica y en Tailandia. Hoy se han salvado millones de vidas y las personas en tratamiento viven más tiempo y mejor. A finales de 2009, MSF ofrecía antirretrovirales a más de 160.000 pacientes en más de 27 países. Sólo en Khayelitsha, Suráfrica, más de 13.550 personas con VIH reciben atención integrada de MSF, en colaboración con las autoridades locales.**

Estos avances se están viendo amenazados por la reducción o retirada de fondos para el VIH/sida por parte de los financiadores internacionales. El Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, que sufraga unos dos tercios de todo el tratamiento de VIH/sida en los países en desarrollo, sufre un importante déficit financiero. Los donadores se están retractando de su promesa de apoyar el acceso universal a la atención de VIH. El PEPFAR, la principal iniciativa de Estados Unidos para combatir la pandemia, redujo su presupuesto para la compra de antirretrovirales (ARV) en 2009 y 2010, y congeló su presupuesto general. Otros donadores, como UNITAID y el Banco Mundial, han anunciado recortes en la financiación de medicamentos ARV en RDC,

Malawi, Mozambique, Uganda y Zimbabue en los próximos años.

Para algunos países, esto significa restringir sus fondos o reducir el número de personas en tratamiento, como ocurre en Suráfrica y Uganda, o como en RDC, donde el número de nuevos pacientes se ha dividido por seis. A medio plazo, unos sistemas de salud ya frágiles de por sí tendrán que soportar una mayor carga de pacientes que necesitarán cuidados más intensivos. Ahora mismo, cada vez más pacientes son rechazados en las clínicas y los médicos se ven obligados a racionar la medicación como hace 10 años. También hay un riesgo de que las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que proponen avanzar el inicio del tratamiento con mejores medicamentos, no puedan ser aplicadas.

La Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF reúne a un equipo de expertos en medicina, ciencia y activismo que estudia y promueve soluciones para los retos médicos a los que nos enfrentamos en el terreno. Hoy trabaja con otros activistas de la salud para exigir a la comunidad internacional que cumpla su compromiso con el VIH/sida, y da apoyo a métodos innovadores para que el coste de los medicamentos siga siendo asequible.

También animamos a los países a hacer uso de las flexibilidades contempladas en los acuerdos internacionales de comercio para superar las barreras de acceso a medicamentos que imponen las patentes y a estimular la competencia para el desarrollo de fármacos genéricos asequibles. Estamos presionando a las farmacéuticas para que se unan al fondo de patentes para medicamentos contra el VIH/sida de UNITAID, lo que ayudaría a agilizar la disponibilidad de versiones genéricas de nuevos tratamientos.

Hemos llegado a un punto crítico en la lucha contra el VIH/sida, y ahora no es momento de rendirse. El VIH/sida sigue siendo una emergencia mundial. Se ha conseguido mucho, pero aún hay nueve millones de personas que carecen de acceso a los medicamentos que necesitan. Los donadores y los gobiernos no pueden echar por la borda todo lo conseguido hasta ahora, sino que deben seguir adelante, comprometiéndose a una financiación continuada y creciente que permita controlar esta devastadora pandemia.

*Para más información sobre las actividades de MSF en temas de acceso a medicamentos e innovación médica: [www.msfacecess.org](http://www.msfacecess.org)*



Los pacientes VIH-positivos en tratamiento ARV tienen que tomar rigurosamente su medicación para mantenerse sanos.

# SUDÁN

*En 2009 hubo un aumento de las emergencias médicas en varias zonas del país. Además de la constante crisis en Darfur, la creciente violencia y las enfermedades azotaron a la población del sur de Sudán, que vive sin apenas acceso a atención sanitaria.*

## **Víctimas de violencia en el sur de Sudán**

La escalada de violencia y los brotes de enfermedades motivaron varias intervenciones de emergencia de MSF en el sur de Sudán. Las necesidades médicas, que ya estaban a niveles de emergencia en muchas partes del país, fueron aumentando durante el año, a medida que los enfrentamientos entre distintas comunidades dejaban cientos de muertos y miles de desplazados. MSF realizó intervenciones de emergencia en Akobo, Torkej, Lekwongole, Panyangor, Duk Padiet y Terekeka. Los equipos

constataron que había tres veces más muertos que heridos y que muchos de los afectados eran mujeres y niños. En Nasir y Leer, se llevaron a cabo más de 1.000 intervenciones quirúrgicas en 2009, más de la mitad por heridas a causa de la violencia.

A lo largo del año, el grupo rebelde ugandés, Ejército de Resistencia del Señor, atacó en varias ocasiones a pueblos cercanos a la frontera con la República Democrática del Congo (RDC) y con la República Centroafricana, y también en la misma RDC. Estos ataques provocaron el desplazamiento de miles de sudaneses y que refugiados congoleños cruzaran la frontera para buscar refugio en el estado de Ecuatoria Occidental, en el sur de Sudán. MSF, operativa en la zona desde finales de 2008, adaptó sus actividades para cubrir las nuevas necesidades. Los equipos empezaron a trabajar en Ezo, Naandi, Yambio y Makpundu, prestando asistencia a unas 45.000 personas que vivían en campos de desplazados o en comunidades de acogida. En 2009, los equipos de MSF llevaron a cabo 14.000 consultas y dieron apoyo psicológico a más de 800 personas en Ecuatoria Occidental. También distribuyeron materiales de primera necesidad entre casi 1.000 familias e instalaron letrinas y

## **MOTIVO DE INTERVENCIÓN**

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria

**Personal en el terreno 2.458**

puntos de agua en los campos de desplazados de la zona. En el estado de Ecuatoria Central, más de 6.000 personas recibieron ayuda de emergencia en Lasu.

## **Necesidades médicas urgentes**

En octubre, un nuevo brote de kala azar afectó a los estados de Jonglei y de Unity. A finales de año, los equipos de MSF habían examinado y tratado a más de 450 pacientes.

Estas intervenciones de emergencia se llevaron a cabo además de los programas médicos regulares de MSF en el sur de Sudán. A lo largo del año, 1.400 trabajadores de la organización atendieron a cientos de miles de personas en siete estados del sur de Sudán y en la zona de transición de Abyei. Más de 431.000 personas recibieron asistencia y más de 10.300 fueron admitidas en clínicas de MSF. Los equipos ofrecieron atención prenatal a casi 63.000 mujeres, trataron a más de 8.000 niños desnutridos y a más de 50.000 personas con malaria y realizaron 188.000 vacunaciones.

## **Menor acceso en Darfur**

El acceso a la asistencia sanitaria para la población de la región de Darfur, al oeste

*continúa en página siguiente ▶*



Naandi, sur de Sudán. Una mujer congoleña y su hijo desnutrido son atendidos en un campo de refugiados.

► *continuación SUDÁN*

de Sudán, fue difícil en 2009, especialmente tras la expulsión por parte de las autoridades sudanesas de 13 agencias de ayuda internacionales, entre ellas, dos secciones de MSF. Poco después de la expulsión, cuatro miembros de la organización fueron secuestrados en Serif Umra, en Darfur Norte. Fueron liberados ilesos en pocos días, pero estos secuestros, los primeros de este tipo en Darfur, iniciaron una lista de hasta 14 abducciones similares a finales de año. Este aumento del riesgo forzó a muchas de las organizaciones de ayuda que aún quedaban en la zona a reducir algunas de sus actividades.

MSF tuvo que cerrar más de la mitad de sus programas como resultado de las expulsiones y la inseguridad, entre ellos, los proyectos de Serif Umra y Kebkabiya, y las actividades llevadas a cabo en Tawilla, en Darfur Norte. Con todo, los equipos realizaron más de 168.000 consultas, más de 28.000 controles prenatales, casi 2.500 ingresos hospitalarios y trataron a unas 4.500 personas con malaria a lo largo del año. MSF traspasó sus proyectos en Golo y Killin al Ministerio de Salud sudanés en octubre. Ese mismo mes se pudieron reanudar las actividades en Tawilla y, a finales de año, la organización empezó a dar apoyo a cinco centros de salud rurales en Um Baru, un área remota de Darfur Norte, que dan cobertura sanitaria a comunidades muy aisladas.

En la ciudad de Port Sudan, al noreste del país, MSF continuó prestando servicios de salud reproductiva en el hospital Tagadom. Más de 13.500 mujeres recibieron atención prenatal y otras 1.000 fueron asistidas durante el parto. Más del 97% de las mujeres de Sudán sufren algún tipo de mutilación genital que suele provocarles complicaciones médicas a lo largo de sus vidas. MSF no vuelve a coser o a infibular a las mujeres tras el parto ni en ningún otro momento.

**MSF trabaja en Sudán desde 1979.**

## Historia de S.

*Mujer de Burmath, estado de Jonglei, mayo de 2009.*

*“Eran muchos los que vinieron a atacarnos y todos con armas de fuego. Lo quemaron todo y se llevaron a las chicas jóvenes; a los chicos los mataron. Normalmente, sólo atacaban a los hombres, pero esta vez también mataron a mujeres y niños. Lloro porque no tenemos protección y nuestros hijos son secuestrados o agredidos. Ésta no era la primera vez que nos atacaban, pero sí la primera que era así”.*

# SUAZILANDIA

*Suazilandia sufre la epidemia más grave de VIH/sida del mundo. Según estimaciones de USAID,\* la prevalencia de esta enfermedad entre la población adulta es del 25,9%.*

**La tuberculosis en personas infectadas con el VIH es la primera causa de muerte en el país, y cada vez hay más casos de la forma resistente a los medicamentos de esta enfermedad. Desde noviembre de 2007, MSF trabaja en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud del país para dar respuesta a esta epidemia, mediante el diagnóstico y tratamiento de pacientes infectados con VIH y tuberculosis en clínicas rurales.**

MSF trabaja en Shiselweni, una región rural en el sur del país, donde vive una quinta parte de la población de Suazilandia, mayormente en aldeas o granjas remotas. Las personas a menudo tienen que viajar durante horas para llegar al centro de salud más cercano. El objetivo de MSF es reducir el número de muertes por tuberculosis (TB) y VIH/sida, ofreciendo diagnóstico, tratamiento y asistencia a través de pequeñas clínicas rurales, tan cerca como sea posible del lugar donde viven los pacientes, y también llevar algunos aspectos de la atención de TB y VIH a las comunidades mismas. En 2009, MSF dio apoyo a un hospital, dos centros de salud y 18 clínicas de la zona. A finales de 2009, más de 8.000 pacientes con VIH/sida estaban recibiendo terapia antirretroviral y otros 3.381 recibían tratamiento para la TB.

Un aspecto importante del programa de MSF es ayudar a los pacientes a seguir adecuadamente su tratamiento, mediante el apoyo y asesoramiento de pacientes experimentados que enseñan a otros cómo hacerlo. Este apoyo es hoy de vital importancia, ya que cada vez hay más pacientes con TB en Suazilandia que han dejado de responder a los fármacos habituales. Los que tienen TB resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés) deben someterse a un régimen de tratamiento especialmente largo, doloroso y complicado. En 2009, el equipo de MSF ofreció apoyo intensivo a 96 pacientes con esta forma de la enfermedad.



La falta de personal médico cualificado es otro de los retos a los que debe hacer frente el sistema sanitario del país. Para superar este obstáculo, MSF aconsejó a las autoridades que aplicaran una política de cambio de tareas, por la cual el personal de enfermería puede asumir algunas actividades que normalmente sólo llevan a cabo los médicos. Este cambio de política fue una de las recomendaciones que salieron de un taller consultivo

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Enfermedad endémica/epidémica Personal en el terreno 113



© Alexander Glyadyelov

Un doctor examina la radiografía de un chico en busca de algún signo de TB.

internacional sobre la crisis de DR-TB y VIH/sida en el sur de África, organizado conjuntamente por MSF y el Ministerio de Salud de Suazilandia en octubre de 2009.

**MSF trabaja en Suazilandia desde 2007.**

•• USAID, Encuesta demográfica y de salud 2006/2007.

### Nonkululek

Mujer de 25 años, VIH-positiva y con DR-TB.

*“Tomo un mínimo de 15 pastillas cada día sólo para la DR-TB. Todas son de tamaños distintos: algunas son del tamaño de un grano de trigo o incluso mayores, del tamaño de una alubia grande. Es complicado, pero no tengo más remedio porque quiero llevar una vida normal. Tardé muchos meses en acostumbrarme a tomar tanta medicación, pero sería mucho mejor si todos estos medicamentos se pudieran combinar en uno solo”.*

# UGANDA



Campo de Madi Opei, distrito de Kitgum. Un médico examina a un bebé, cuya madre es VIH-positiva, por malaria. Aún es muy temprano para saber el estado de VIH del pequeño.

*MSF trabaja para combatir el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y la desnutrición infantil en el país. En la región del Nilo Occidental, al norte de Uganda y en la frontera con Sudán, la organización ha proporcionado tratamiento a más de 16.000 personas con VIH/sida desde el año 2002.*

**En los distritos del norte, el sistema de salud se va restableciendo poco a poco, tras años de conflicto en el país. Los principales retos son la escasez de personal médico cualificado y la irregularidad en el suministro de fármacos, especialmente para el VIH/sida, la tuberculosis (TB) y la malaria. En el distrito de Arua, al noroeste del país, MSF trata a pacientes coinfectados con TB, da apoyo nutricional a adultos y niños con VIH, y presta asistencia prenatal para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos. De los 7.740 pacientes que se están tratando actualmente en el hospital, más de 5.000 están recibiendo terapia antirretroviral. MSF también ofrece apoyo a clínicas de VIH/sida en otras zonas rurales.**

La organización continuó asistiendo a refugiados que habían huido de los combates en la República Democrática del Congo (RDC) a finales de 2008. De febrero a mayo, un equipo dio apoyo médico y de saneamiento a un asentamiento de refugiados en el suroeste del país.

La malaria es endémica en Uganda, pero el tratamiento más efectivo para combatirla, la terapia combinada con artemisinina (TCA), no siempre está disponible. En 2009, en Madi Opei, una zona rural del norte del país, MSF trató a más de 27.000 personas con esta enfermedad.

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria

**Personal en el terreno 424**

## Cavine

10 años, VIH-positiva.

*El padre de Cavine murió durante los combates. Su madre enferma fue al hospital, donde le diagnosticaron TB y VIH. A Cavine también le hicieron las pruebas y resultó ser VIH-positiva. A su madre se le rompió el corazón cuando supo que su hija estaba enferma, pero se sintió aliviada al ver que sus otros hijos no tenían el virus. Cavine nos cuenta: "No me encontraba bien, pero cuando empecé a tomar la medicación me sentí mucho mejor". Su abuela añade: "Soy feliz porque ahora ya no veo ninguna diferencia entre ella y cualquier otro niño de la familia. Hace exactamente el mismo trabajo que los demás y en la escuela es brillante. ¡Estoy impresionada!".*

La hepatitis E es una infección vírica que se transmite a través de agua o alimentos contaminados. No tiene cura y no hay vacuna para prevenirla. En 2007 comenzó una epidemia en los distritos de Kitgum y Pader, al norte del país, que continuó durante todo 2009. Los equipos de MSF atendieron a los afectados, mejoraron las instalaciones de agua y saneamiento e intentaron prevenir la propagación de la enfermedad mediante la búsqueda activa de casos y llevando a cabo campañas de educación sanitaria. En 2009, MSF atendió a más de 1.450 personas.

Décadas de negligencia política y servicios sanitarios deficitarios han acabado por afectar negativamente a la población de la remota región nómada de Karamoja, al noreste del país. La violencia en esta región causa docenas de muertes al mes. El acceso a la atención sanitaria se ve obstaculizado por la inseguridad, la crisis alimentaria crónica agrava las malas condiciones de salud y se producen picos de desnutrición aguda. En 2009, MSF realizó unas 20.000 consultas y atendió a 2.500 mujeres embarazadas.

**MSF trabaja en Uganda desde 1980.**

# ZAMBIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Personal en el terreno 94

*Según un informe nacional realizado en 2007, el 14% de la población de Zambia entre 15 y 49 años es VIH-positiva.*

La pandemia afecta principalmente a las mujeres. En 2008, los indicadores de desarrollo global estimaban que la esperanza de vida al nacer era de sólo 46 años. El VIH supone una gran carga para el país, pero el Gobierno de Zambia ha dado pasos importantes en los últimos años.

Desde 2004, MSF ha atendido a miles de personas con VIH/sida en Zambia, ofreciendo terapia antirretroviral (ARV) de forma gratuita, prestando atención médica y trabajando para concienciar a la población sobre la realidad del VIH/sida en el distrito de Kapiri M'poshi, al noreste del país. La organización gestionó una clínica de VIH/sida en el hospital de distrito y dio apoyo a 14 centros de salud rurales de la zona. Entre 2004 y 2009, más de 66.500 personas se hicieron la prueba del VIH, 12.000 entraron en el programa y más de 6.000 iniciaron tratamiento.

En julio de 2005, el gobierno empezó a prestar atención gratuita a pacientes con VIH/sida, y en

2006 suprimió el sistema de salud de copago, con lo que todos los tratamientos pasaron a ser gratuitos. En junio de 2009, MSF traspasó su proyecto de VIH/sida en Kapiri M'poshi al Ministerio de Salud. Una organización no gubernamental local, la Zambia HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment Partnership, asegura que todos los servicios continúen siendo gratuitos.

MSF seguirá trabajando en Zambia, aunque centrará sus esfuerzos en prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos. También dará respuesta a necesidades médicas de urgencia no atendidas, especialmente brotes de cólera, y seguirá abogando por mejorar las medidas nacionales de preparación ante estos episodios. En la capital, Lusaka, los equipos de MSF respondieron a un brote de cólera en marzo, estableciendo dos centros de tratamiento y tratando a más de 4.300 personas.

**MSF trabaja en Zambia desde 1999.**

## Mary

*Es una de las primeras pacientes en tratamiento del proyecto de MSF en Kapiri. Desde 2004, participa en actividades para concienciar a la comunidad y animar a la gente a hacerse la prueba del VIH.*

*“Yo fui una de las primeras pacientes que empezó la terapia ARV con MSF en Kapiri y me fue muy bien. Ahora puedo trabajar y hasta tengo un campo que me da 50 sacos de maíz. También tengo un jardín. Soy feliz, muy feliz. No me sentía bien cuando me pasaba todo el día en casa. Me gusta salir, aunque sólo sea para ir y ayudar a mis amigos. Muchos de ellos me conocieron cuando estaba enferma; vieron cómo estaba y hoy les doy mi testimonio. Ellos también son felices, muchos han reconocido abiertamente que tienen el VIH/sida y se ha reducido el estigma en la comunidad”.*



Lusaka, Zambia. MSF respondió en 2009 a uno de los peores brotes de cólera del país en muchos años.

# ZIMBABUE

*En junio de 2009, la epidemia de cólera iniciada en agosto de 2008 se declaró oficialmente acabada.*

**Según la ONU, casi 100.000 personas contrajeron el cólera y más de 4.000 murieron por su causa. Por otro lado, la prevalencia de VIH/sida es una de las más altas del mundo. MSF dio respuesta a la epidemia de cólera y también proporcionó tratamiento de VIH y tuberculosis.**

### **Cólera y nutrición**

En junio de 2009, MSF había tratado a 65.000 pacientes de cólera en todo el país. Los equipos también ofrecieron tratamiento en las cárceles y trabajaron para prevenir la propagación de la enfermedad. En 13 centros penitenciarios, además dieron tratamiento nutricional y mejoraron las condiciones de agua y saneamiento.

La organización también tiene programas nutricionales en Epworth, cerca de Harare, y en Buhera, al sur del país. En 2009, MSF atendió a más de 1.700 niños con desnutrición severa.

### **VIH/sida y tuberculosis**

Según el Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS), hay 120.000 niños VIH-positivos en Zimbabwe y por lo menos un millón de huérfanos por este motivo. En 2009 los programas de MSF atendieron a más niños con VIH, proporcionaron tratamiento para prevenir la transmisión del virus de madres a hijos y ofrecieron asesoramiento y educación sanitaria en cinco distritos de Zimbabwe. En total, más de 52.000 personas fueron atendidas, 39.000 de las cuales iniciaron tratamiento antirretroviral (ARV).

MSF siguió mejorando la atención de pacientes con tuberculosis (TB) e integrando los servicios de TB y VIH/sida. También descentralizó la atención de VIH/sida para acercar los servicios a donde viven los pacientes y formó a personal de enfermería para administrar terapia ARV. Este cambio

### **MOTIVO DE INTERVENCIÓN**

- Enfermedad endémica/epidémica
- Violencia social/exclusión de la atención sanitaria

**Personal en el terreno 911**

de tareas permite a los enfermeros llevar la atención diaria de los pacientes y libera al personal médico para que se pueda centrar en los casos complicados.

### **Violencia sexual**

En colaboración con el Ministerio de Salud, MSF da apoyo médico y psicológico a víctimas de violencia sexual en Gweru, en el centro del país. El equipo atendió más de 180 casos de este tipo de agresiones en 2009.

### **Migrantes**

Debido a la crisis económica y política de los últimos años en Zimbabwe, muchas personas migran a Suráfrica. MSF abrió un proyecto en Beitbridge, una ciudad en la frontera más concurrida por los migrantes y lugar de paso de una ruta comercial entre los dos países. En esta ciudad fronteriza, los equipos llevaron a cabo una media de más de 1.000 consultas mensuales.

**MSF trabaja en Zimbabwe desde 2000.**



Una doctora toma notas sobre una paciente con VIH que está mejorando desde que empezó el tratamiento ARV.



© Yuri Kozlyev / Noor

Campo de Kutupalong, Bangladesh. Una mujer rohingya y su hijo esperan su medicación.

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 40 AFGANISTÁN   | 49 MYANMAR            |
| 41 ARMENIA      | 50 NEPAL              |
| 42 BANGLADESH   | 51 PAKISTÁN           |
| 43 CAMBOYA      | 52 PAPÚA NUEVA GUINEA |
| 44 CHINA        | 53 FILIPINAS          |
| 45 GEORGIA      | 54 SRI LANKA          |
| 46 INDIA        | 55 TAILANDIA          |
| 47 INDONESIA    | 56 TURKMENISTÁN       |
| 48 KIRGUIZISTÁN | 56 UZBEKISTÁN         |

# ASIA Y EL CÁUCASO

# AFGANISTÁN

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado Personal en el terreno 51

*El conflicto se reavivó en todo Afganistán en 2009, especialmente en el este y el sur del país. Fue el año más mortífero para los civiles desde 2001, cuando estalló la guerra entre la coalición liderada por Estados Unidos y el Gobierno afgano y varios grupos de la oposición.*

**El país tiene algunos de los peores indicadores de salud del mundo. Las tasas de mortalidad infantil son especialmente altas: unas 257 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, según estimaciones de UNICEF. Hasta hace poco, sólo había un hospital en Kandahar, apoyado por el Comité Internacional de la Cruz Roja, que ofrecía servicios médicos completos para todo el sur de Afganistán. En general, la gente tiene que recorrer cientos de kilómetros a través de zonas muy peligrosas para conseguir atención médica.**

### **Regreso tras cinco años de ausencia**

Tras abandonar el país después del brutal asesinato de cinco trabajadores de MSF en la provincia de Badghis en junio de 2004, MSF regresó a Afganistán en 2009. El motivo fue ver que la situación general para los afganos, lejos de mejorar, está empeorando. La gente lleva años viviendo en condiciones muy precarias y sin apenas acceso a asistencia médica. Los hospitales públicos no funcionan bien y las clínicas privadas suelen ser prohibitivamente caras. En octubre de 2009, MSF empezó a prestar apoyo al hospital de distrito Ahmed Shah Baba, al este de Kabul, y poco después a otro centro hospitalario en la provincia de Helmand.

La falta de respeto a las estructuras de salud por parte de los actores en conflicto ha convertido los hospitales afganos en campos de batalla donde el personal y los pacientes no se sienten a salvo. Para MSF



Una doctora pasa consulta en el hospital de distrito Ahmed Shah Baba, al este de Kabul.

© Pascale Zintzen

era fundamental llegar a acuerdos con las partes beligerantes para conseguir que los hospitales fueran lugares seguros y donde la entrada de armas no estuviera permitida. Este enfoque parece estar funcionando en los centros apoyados por MSF, donde los equipos trabajan junto con el personal para ofrecer atención médica gratuita de calidad.

### **Más apoyo y servicios hospitalarios**

En el hospital Ahmed Shah Baba de Kabul, MSF trabajó para mejorar los tratamientos, los servicios de urgencias y maternidad, y rehabilitó parte de las instalaciones. A finales de año, se habían registrado casi 19.000 consultas, 1.000 partos y cerca de 9.900 vacunaciones, como parte del programa ampliado de inmunización contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis B y la *Haemophilus influenzae*.

En noviembre de 2009, MSF empezó a apoyar al hospital Boost en Lashkargah, la capital de la provincia de Helmand, cuya población se ha visto seriamente afectada por el conflicto. Este centro provincial de 150 camas es uno de los dos únicos hospitales generales públicos del sur de Afganistán. MSF amplió su apoyo a todos los servicios,

empezando por los de maternidad, pediatría, cirugía y urgencias. Desde el inicio del proyecto, se han realizado 1.100 consultas, más de 60 intervenciones quirúrgicas y atendido casi 160 partos. MSF tiene por objetivo que el hospital funcione las 24 horas del día, siete días a la semana, mediante la presencia permanente de personal médico y la gratuidad de los servicios.

MSF prevé ampliar su apoyo a hospitales y centros de salud rurales en otras provincias de Afganistán en 2010.

***MSF trabajó en Afganistán entre 1980 y 2004, y regresó en 2009.***

# ARMENIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica Personal en el terreno 54

*Armenia tiene una de las tasas más altas del mundo de tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés). Desde el año 2004, MSF colabora con el Ministerio de Salud, gestionando el único programa de tratamiento de DR-TB en esta república de la antigua Unión Soviética.*



En Yerevan, la capital, MSF lleva a cabo un proyecto para diagnosticar y tratar la DR-TB, en colaboración con el programa nacional de lucha contra la tuberculosis del Ministerio de Salud. En 2009, 130 nuevos pacientes recibieron tratamiento gratuito en este proyecto.

El tratamiento de la DR-TB implica un cóctel diario de medicamentos que puede causar efectos secundarios como fuertes náuseas, vómitos, problemas renales y alergias cutáneas. El tratamiento puede durar hasta dos años y es muy duro de seguir. MSF ofrece apoyo psicológico y social a sus pacientes para animarles a completarlo. “El apoyo no médico a los pacientes es un componente esencial de nuestro programa, puesto que aumenta las posibilidades de que se adhieran al difícil régimen de tratamiento que deben seguir durante meses y a veces incluso años”, afirma el responsable del programa de MSF, Jean-Luc Anglade.

El personal de la organización atiende a pacientes en cinco distritos de la periferia de Yerevan, así como a reclusos en la cárcel central. En 2009, MSF realizó más de 5.000 visitas a domicilio y distribuyó más de 1.600 raciones de alimentos, como parte del apoyo al tratamiento.

**MSF trabaja en Armenia desde 1988.**

En el distrito de Abovian, cerca de Yerevan, un médico examina a un paciente con DR-TB.

© Bruno De Cock

# BANGLADESH

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Violencia social/exclusión de la atención sanitaria • Catástrofe natural **Personal en el terreno 185**

*En el distrito de Cox's Bazar en la frontera con Myanmar, miles de refugiados no reconocidos de la etnia rohingya luchan diariamente para sobrevivir. De una población de refugiados rohingya estimada en unas 400.000 personas, el gobierno de Bangladesh sólo reconoce oficialmente a 28.000 como refugiados con derecho a recibir asistencia por parte del ACNUR (Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados). La gran mayoría restante vive en pésimas condiciones, expuesta a la enfermedad y a la explotación.*

**En marzo, MSF fue alertada de la terrible situación de más de 20.000 refugiados rohingya no reconocidos en el campo improvisado de Kutupalong, situado al borde del campo de refugiados oficiales del ACNUR. En respuesta, un equipo de MSF puso en marcha una intervención de emergencia con actividades de atención de salud, tratamiento nutricional y servicios de agua y saneamiento. En un mes, MSF había atendido a más de 3.700 niños menores de 5 años y más de 1.000 eran tratados en su programa nutricional.**

La intervención pronto se convirtió en un programa de atención primaria de salud para responder a las necesidades médicas de los refugiados en el campo de Kutupalong, así como de la comunidad local. A lo largo del año, el equipo de MSF realizó más de 23.000 consultas y más de 1.000 controles prenatales, vacunando a más de 11.000 niños en respuesta a un brote de sarampión en el campo.

En junio y julio de 2009, MSF fue testigo de la expulsión con violencia de miles

de personas del campo por parte de las autoridades locales. Los equipos de MSF atendieron a los heridos y denunciaron los hechos. La violencia cesó durante un breve periodo de tiempo, pero en octubre MSF atendió de nuevo a refugiados con heridas asociadas a la violencia. Esta vez los pacientes contaron que las autoridades y los lugareños les habían sacado de sus casas por la fuerza en los distritos de Bandarban y Cox's Bazar.



© Giulio di Sturco/VII Menor

Una médica examina a un recién nacido en el campo de refugiados rohingya de Kutupalong, en Bangladesh.

A finales de año, MSF inició una campaña para exigir el fin de la violencia y en la que urgía al Gobierno de Bangladesh y al ACNUR a tomar medidas de protección de todos los refugiados.

#### Emergencia y nuevos proyectos

MSF asistió a 75.000 personas afectadas por el ciclón Aila en mayo, distribuyendo artículos de primera necesidad, reparando fuentes de agua y ofreciendo servicios de atención médica. MSF también abrió un programa de atención sanitaria en la región de Chittagong Hill Tracts al sureste del país, una zona que carece de servicios sanitarios, marcada por las tensiones étnicas. Los equipos también trabajaron en una clínica en Baghahat y ampliaron los servicios de atención básica a los centros de salud de ocho aldeas.

En 2010, MSF iniciará un nuevo programa de tratamiento del kala azar en el noreste del país. En Kamrangirchar, la concentración más grande de barrios marginales de la zona de Dhaka, la organización abrirá un nuevo proyecto de atención médica general y tratamiento de la desnutrición. La previsión es abrir varios centros de salud, dar apoyo a los centros existentes y organizar un sistema de atención domiciliaria para niños menores de 5 años con desnutrición severa.

**MSF trabaja en Bangladesh desde 1985.**

### Historia de R.

Refugiado rohingya en la clínica de MSF del campo de Kutupalong.

*“Pensaba que tenía un hogar en Bangladesh pero, tras dos meses de amenazas por parte de la gente con la que había convivido durante 15 años, me sentía triste y decidí venirme al campo de refugiados”.*



Cárcel de Phnom Penh, Camboya. Un recluso durante un control de TB.

# CAMBOYA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica **Personal en el terreno 143**

*MSF trabaja en Camboya desde 1979. Los mayores problemas de salud pública son el VIH/sida y la tuberculosis (TB). MSF, el primer proveedor de terapia antirretroviral (ARV) para el VIH, ha ayudado a mejorar la situación desarrollando pautas de tratamiento nacionales en colaboración con el Ministerio de Salud.*

**Un aumento sustancial de la financiación internacional ayudó a reforzar las medidas del gobierno destinadas a enfermedades prevalentes, lo que permitió a MSF reducir sus programas de VIH. Los equipos ahora se centran en el tratamiento de la TB en Kampong Cham, y en el control y tratamiento de la TB y el VIH en las cárceles.**

En Takeo y Siem Reap, MSF introdujo un nuevo modelo de atención que trata el VIH/sida como una enfermedad crónica, junto a la diabetes y la hipertensión. La iniciativa fue un éxito y los equipos pudieron traspasar estas actividades en junio.

En el hospital provincial de Kampong Cham, MSF traspasó la atención de pacientes VIH-positivos a las autoridades de salud y a contrapartes locales en marzo de 2009. Al mismo tiempo, los equipos ampliaron el programa de TB iniciado en septiembre de 2008, con una nueva sala de TB y apoyo técnico al laboratorio del hospital. La iniciativa se centra en pacientes con TB resistente a los medicamentos, niños y pacientes coinfectados con VIH, pero tiene por objetivo mejorar la detección de casos

y el acceso a la atención para todos los pacientes con TB.

En el hospital Khmer-Soviet Friendship (KSF) de Phnom Penh, MSF traspasó el tratamiento y seguimiento de pacientes en la sala de enfermedades infecciosas y transfirió a 3.600 pacientes VIH-positivos a las autoridades de salud, como preparación del traspaso oficial en marzo de 2010.

La gestión del VIH/sida y la TB en entornos cerrados como las cárceles es todo un reto. Desde 2007, MSF ha atendido a pacientes VIH-positivos en tres prisiones de Phnom Penh mediante clínicas móviles llevadas por el equipo del hospital KSF. Las actividades de asesoramiento y análisis voluntarios confidenciales se han ampliado con detección de casos de VIH y TB, y se ha mejorado el acceso a la atención, el tratamiento y el seguimiento de todos los reclusos en las tres prisiones. En la cárcel cercana a Kampong Cham, MSF ayudó a prestar atención sanitaria a todos los reclusos y a gestionar un programa nutricional de cinco meses para los que estaban gravemente desnutridos.

**MSF trabaja en Camboya desde 1979.**

# CHINA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Catástrofe natural  
**Personal en el terreno** 42

*El Ministerio de Salud chino estima que había unas 740.000 personas con VIH/sida en el país a finales de 2009.*

**Aunque el virus afecta a menos de un 1% de la población total, el ministerio advirtió que el VIH puede convertirse en una grave epidemia entre los grupos de alto riesgo. El estigma y la discriminación de las personas VIH-positivas siguen siendo importantes en China, lo que disuade a muchos de hacerse la prueba. Si la enfermedad no se diagnostica, el riesgo de contagio es mucho más alto.**

#### Atención y tratamiento de VIH

Oficialmente, las pruebas y el tratamiento de VIH son gratuitos en China, pero en la práctica, clínicas y hospitales a menudo cobran el tratamiento de las infecciones oportunistas asociadas a la enfermedad. Y si la gente no puede pagar, no tiene acceso al tratamiento.

Desde 2003, MSF gestiona un centro de VIH/sida en la ciudad de Nanning, junto con la Oficina de Salud Pública de Guangxi, que ofrece atención y tratamiento confidencial a grupos vulnerables, como consumidores de droga por vía

intravenosa, trabajadoras del sexo, homosexuales y trabajadores inmigrantes. El centro ofrece tratamiento gratuito en régimen ambulatorio y MSF sufragó el ingreso de los pacientes que lo requieren.

En 2009, MSF prestaba asistencia a más de 1.000 personas con VIH, de las que 900 recibían tratamiento antirretroviral de primera línea y 27 de segunda, al haber desarrollado resistencias al primer tratamiento. Los equipos realizaron más de 8.500 consultas. MSF también trabajó con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades chino en la creación de centros de asesoramiento y análisis voluntarios en Nanning. De las 4.300 personas que acudieron a ellos en 2009, 147 dieron positivo de VIH.

Este proyecto será traspasado a las autoridades chinas en octubre de 2010.

#### Apoyo de salud mental

En mayo de 2008, un terremoto de magnitud 8 sacudió la zona de Chengdu, en la provincia de Sichuan. Unas 80.000 personas murieron, 10 millones se quedaron sin hogar y muchas quedaron traumatizadas. De noviembre de 2008 a agosto de 2009, MSF dio apoyo psicológico a los damnificados y formó a trabajadores de salud mental, junto con la Academia de las Ciencias china y el Centro de Intervenciones en Crisis. Los equipos

realizaron visitas a domicilio y establecieron cinco centros de asesoramiento en Mianzhu y Beichuan, dos de las ciudades más afectadas por el seísmo. Se realizaron entre 6 y 20 consultas por paciente para ayudarles a recuperarse.

**MSF trabaja en China desde 1988.**

#### Chen

*Paciente de 35 años en la clínica de Nanning, supo que era VIH-positivo en 2006.*

*La noticia fue demoledora: "Cuando lo supe, creí que la vida ya no tenía sentido y no tenía ni idea de qué hacer", cuenta. Tras su diagnóstico, Chen fue referido al centro de MSF. "El asesor me ayudó a pensar de forma mucho más positiva. Me explicó que el VIH no es un mal que acaba con tu vida de inmediato y que, si sigues bien el tratamiento, puedes vivir muchos años". Sólo un amigo de su confianza sabe que Chen es seropositivo. "Ahora hay más información sobre el VIH/sida", añade. "Las cosas están mejorando, pero todavía queda un largo camino por recorrer antes de acabar con la discriminación".*



Nanning, China. Una médico examina a un paciente en un centro de tratamiento de VIH/sida de la ciudad.

# GEORGIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria • Personal en el terreno 85

*Cuando estalló el conflicto entre Rusia y Georgia en Ossetia del Sur en agosto de 2008, MSF puso en marcha un programa de apoyo a las personas desplazadas por la violencia en Georgia, que tenían poco o ningún acceso a la atención sanitaria.*



Abjasia, Georgia. Paciente en tratamiento de TB resistente a los medicamentos.

© Julie Diamond

En junio de 2009, con la disminución de las necesidades y la vuelta a casa de muchos de los desplazados, el programa llegó a su fin. MSF también trabajó para tratar la tuberculosis (TB) resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés) y la coinfección con el VIH.

Hasta junio de 2009, MSF ofreció en las ciudades de Tbilisi y Gori atención sanitaria y apoyo psicológico a personas que se habían visto obligadas a abandonar sus hogares. Se realizaron unas 10.000 consultas. La mayoría de las personas sufrían depresión, ansiedad, estrés postraumático y problemas psicológicos.

#### Éxito del tratamiento de TB

El Ministerio de Salud georgiano abrió un nuevo hospital de TB en Tbilisi en marzo de 2009. Esto, junto con un proyecto que empezó en 2008, conocido como Plan Nacional de Tuberculosis, reforzó la lucha contra la DR-TB en el país. Fue entonces cuando MSF empezó a traspasar su proyecto en Zugdidi al gobierno, proceso que está previsto que finalice en septiembre de 2010. En 2009 fueron admitidos más de 50 nuevos pacientes con DR-TB y un 80% de ellos se adhirió bien al tratamiento pese a los efectos secundarios. Esta tasa de éxito se debió a un enfoque de atención domiciliaria que los pacientes encontraron más fácil de seguir.

En Abjasia, MSF siguió dando apoyo al programa nacional de TB, ofreciendo tratamiento a pacientes con DR-TB y terapia antirretroviral a aquellos coinfectados con VIH. Este programa también será traspasado al programa nacional.

#### Programa móvil

Un programa de acceso a la salud para personas vulnerables en Abjasia, iniciado en 1993 y que en su momento contabilizó hasta 6.000 pacientes, también se redujo, puesto que el Ministerio de Salud se mostró dispuesto a asumir la responsabilidad. En 2009 se registraron en el programa unas 100 personas, principalmente confinadas en sus hogares y encamadas.

**MSF trabaja en Georgia desde 1993.**

## Nugzari

60 años, curado de TB resistente.

*“Tenía muchos efectos secundarios: no me tenía en pie y no salía de mi habitación por vergüenza. Quien no haya tomado esta medicación no puede imaginarse lo duro que es. Conocí a un hombre que enloqueció tomándola. Yo también solía perder la paciencia, mi esposa estaba muy preocupada por mí”.*

# INDIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria
- Catástrofe natural

Personal en el terreno 533

*Prestar atención sanitaria a una población de más de 1.000 millones de habitantes supone un gran reto para las autoridades de salud indias y hay enormes disparidades entre los servicios prestados en diferentes estados del país.*



Mumbai, India. Examen de una paciente con TB resistente a los medicamentos.

**En 2009, MSF respondió a epidemias y catástrofes naturales y trató enfermedades como la tuberculosis (TB) y el VIH/sida. Las zonas más pobres y remotas del país a menudo tienen estructuras de salud inadecuadas, una pobre infraestructura, bajos estándares sanitarios y falta de personal.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay tres millones de personas VIH-positivas en India. El Centro Antirretroviral de MSF en Mumbai ofrece atención a pacientes con VIH que requieren tratamientos aún no disponibles en el sector público, como por ejemplo, personas a las que la medicación habitual produce graves efectos secundarios o pacientes coinfectados con TB. En 2009, MSF ofreció terapia antirretroviral a más de 400 personas.

### Atención básica de salud

En el estado de Manipur, al noreste del país, donde la violencia política y social es habitual, MSF gestiona cuatro clínicas donde dispensa atención básica de salud, tratamiento y asesoramiento de VIH/sida y TB, y servicios de maternidad. En 2009, los equipos de MSF realizaron más de 40.600 consultas y trataron a mujeres embarazadas VIH-positivas para prevenir la transmisión del virus a sus hijos.

En el estado de Chhattisgar, decenas de miles de personas se vieron obligadas a desplazarse a campos del gobierno o a la

densa jungla del sur, a causa del conflicto entre los rebeldes maoístas y las fuerzas gubernamentales. MSF ofreció atención sanitaria a los desplazados en los campos y en otros asentamientos de la región de Andhra Pradesh, realizando más de 55.000 consultas.

En Jammu y Cachemira, MSF ofreció atención básica de salud y apoyo psicosocial a una población traumatizada por más de 20 años de violencia. MSF ha realizado actividades de sensibilización para concienciar sobre los problemas psicológicos, tratando en 2009 a más de 5.800 personas en su programa de salud mental. MSF también dio apoyo a seis clínicas en Kupwara, en las que llevó a cabo más de 20.500 consultas.

### Kala azar y desnutrición

En el distrito de Vaishali, estado de Bihar, MSF trató a más de 2.000 pacientes con kala azar, una enfermedad parasitaria que puede ser mortal. En el distrito de Darbhanga, los equipos atendieron a niños de 6 meses a 5 años afectados de desnutrición aguda.

### Respuesta a emergencias

En 2009, MSF asistió a los gobiernos de los estados de Meghalaya y Tripura en respuesta a varios brotes de meningitis. La organización también respondió a la emergencia por el ciclón Aila en el estado de Bengala Occidental, donde distribuyó artículos de primera necesidad y estableció un sistema de vigilancia médica en los

distritos más afectados para prevenir posibles brotes epidémicos. En octubre, MSF respondió a las inundaciones en Andhra Pradesh y distribuyó artículos de primera necesidad a 60.000 damnificados.

**MSF trabaja en India desde 1999.**

### Jukelha

*40 años, enferma de kala azar y madre de seis hijos.*

*“Estaba realmente enferma. Tenía fiebre, dolor y perdí el apetito. Pero, tras mi tercera dosis de tratamiento, empecé a sentirme mucho mejor. Cuando llegué, ni siquiera podía tenerme en pie. Mi madre tuvo que llevarme hasta el autobús. Soy de una aldea a unas siete millas y media de este centro de salud. Tengo que venir cada día para recibir el tratamiento. El personal de MSF me explicó lo de los insectos y la enfermedad. No sabía nada de esto, pero sé que otra gente cayó enferma en nuestra aldea. Nuestro vecino enfermó hace seis meses y también vino aquí para tratarse”.*

© Cristina De Middel

# INDONESIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Catástrofe natural **Personal en el terreno 11**

*MSF empezó a trabajar en Indonesia en octubre de 1995 para socorrer a las víctimas de un terremoto en Kerinci, Sumatra. MSF respondió a catástrofes naturales y epidemias, hasta que en marzo de 2009 se retiró del país al constatar la mejora de la capacidad nacional de respuesta a emergencias.*

Antes de su retirada, MSF había trabajado en toda Indonesia, incluidas antiguas zonas de conflicto como Aceh y Ambon. Los equipos ofrecieron atención y tratamiento de enfermedades como la malaria, la tuberculosis y el VIH/sida, atención médica general, cirugía, campañas de vacunación, programas de saneamiento y formación de personal.

Tras el tsunami que asoló el sureste asiático en 2004, MSF rehabilitó 28 estructuras de salud, realizó más de 40.000 consultas médicas y ofreció 2.000 sesiones individuales de asesoramiento psicológico.

En 2008 quedó claro que la capacidad del gobierno para gestionar emergencias había mejorado. Gran parte de los conflictos internos se habían resuelto o su intensidad había disminuido y una gran parte de los

desplazados había podido reasentarse. Por consiguiente, los proyectos de MSF fueron traspasados a autoridades y contrapartes locales, un proceso que se completó en marzo de 2009.

## **Terremoto en Sumatra**

El 30 de septiembre, un poderoso terremoto asoló la isla indonesia de Sumatra, dejando más de 1.000 muertos. MSF regresó temporalmente a la zona para dar asistencia médica y psicológica de emergencia a través de clínicas móviles y servicios de agua y saneamiento en algunas de las zonas rurales más olvidadas. Los equipos distribuyeron artículos de primera necesidad como kits de higiene, utensilios de cocina, mantas, esteras y lonas de plástico a 1.600 familias.

***MSF trabajó en Indonesia desde 1995.***



Personal de MSF cruzando una zona destruida por el terremoto que sacudió la isla de Sumatra en septiembre de 2009.

# KIRGUIZISTÁN

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 52

*La prevalencia de tuberculosis (TB) es de 20 a 30 veces mayor en las cárceles que entre la población general: cada año se registran 500 nuevos casos entre los reclusos, a pesar de las recientes reformas.*

**Alrededor de dos tercios de los infectados presentan formas de TB resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas en inglés) que requieren un tratamiento especialmente largo y difícil. En los últimos años, los equipos de MSF se han centrado en asegurar que los ex presidiarios puedan continuar su tratamiento una vez puestos en libertad.**

MSF trabaja con el Ministerio de Salud, las autoridades penitenciarias y organizaciones internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) para apoyar el tratamiento de TB en las cárceles. En 2009, los equipos trataron a más de 400 reclusos, 92 de ellos con DR-TB. Los equipos de MSF organizaron sesiones formativas, suministraron medicamentos, construyeron laboratorios y

rehabilitaron los hospitales penitenciarios y las dependencias de los internos.

Uno de los retos de la TB es la continuidad del tratamiento, ya que, si se interrumpe, hay riesgo de desarrollar resistencias a los medicamentos. En Kirguizistán, uno de cada tres presos con TB es puesto en libertad antes de completar el tratamiento. Fuera del sistema penitenciario, estas personas apenas suelen poder cubrir sus necesidades más básicas y no lo consideran prioritario; quizá ni tienen el dinero para ir hasta el centro de TB más cercano.

En 2007, MSF abrió una oficina de apoyo a ex reclusos en el sur del país. En 2009, trabajadores sociales y una red de voluntarios ayudaron a unos 100 de ellos a continuar el tratamiento mediante asesoramiento, suministro de alimentos y dinero para transporte.

En Bishkek, la capital, MSF organizó una exposición fotográfica sobre las condiciones de vida en las prisiones para concienciar sobre esta problemática, combatir la enfermedad y reducir el estigma en torno a ella.

El país dio un paso importante en la lucha contra la TB cuando su solicitud en la Novena Ronda del Fondo Mundial fue aprobada en 2009. En ella se incluía financiación para tratamientos de la TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés) y para la creación de sistemas que

ayuden a los ex reclusos con TB a terminar su tratamiento cuando salen de presidio. Esta ayuda económica se paralizó a causa de una auditoría y ahora la falta de fondos pone en peligro el adecuado suministro de medicamentos.

**MSF trabaja en Kirguizistán desde 2005.**

### Ruslan

*Ex recluso que tuvo DR-TB.*

*“Era como una pesadilla, no os podéis imaginar lo difícil que fue tomar esa medicación. Quieres dormir pero no puedes, estás mareado, tienes náuseas... vomitas, pero no te sientes mejor. Me tomaba los medicamentos aunque me encontraba fatal, pero mi antiguo compañero de celda no pudo seguir: los efectos secundarios eran demasiado para él. Fui puesto en libertad en mayo de 2008, justo a la mitad del tratamiento. Mientras estaba preso, los trabajadores sociales me explicaron cómo seguir el tratamiento en el sector civil. Cuando llegué al hospital, los médicos me miraron mal: ‘ex recluso... traficante de drogas’, decían. Pero con el tiempo y mi buen comportamiento, su actitud hacia mí cambió”.*



Un médico habla con un recluso enfermo de TB.



Un paciente con VIH es visitado por un miembro del personal también seropositivo y en tratamiento ARV.

# MYANMAR

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Exclusión de la atención sanitaria
- Catástrofe natural

Personal en el terreno 1.189

*El país se enfrenta a una crisis sanitaria, acentuada por enfermedades como la malaria, el VIH/sida y la tuberculosis (TB).*

**Myanmar destina un 0,3% de su PIB a sanidad, el porcentaje más bajo del mundo, y la ayuda internacional sigue siendo insuficiente, con sólo 3 dólares americanos por persona y año.**

Los proyectos de MSF proporcionan tratamiento antirretroviral (ARV) a personas con VIH/sida y tratan a enfermos de tuberculosis (TB) y malaria.

La malaria es una de las enfermedades que más vidas se cobra en Myanmar, por falta de acceso a diagnósticos y tratamientos efectivos y asequibles. En 2009, MSF trató a unas 160.000 personas en el estado de Rakhine.

La prevalencia de TB es también alta. Las últimas cifras oficiales hablan de 134.000 casos conocidos. La falta de fondos del programa nacional de TB a veces provoca cortes en el suministro de medicamentos. Esto a su vez causa interrupciones en el tratamiento de los pacientes, lo que aumenta sus resistencias a la medicación y reduce su eficacia. Durante el año, MSF siguió tratando a pacientes coinfectados con VIH y TB, y en julio inició en Yangon el primer programa de TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés) del país, junto con el Ministerio de Salud.

El VIH/sida mata a miles de personas en Myanmar por falta de tratamiento antirretroviral (ARV). De las 76.000 personas VIH-positivas del país, sólo 20.000 reciben tratamiento, mayoritariamente de manos de MSF. En los estados de Shan, Kachin y Rakhine, y en Yangon, la mayor ciudad del país, MSF gestiona 17 clínicas de VIH, 9 centros de salud y más de 30 puestos de malaria. MSF también ofrece tratamiento del VIH y la TB, así como atención sanitaria en zonas rurales y urbanas de los distritos de Dawei y Myiek, en el sur del país. Los programas ofrecen ayuda a 700.000 personas en situación vulnerable como trabajadores inmigrantes y pescadores. El año pasado, MSF ofreció tratamiento ARV a más de 14.300 personas.

En 2009, MSF siguió haciendo presión para conseguir una mayor respuesta a la crisis del VIH/sida por parte del gobierno y la comunidad internacional.

El programa de apoyo de salud mental a víctimas del ciclón Nargis de 2008 cerró en mayo, al disminuir las necesidades. Entre enero y mayo de 2009, 17.000 personas recibieron asesoramiento.

**MSF trabaja en Myanmar desde 1992.**

## Tin

*Madre de 29 años, es VIH-positiva y tiene TB, vive en Dawei.*

*Tin tardó un mes en conseguir un diagnóstico y tratamiento para la TB. Tras visitar dos clínicas privadas, fue a un centro de TB de MSF, donde recibió atención gratuita.*

*“Me sentía muy cansada y no podía trabajar”, explica. “Ahora mi madre cuida de mí y el asesor de MSF me visita regularmente. Tengo que ir a la clínica una vez al mes y, si ni puedo pagar el transporte, MSF me lo cubre. También me da comida como arroz, judías, sal y aceite. Me ayuda mucho, he ganado algo de peso y me encuentro mejor. Me hablaron de la TB y me dijeron que es muy importante que tome la medicación hasta el final. Cuando llegué a la clínica de MSF, examinaron a toda la familia para ver si tenían VIH o TB. Mi hijo de 4 años dio positivo de ambas enfermedades. Lleva dos meses tomando la medicación para la TB”.*

# NEPAL

MOTIVO DE INTERVENCIÓN • Conflicto armado Personal en el terreno 101

*Desde 2002, los equipos de MSF han prestado atención sanitaria a poblaciones afectadas por el conflicto entre el gobierno y el partido comunista de Nepal, que duró de 1996 hasta 2006, y por el resurgimiento de la violencia que acompañó a un caótico proceso de paz.*

**MSF trabajó allí donde la ayuda era más necesaria, sobre todo en materia de agua y saneamiento, y salud sexual y reproductiva.**

Aunque Nepal no ha llegado a una plena estabilidad política desde el proceso de paz, MSF se está retirando del país, puesto que tanto agencias gubernamentales como organizaciones de ayuda al desarrollo empiezan a adoptar un enfoque a más largo plazo para

cubrir las necesidades sanitarias de la población. La capacitación y la formación en el trabajo son, por lo tanto, objetivos clave de los proyectos que MSF sigue teniendo en el país.

Los equipos también trabajaron para aumentar el conocimiento sobre salud reproductiva y abogaron por un mejor acceso a servicios públicos de salud de buena calidad. A través de cuñas en la radio nacional y de educación a

nivel local, MSF abordó el problema del mal uso de la oxitocina. Este medicamento, utilizado para estimular las contracciones de parto, puede provocar muertes fetales y neonatales así como rupturas de útero, si no se usa de forma adecuada. Pueden administrarse pequeñas dosis de oxitocina cuando una embarazada sale de cuentas, pero en Nepal se suelen dar dosis elevadas para inducir partos y nacimientos en días considerados propicios.

En mayo, MSF traspasó sus programas en el montañoso y aislado distrito de Kalikot. Hasta entonces, MSF había ofrecido atención médica general, tratamiento de la tuberculosis y servicios de urgencias con especial atención a mujeres embarazadas y niños menores de 5 años. En 2009, MSF realizó más de 10.000 consultas y asistió 192 partos.

En diciembre, MSF traspasó su último programa en la región de Terai, donde ofrecía servicios médicos generales y de urgencia, atención materna y tratamiento a niños con desnutrición aguda. En las zonas de conflicto interno, MSF utilizó clínicas móviles, transfiriendo a los pacientes más graves a su centro en el hospital de distrito de Gaur. MSF atendió más de 10.000 consultas y más de 1.300 partos.

En las zonas donde ha trabajado, MSF deja un mejor nivel de atención materno-infantil y a personal mejor formado. Desde 2002, MSF realizó más de 30.000 consultas, 6.000 controles prenatales y trató a unos 2.000 niños desnutridos.

**MSF trabaja en Nepal desde 2002.**



Kalikot, Nepal. Un paciente con heridas en la mano recibe tratamiento.

## Ranjana

Mujer de 23 años.

*Su esposo la trajo al hospital de distrito de Gaur, de referencia para todo el distrito de Rautahat. Estaba de parto y presentaba complicaciones. Al examinarla, los médicos de MSF vieron que su útero se había roto. Ranjana había tomado oxitocina, un medicamento que en Nepal se vende sin receta para estimular las contracciones uterinas. Ranjana y su bebé sobrevivieron, pero ella perdió tanta sangre que necesitó una transfusión y tuvieron que extirparle el útero.*

# PAKISTÁN

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 819**

*En 2009 hubo una escalada de violencia en todo el país, con la intensificación de los enfrentamientos y los ataques a edificios civiles.*

Más de dos millones de personas se vieron obligadas a desplazarse por el conflicto en la provincia de la Frontera Noroeste y en las vecinas Áreas Tribales bajo administración federal. A pesar de las dificultades, MSF dio asistencia médica y humanitaria de emergencia a heridos y desplazados en más de 12 emplazamientos de ambos territorios. Los equipos también prestaron atención de salud materno-infantil en algunas de las zonas más pobres de la provincia de Baluchistán.

En febrero, dos sanitarios de MSF fueron asesinados cuando se dirigían en ambulancia a recoger a unos civiles heridos en el distrito de Swat, en la Frontera Noroeste. Este ataque directo y el aumento de las hostilidades hicieron que MSF se retirase de la zona. A finales de año, las restricciones de movimientos en Waziristán del Sur impidieron a los equipos prestar apoyo médico a las comunidades desplazadas por los enfrentamientos.

## Asistencia a desplazados

Las estructuras de salud de los distritos que acogían a familias desplazadas se vieron desbordadas por el flujo de pacientes, especialmente en el distrito de Mardan, donde se asentó cerca de un millón de desplazados por los combates en Swat. MSF prestó apoyo a hospitales de referencia, centros de salud y clínicas móviles. Sólo entre junio y septiembre, MSF prestó atención médica de emergencia a más de 3.200 personas, trató a 880 pacientes hospitalizados y realizó más de 16.000 consultas en Mardan. Durante la estación del cólera, MSF abrió cinco centros de tratamiento en la región y trató a 4.500 personas.

En los distritos de Bajo Dir, Charsadda y Peshawar, se realizaron 56.000 consultas de atención a desplazados. Los equipos de MSF también distribuyeron artículos de primera necesidad y tiendas de campaña entre miles de familias y prestaron servicios de agua y saneamiento en cinco campos que acogían a unos 23.000 desplazados.



Una madre y su hija en un campo de desplazados, tras huir de la violencia en Malakand.

## Atención médica a heridos

Durante el año, casi 5.300 heridos fueron atendidos en el servicio de urgencias del principal hospital de referencia de Bajo Dir, donde los equipos de MSF ven a una media de 4.000 pacientes al mes. MSF también dio apoyo al hospital de Dargai, en el distrito de Malakand, donde los equipos quirúrgicos realizaron más de 880 intervenciones junto con el personal del Ministerio de Salud. MSF también dio apoyo al hospital rural de Darband, en el distrito de Mansehra, y en junio de 2009, inició consultas en la vecina área tribal de Kala Dhaka, donde la leishmaniasis cutánea, una enfermedad parasitaria, es endémica. En la zona de Kurram Agency, MSF donó material médico a tres hospitales para atender a heridos de guerra y realizó más de 2.000 consultas pediátricas al mes en los hospitales de Alizai y Sadda.

## Mejorar la salud materno-infantil

Pakistán tiene una de las tasas de mortalidad materno-infantil más altas de la región. Las mujeres y los niños suelen ser los grupos más afectados por la escasez de personal médico y servicios de salud asequibles, sobre todo en áreas remotas. MSF intenta tener personal sanitario femenino en todos sus programas para poder atender a las mujeres. En la provincia de Baluchistán, MSF lleva a cabo un amplio programa de atención de salud materno-infantil. En Kuchlak, Chaman

y en los distritos de Nasirabad y Jafarabad, los equipos realizaron 18.000 controles prenatales, atendieron 4.000 partos y trataron a casi 5.000 niños desnutridos. En total, se realizaron 110.000 consultas de atención básica durante el año.

**MSF trabaja en Pakistán desde 2000.**

## Historia de P.

*Mujer desplazada por los enfrentamientos en Bajaur.*

*“Mi marido resultó muerto en un tiroteo. Estaba preparando la comida cuando una vecina me comunicó la noticia. Estaba muy preocupada por mis hijos. Quería irme, pero no sabía cómo ni a dónde ir, y las bombas no dejaban de caer. Al cabo de unos días, un vecino decidió acompañarnos. No cogimos nada de casa y nos fuimos con lo puesto. Caminamos un día y una noche hasta que encontramos a algunas familias que viajaban en camiones. Nos dieron pasaje y así llegamos a Peshawar”.*

# PAPÚA NUEVA GUINEA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 79**



© Nathalie Muffler

Lae, Papúa Nueva Guinea. Una trabajadora social habla en una comunidad sobre la violencia doméstica, que afecta especialmente a mujeres y niños.

*La población de Papúa Nueva Guinea está atrapada en un círculo vicioso de violencia. El rápido desarrollo del país en los últimos años ha agravado sin pretenderlo las tensiones existentes.*

**Las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables. Entre ellos se registra un gran número de violaciones y otras formas de violencia que requieren atención médica y apoyo psicosocial urgentes.**

Las enfermedades infecciosas también se cobran muchas vidas y existen graves problemas de salud pública por enfermedades endémicas como la malaria y la epidemia emergente del VIH/sida. Sin embargo, la provisión de atención sanitaria sigue siendo limitada.

En la ciudad costera de Lae, MSF trabajó con el Ministerio de Salud para atender a víctimas de violencia sexual y doméstica. MSF integró la atención psicológica a los servicios médicos, ofreciendo asesoramiento a más de 2.500 personas en 2009.

En la provincia de Southern Highlands, MSF dio apoyo al hospital de distrito de Tari para atender médica y psicológicamente a víctimas de violencia doméstica y otras agresiones. El equipo también gestionó los quirófanos y los

servicios de agua y saneamiento del hospital, y ofreció apoyo psicológico a pacientes de urgencias obstétricas.

En diciembre, el equipo expatriado tuvo que ser retirado tras recibir varias amenazas en el hospital de Tari. El personal nacional siguió trabajando con los médicos del Ministerio de Salud y a finales de año el personal internacional empezó a regresar. En total, se llevaron a cabo más de 650 consultas, incluidas más de 240 intervenciones de cirugía mayor y más de 150 sesiones de asesoramiento psicológico.

### **Cólera**

MSF abrió varios centros de emergencia para tratar el primer brote de cólera que afectaba a Papúa Nueva Guinea en 50 años. El equipo formó al personal hospitalario en la implementación de programas de cólera y el tratamiento de pacientes.

**MSF trabaja en Papúa Nueva Guinea desde 2007.**

# FILIPINAS

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
  - Catástrofe natural
- Personal en el terreno 76

La isla de Mindanao, en el sur de Filipinas, es el foco del conflicto armado entre las fuerzas gubernamentales filipinas y el Frente de Liberación Islámico Moro desde los años setenta. El verano de 2008, entre 400.000 y 500.000 personas huyeron de la violencia en la zona y, a pesar del anuncio de alto el fuego en julio del año pasado, unas 300.000 siguen sin volver a casa. El país apenas puede atender a esta cantidad de desplazados.

MSF dispuso atención médica, mediante clínicas móviles y apoyo a estructuras de salud, a unos 70.000 desplazados en cinco campos de la Región XII y la Región Autónoma del Mindanao Musulmán. Los equipos se centraron en ayudar a las personas más vulnerables o que no recibían atención adecuada en los centros médicos locales. Durante 2009, MSF realizó casi 43.000 consultas, 1.500 de ellas, de atención prenatal a mujeres embarazadas.

En marzo, el equipo inició un programa de salud mental para ayudar a las muchas personas que presentaban problemas psicológicos y síntomas psicósomáticos debidos al estrés. En colaboración con la unidad psiquiátrica del hospital de Cotabato en la región de Mindanao, MSF atendió a

pacientes con trastornos de salud mental. Más de 2.100 pacientes recibieron apoyo psicológico y tratamiento psiquiátrico.

### Catástrofes naturales

En septiembre y octubre del año pasado, varios tifones azotaron las Filipinas, causando daños e inundaciones en la capital, Manila, y sus alrededores, y en las islas septentrionales de Luzón.

En Manila, MSF ayudó a mejorar las condiciones de los campos de desplazados, construyendo letrinas y reforzando los servicios de agua y saneamiento. Los equipos utilizaron clínicas móviles para dar asistencia en los campos y sus alrededores, y se desplazaron en barca para llegar a las partes de la ciudad donde la gente se había quedado incomunicada por el agua. En total se realizaron 4.300 consultas.

En Luzón, MSF intervino en las provincias de Ilocos Norte, Cagayán, Pangasinán y Tarlac, donde realizó 3.400 consultas. En Rosales, el agua de las presas locales inundó y destruyó los alrededores. MSF distribuyó artículos de primera necesidad, lonas de plástico y kits de higiene y de construcción entre los damnificados. El equipo también asistió a las víctimas de los desprendimientos de tierra causados por las intensas lluvias en Benguet.

**MSF trabaja en Filipinas desde 2008.**



Manila, Filipinas. Un equipo de MSF registra a las personas en un campo temporal instalado tras varios tifones y tormentas tropicales.

## Ramón

Desplazado, 30 años.

*"Todo ocurrió muy deprisa. Fue aterrador. Me encontraba en casa cuando de repente oí explotar una bomba. Al principio no sabía qué estaba pasando, pero después me di cuenta de que la bomba había caído sobre mi casa. Fuera, todo el mundo corría y algunos me miraban de forma extraña. Me sentía muy cansado y tenía mucho dolor, así que me tumbé. Más tarde me contaron que estaba cubierto de sangre y que pensaban que había muerto, pero alguien me oyó latir el corazón y me trajeron al centro de salud. Tenía dos trozos de metralla en el estómago. Los médicos me refirieron al hospital general de Cotabato, donde estuve ingresado nueve días.*

*"Cuando regresé con mi familia, fui a la clínica móvil de MSF a por medicamentos. El médico me aconsejó ver a un psicólogo y así lo hice. Entonces fue cuando me di cuenta de que todavía estaba en estado de shock y que necesitaba ayuda. Ahora todavía me duelen las heridas y pienso a menudo en lo que he pasado, pero me siento mejor".*

# SRI LANKA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado Personal en el terreno 347



Campo de Menik Farm, Sri Lanka. Una enfermera atiende a personas desplazadas por la guerra entre las fuerzas esrilanquesas y los separatistas tameses.

*La guerra entre las fuerzas del gobierno y los separatistas Tigres de Liberación de la Tierra Tamil terminó a finales de mayo de 2009 tras décadas de conflicto.*

**En la fase final de la contienda, decenas de miles de civiles se encontraron atrapados en una estrecha franja de playa y selva al noreste del país, sin apenas acceso a atención sanitaria.**

En 2009, los equipos quirúrgicos de MSF trabajaron en hospitales del norte de Sri Lanka para atender a los que habían escapado de la zona de guerra. La organización también ayudó a suministrar agua limpia a unos 300.000 desplazados que se concentraban en campos del gobierno y proporcionó alimentación suplementaria a unas 10.000 personas desnutridas.

Desde mediados de abril hasta finales de mayo, miles de personas consiguieron escapar de la zona de conflicto. Muchas necesitaban

atención médica por las malas condiciones de vida y otras por heridas graves de metralla, bala y minas. Los hospitales admitían a tantos civiles como podían, pero estaban desbordados por el número de desplazados. El 21 de abril, en el hospital de Vavuniya se atendieron más de 400 personas en estado crítico en sólo 36 horas. Entre febrero y junio, MSF asistió a casi 4.000 heridos de guerra en total. Los equipos también atendieron a más de 60 pacientes con lesiones de médula espinal que necesitaban rehabilitación.

Muchos desplazados estaban desnutridos. En febrero, MSF empezó a hacer distribuciones diarias de alimentos suplementarios entre los grupos más vulnerables: niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, lactantes y ancianos. En agosto, en pleno pico de actividad, el programa nutricional llegó a más de 26.000 personas.

A finales de mayo, MSF fue autorizada a abrir un hospital de referencia de 160 camas con un quirófano inflable e instalaciones quirúrgicas en Vavuniya. El centro se montó al lado de los campos del gobierno en Menik Farm, donde había cientos de miles de desplazados por el conflicto. Entre mayo de 2009 y enero de 2010, el hospital registró

## Rajasekaran

29 años, casado con dos hijos.

*“Cuando los médicos me dijeron que no podría volver a andar, perdí la esperanza. Pasaba los días tumbado en la cama del hospital y me salieron unas llagas muy dolorosas por el roce que se me infectaron. Me daba vergüenza no poder controlar la vejiga y las deposiciones, depender totalmente de otros y no poder mantener a mi familia.*

*“Me registré en el programa de rehabilitación de MSF para pacientes con lesiones de médula espinal en noviembre y ahora ya no veo el futuro tan negro. Después de la fisioterapia, las curas y la medicación, ahora me muevo en silla de ruedas y puedo lavarme, vestirme e ir al lavabo solo. Espero seguir con mi trabajo de mecánico y aprender más inglés”.*

más de 4.200 ingresos. Los equipos realizaron más de 1.600 intervenciones quirúrgicas y más de 13.500 consultas, atendieron a 850 personas con heridas de guerra y ofrecieron apoyo psicológico por traumas relacionados con el conflicto a otras 200.

Hacia finales de año, la gente detenida en los campos del gobierno fue puesta en libertad y las necesidades médicas disminuyeron. Hacia finales de 2009, unas 100.000 personas seguían en los campos y las estructuras sanitarias gubernamentales podían ocuparse de ellas, por lo que el hospital de MSF redujo sus actividades hasta que cerró en enero de 2010.

Durante el año, la organización también prestó apoyo a los servicios de urgencias, cirugía y obstetricia del hospital del Ministerio de Salud en Point Pedro, en el distrito de Jaffna. Las necesidades sanitarias de este distrito en el extremo norte de la isla aumentaron en octubre, con el regreso de unas 70.000 personas desplazadas por la guerra. MSF atendió más de 2.000 urgencias, intervino a 1.300 pacientes y realizó 430 consultas psicológicas en este hospital.

**MSF trabaja en Sri Lanka desde 2007.**

# TAILANDIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 85**

*Durante décadas, Tailandia ha sido país de destino de migrantes económicos y solicitantes de asilo que huyen de la pobreza y la inestabilidad política.*

Desde 2001, hay cobertura de salud universal en el país, que incluye a trabajadores migrantes registrados, pero no a los sin papeles. Estas personas son más de tres cuartas partes del total de la población migrante y generalmente no pueden pagar la asistencia. MSF ayuda a este colectivo y da atención médica a desplazados y minorías étnicas marginadas.

### Actividades transfronterizas

MSF siguió apoyando a la población del estado de New Mon (Myanmar) en 2009. Esta zona semi autónoma birmana en la frontera con Tailandia tiene su propia autoridad sanitaria, pero carece de medicinas y equipamiento. La población, de la etnia mon, vive en pequeñas aldeas dispersas y aisladas. El programa de MSF se centra en el tratamiento y prevención de la malaria, endémica en la zona. Los equipos forman a promotores de salud de las aldeas y apoyan a centros de salud locales. En 2009, MSF distribuyó más de 1.400 mosquiteras y realizó 3.700 consultas.

En marzo de 2009 y en base a su experiencia en New Mon, MSF empezó a formar a personal de salud tailandés que trabaja en el remoto estado de Kayah, al este de Myanmar, cerca de la frontera con Tailandia. Este personal tiene

acceso directo a minorías étnicas aisladas que se esconden en la selva y no tienen acceso a atención sanitaria. MSF también donó tratamientos y kits de diagnóstico de malaria.

### Refugiados hmong

Tras cuatro años de trabajo en el campo de Huai Nam Khao con refugiados de la etnia hmong, MSF cesó sus actividades en mayo de 2009, después que el ejército tailandés intentara la repatriación forzosa de los refugiados a Laos. Para presionarles, los militares endurecieron las restricciones de atención médica y suministro de alimentos, lo que redujo la capacidad de asistencia de MSF.

La organización denunció repetidamente la política de repatriación forzosa de los gobiernos de Tailandia y Laos, y pidió la intercesión del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) para garantizar los derechos y la seguridad de los refugiados a su regreso a Laos.

Antes de irse, MSF había realizado 11.200 consultas, principalmente por infecciones respiratorias, diarreas e infecciones cutáneas, dado apoyo psicológico a los refugiados y llevado a cabo programas de planificación familiar e inmunización para mujeres embarazadas y niños.

Tras la partida de MSF, las actividades del campo fueron traspasadas a una ONG local con el apoyo de UNICEF. A finales de 2009, el Gobierno tailandés repatrió a la fuerza a más de 4.000 refugiados hmong, sin la participación del ACNUR.

### Traspaso del proyecto de VIH

2009 marcó el final de los proyectos de VIH/sida de MSF en el país, con el traspaso en julio de su último programa en Phang Nga, al sur de Tailandia.

**MSF trabaja en Tailandia desde 1976.**

### Historia de Y.H.

*Mujer hmong de 22 años.*

*Huyó a Tailandia en mayo de 2005, tras la muerte de cinco de sus primos y dos hermanas en varios ataques contra su familia en la jungla de la provincia laosiana de Xiengkhoang. Ahora vive con su marido y su hija de tres años en el campo de Huai Nam Khao.*

*“Viví toda mi vida en la jungla en Laos. Todo el tiempo nos perseguían soldados laosianos y vietnamitas. Mataban a familias enteras. A veces, los aviones tiraban bombas con un gas venenoso de color amarillo y corríamos a escondernos entre los árboles. Vi morir a mucha gente. Durante un ataque, una de mis hermanas menores respiró el gas venenoso y murió. Mi madre cargó con su cuerpo.*

*“Mi marido decidió que ya no podíamos quedarnos en la selva y teníamos que venir a Tailandia. Todo lo que teníamos cuando llegamos era el cuchillo hmong de mi esposo, que utilizaba para extraer raíces. Empezamos a recibir comida de MSF. Desde que huimos de Laos, nuestra vida ha mejorado porque siempre hemos tenido algo que llevarnos a la boca y no tenemos que escondernos de los ataques. Tengo miedo de que nos devuelvan a Laos. No quiero volver y que me maten. Todo el mundo dice que nos van a repatriar”.*



El campo de refugiados tailandés de Mae La, en la frontera con Myanmar, alberga a más de 30.000 refugiados.

# TURKMENISTÁN

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 57**

*Pese a ser un país rico en reservas de petróleo y gas, muchas personas carecen de acceso a atención sanitaria de calidad en Turkmenistán.*

**El gobierno promueve la adhesión a estándares de salud internacionales para dar una imagen de prosperidad, mientras los verdaderos problemas de salud pública quedan ocultos y los trabajadores sanitarios no pueden ofrecer la atención adecuada.**

Las autoridades de salud a menudo niegan la existencia del VIH/sida, y enfermedades transmisibles como la tuberculosis (TB) y las infecciones de transmisión sexual, cuya incidencia es relativamente alta, no reciben la debida atención en los centros de salud.

Desde 2004, MSF trabajó en el hospital del distrito de Magdanly, al este del país, dando apoyo a los servicios de pediatría y salud reproductiva, con más de 1.600 niños hospitalizados y más de 780 partos atendidos. Tras cubrir todos los objetivos posibles en este programa, MSF decidió darlo por finalizado en septiembre de 2009.

MSF había planificado abrir un nuevo proyecto para pacientes de TB coinfectados con VIH y con TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB por sus siglas en inglés). Las negociaciones, iniciadas en verano de 2008, fueron infructuosas hasta finales de 2009. MSF no obtuvo permiso para poner en marcha su programa, a pesar de que no hay otros similares en Turkmenistán y de que las tasas de TB resistente a los medicamentos son comparativamente altas. En vista de las circunstancias, MSF puso fin a su presencia operacional en el país en septiembre de 2009, aunque con el compromiso de reanudar sus actividades en cuanto se llegue a un acuerdo.

**MSF trabaja en Turkmenistán desde 1999.**

# UZBEKISTÁN

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Enfermedad endémica/epidémica **Personal en el terreno 95**

*La prevalencia de tuberculosis (TB) en Uzbekistán es una de las más elevadas del mundo.*

**Esto es especialmente evidente en la República Autónoma de Karakalpakstán, al noroeste del país.**

El proyecto de MSF en esta región observa altas tasas de TB resistente a los medicamentos (DR-TB por sus siglas

en inglés), pero sólo organizaciones internacionales como MSF ofrecen los métodos diagnósticos y los tratamientos apropiados. En 2009, el equipo se centró en mejorar el control de la infección y en dar asistencia y tratamiento. Sin embargo, sigue siendo preocupante la alta proporción de pacientes que no completan el programa de tratamiento de DR-TB, que es largo y con duros efectos secundarios.

La experiencia de MSF en Uzbekistán pone de manifiesto la insuficiencia de los métodos diagnósticos y tratamientos actuales para tratar la DR-TB de forma adecuada. En varias ocasiones, MSF ha apelado a gobiernos y organizaciones internacionales para que aumenten la investigación y desarrollo en este campo. Por su parte, el programa nacional de TB uzbeko ha admitido que no puede asumir esta epidemia por sí solo.

En colaboración con el Ministerio de Salud, MSF empezará en 2010 a establecer servicios de atención integral de TB, ofreciendo diagnóstico y tratamiento a todos los pacientes en todos los distritos de Karakalpakstán.

**MSF trabaja en Uzbekistán desde 1997.**



© Donald Weber

Nukus, Uzbekistán. Un médico muestra la dosis diaria de medicación necesaria para tratar la TB multirresistente.



© Mads Nissen

Hospital San Francisco de Asís, Colombia. Carmen, de 31 años, y su marido Moyses cuidan de su hijo recién nacido.

- 58 BOLIVIA
- 59 BRASIL
- 60 COLOMBIA
- 61 GUATEMALA
- 62 HAITÍ
- 64 HONDURAS

# AMÉRICA



Una enfermera le hace la prueba del Chagas a una niña.

© Anna Surnyach

# BOLIVIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Enfermedad endémica/epidémica
- Personal en el terreno 36

*Cien años después del descubrimiento del Chagas, una enfermedad parasitaria potencialmente mortal, el acceso a diagnóstico y tratamiento es todavía limitado en Bolivia y apenas se ofrece tratamiento a mayores de 15 años.*

**MSF trata tanto a adultos como a niños y aboga por un mayor acceso a tratamiento en el país. En 2009, MSF lanzó una campaña bajo el lema 'Romper el silencio', en la que apelaba a los gobiernos de todos los países endémicos de Chagas a combatir la enfermedad.**

En octubre de 2009, MSF empezó a trabajar en el departamento de Cochabamba rural, una de las zonas de Bolivia con mayores tasas de Chagas. Los equipos trabajan con las comunidades rurales en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. De los 700 adultos y niños a quienes se hicieron las pruebas, más de 300 dieron positivo de Chagas. Dos tercios de ellos completaron con éxito el tratamiento de 60 días de duración.

En Cochabamba la presencia de vinchucas, el insecto transmisor del parásito, es muy elevada. MSF está trabajando para aplicar una nueva estrategia de control del insecto y sensibilizando a la población sobre los posibles riesgos.

MSF también apoya un programa en la capital del departamento de Cochabamba, en colaboración con el Ministerio de Salud, para integrar la atención de pacientes de Chagas en el sistema nacional de salud.

**MSF trabaja en Bolivia desde 1986.**

## Laura

39 años, ciudad de Cochabamba.

*Cuando hace siete años supo que tenía la enfermedad de Chagas, el parásito ya había causado daños irreversibles a su corazón y necesitaba un marcapasos. "Apenas podía andar una manzana sin cansarme. Fui al médico, me hizo un análisis de sangre y un chequeo completo. Entonces supe que tenía Chagas. Desde ese momento no pude dejar de pensar en la enfermedad. Fui a MSF y el doctor me dijo que era demasiado tarde para recibir tratamiento. Mi única opción era ponerme un marcapasos".*

# BRASIL

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Violencia social/exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 51**

*Unas 170.000 personas viven en Complexo do Alemão, un conglomerado de 11 comunidades pobres en Río de Janeiro. Como otros cientos de barrios marginales de la capital brasileña, está controlado por bandas fuertemente armadas que trafican con drogas.*

**En cualquier momento y en cualquier lugar pueden estallar violentos enfrentamientos por incursiones policiales o luchas entre grupos rivales. Además de las heridas físicas, la violencia también deja secuelas psicológicas. MSF ofreció atención médica de urgencia y apoyo psicológico en Complexo do Alemão desde 2007 a finales de 2009, cuando traspasó sus actividades a una organización local.**

Tras una sucesión de enfrentamientos entre fuerzas policiales y bandas armadas, que dejaron a la gente del barrio atrapada entre dos fuegos y sin acceso a atención médica de urgencia, MSF abrió un proyecto en Complexo do Alemão en 2007. Incluso en tiempos de paz, las ambulancias no entran en los barrios marginales, dejando a sus vecinos sin asistencia vital. El proyecto de MSF tenía por objetivo prestar una muy necesaria ayuda dentro de la comunidad, que no disponía de ningún servicio sanitario ni siquiera en los momentos más conflictivos. Para poder socorrer y referir a los pacientes, MSF

convirtió una furgoneta, lo bastante estrecha para pasar por los callejones y controles de carretera, en una ambulancia con lo más básico. En dos años, MSF realizó 19.000 consultas médicas y atendió 650 urgencias con esta ambulancia a medida.

Trabajando en la comunidad, los equipos de MSF observaron la faceta menos visible de la violencia: las cicatrices psicológicas que deja tanto en adultos como en niños. Aunque los servicios de salud mental formaban parte del proyecto desde el principio, se convirtieron en un componente crucial del mismo. Un equipo de psicólogos realizó consultas individuales para ayudar a las personas a afrontar su situación. Por primera vez en su vida, muchos pudieron expresar su sufrimiento en un entorno profesional y confidencial.

Entre 2007 y 2009, MSF realizó más de 3.000 consultas psicológicas. Problemas psicosomáticos, depresión y ansiedad son los síntomas más frecuentes en adultos, mientras

que agresividad, problemas de conducta y trastornos del aprendizaje son más comunes entre los niños. La mitad de los pacientes vistos por MSF tenía una historia de violencia que contar; más de una tercera parte había vivido una situación de conflicto y uno de cada cinco reportó el asesinato de un familiar.

MSF puso fin a sus actividades en Complexo do Alemão a finales de 2009. Con la disminución de los enfrentamientos violentos en la comunidad y la creación de nuevos servicios de salud en una zona cercana y accesible a todos los residentes, los servicios de urgencias de MSF dejaron de ser necesarios. Hacia finales de 2009, se iniciaron negociaciones con una organización local a la que se traspasó la gestión de los servicios establecidos por MSF, asegurando la continuidad de la atención médica y psicológica en Complexo do Alemão.

**MSF trabaja en Brasil desde 1991.**



Complexo do Alemão es un barrio pobre de Río controlado por bandas armadas. MSF da apoyo a la población atrapada por la violencia.

## Historia de B.

Paciente en la clínica de MSF.

*“Mi hermano fue asesinado en la comunidad cuando tenía 16 años y desde entonces sufre una depresión. Había días en los que no quería salir de casa, no quería hablar con nadie, me aislaba completamente. En dos ocasiones quise quitarme la vida. Luego perdí a mi hija en un accidente. Sólo quería morirme. Durante una de estas crisis, me enteré de que en la clínica había psicólogos y es así como pude encontrar el apoyo que necesitaba para seguir viviendo”.*

© David Pritchard

# COLOMBIA

*El conflicto entre grupos armados y fuerzas gubernamentales asola Colombia desde hace 40 años.*

**Grupos paramilitares supuestamente desmovilizados han resurgido en muchas zonas del país. Muchas personas se trasladan de las zonas rurales a las ciudades para escapar de la violencia, pero acaban viviendo en la pobreza y con poco acceso a la atención sanitaria. MSF ofrece asistencia médica a personas afectadas por el conflicto, tratamiento de la enfermedad de Chagas y atención de salud materna.**

#### Conflicto

El conflicto armado aumentó en el departamento de Nariño. Según cifras oficiales, hubo 12.000 desplazados entre enero y septiembre, lo que superó la capacidad nacional de respuesta. Los equipos de MSF trabajaron para mejorar el acceso a la atención sanitaria de las personas afectadas por el conflicto y atender a los desplazados, realizando más de 5.000 consultas médicas.

#### Salud materna

En el departamento de Chocó, MSF atendió más de 2.600 partos en el principal hospital de Quibdó, la capital, en 2009. Este centro es el hospital de referencia para casos obstétricos complicados y un 60% de los partos atendidos fueron por cesárea. MSF también formó al personal del hospital y suministró equipamiento médico. En zonas rurales, los equipos montaron puestos fijos de salud para complementar la asistencia prestada en las clínicas móviles. Al mantener una presencia regular en aldeas aisladas, MSF puede ofrecer una atención médica de mejor calidad, mejorar el seguimiento de los pacientes y estabilizar los casos urgentes antes de referirlos al hospital. En total, se realizaron 6.300 consultas.

#### Respuesta de emergencia

En el municipio de Tumaco, al suroeste de Colombia, el río Mira se desbordó en febrero de 2009 y afectó a unas 30.000 personas. Un equipo de MSF prestó atención sanitaria de emergencia en las zonas más aisladas y suministró medicamentos al hospital principal de la ciudad de Tumaco.

En 2007, MSF abrió un centro de urgencias en el barrio marginal de Buenaventura, en

#### MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Exclusión de la atención sanitaria
- Catástrofe natural

#### Personal en el terreno 327

respuesta a un aumento de la violencia. A medida que la situación se fue normalizando, el centro amplió sus servicios para cubrir las necesidades de atención primaria y se complementó con una clínica móvil. En 2009 la demanda disminuyó y cesó el servicio móvil, centrándose las actividades en el centro de salud, que en 2010 puede ser reubicado a otra zona donde las necesidades son mayores.

#### Asistencia médica

MSF tiene un servicio de ambulancias fluviales que cubre las aldeas ribereñas de los ríos San Juan y Baudo, en Chocó. En diciembre, el puesto fijo de salud y las clínicas móviles del río San Juan se traspasaron al municipio y las actividades de MSF se centraron en las aldeas a orillas del río Baudo. En 2009 se realizaron más de 14.500 consultas.

En el departamento de Norte de Santander, MSF realizó más de 6.300 consultas en dos clínicas y varias clínicas móviles rurales, donde ofreció atención de salud sexual y reproductiva, apoyo de salud mental y asistencia médica a víctimas de violencia sexual. Cerca de la zona de Bajo Atrato, MSF también ofreció atención sanitaria y vigilancia nutricional a una comunidad aislada y vulnerable. MSF



Una niña sentada en una camilla de reconocimiento tras curarle una herida.

traspasó en 2009 el centro de salud mental que gestionaba en Florencia, la capital del departamento de Caquetá, aunque los equipos siguen realizando consultas y apoyo de salud mental en cabeceras municipales y zonas rurales.

MSF realizó más de 8.000 consultas médicas, psicológicas y de promoción de la salud en los departamentos de Cauca y Putumayo. MSF dio apoyo a la red sanitaria en ambos departamentos, formando al personal, suministrando material y renovando estructuras. A finales de año, MSF traspasó sus actividades en Cauca a las autoridades locales.

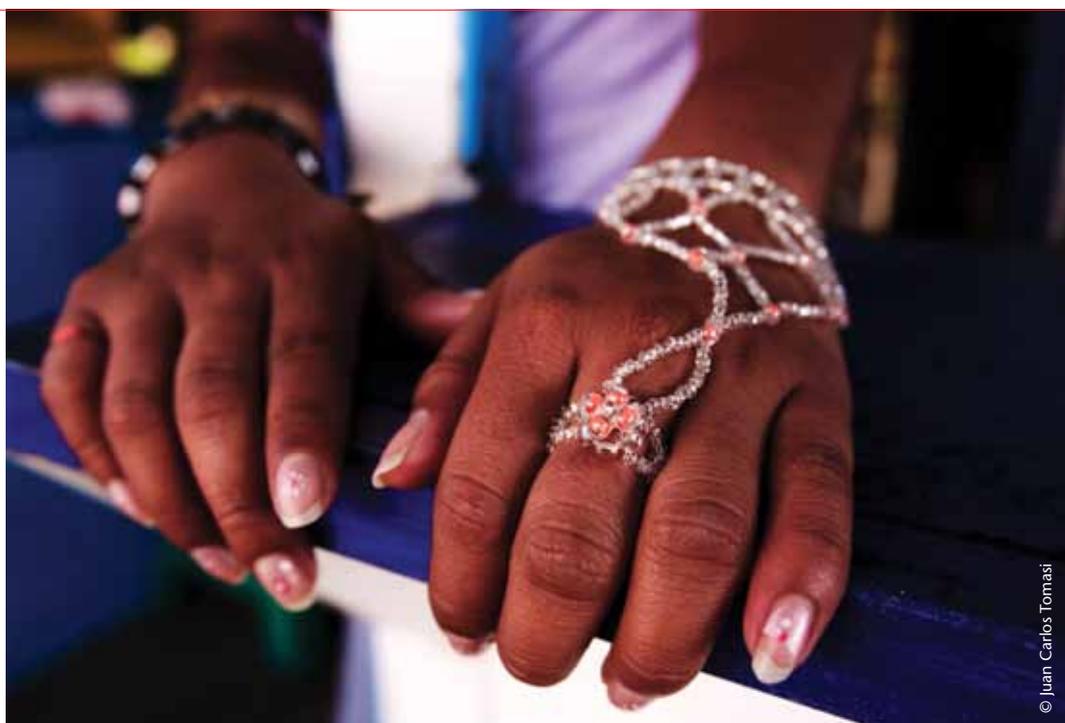
La enfermedad de Chagas es endémica en muchos países de Latinoamérica. Si no se trata, puede causar graves problemas de salud y la muerte. El departamento de Arauca, al noreste de Colombia, en la frontera con Venezuela, registra una de las tasas de Chagas más altas del país, con aproximadamente un 8% de la comunidad infectada. MSF realizó casi 15.000 consultas a través de clínicas móviles en zonas rurales y urbanas en 2009.

**MSF trabaja en Colombia desde 1985.**

## Manuel

40 años, tendero en una zona rural del distrito de Nariño.

*"La vida aquí es tranquila, no pasa nada inusual. Hace unos meses, llegaron hombres de uniforme buscando a un criminal que pensaban se escondía en el distrito. Entraron en las casas abriendo las puertas a patadas y obligando a las personas a salir. Todo el mundo tenía mucho miedo, nadie entendía qué estaba pasando. Me cogieron y me llevaron al monte porque pensaban que yo colaboraba con el criminal. Me amenazaron con un arma y después con una motosierra para obligarme a hablar. No recuerdo cuánto tiempo estuve retenido, no podía hacerles entender que no sabía nada. Cuando me pusieron en libertad, me fui de la zona por miedo. Casi todos nosotros huímos, pero ¿qué podíamos hacer lejos de nuestra tierra? Algunas personas volvieron, pero yo no podía, estaba aterrorizado. Luego, cuando vi que venía MSF, regresé y pude hablar de mi experiencia con ellos".*



© Juan Carlos Tomasi

La violencia sexual es un grave problema en Guatemala, con 10.000 violaciones registradas en 2009.

# GUATEMALA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 33**

*Según el Banco Mundial, cerca de un 51% de guatemaltecos viven con menos de 2 dólares americanos al día y un 15% con menos de 1 dólar diario.*

**Los indicadores de desarrollo social del país, como la mortalidad infantil, la desnutrición infantil crónica y el analfabetismo están entre los peores del hemisferio occidental. A todo ello se añaden los altos niveles de violencia y delincuencia, con una media de 20 asesinatos diarios y 10.000 violaciones reportadas al Ministerio de Justicia en 2009.**

En este contexto, a las autoridades nacionales les quedan pocos recursos para atender a las víctimas de violencia sexual. En 2007, MSF inició un programa para dar este tipo de cobertura en Ciudad de Guatemala, la capital. El centro ahora dispensa asistencia médica y psicológica a 100 nuevos pacientes al mes. Mediante actividades informativas y educativas, los equipos hacen que las autoridades, la comunidad médica y el público guatemalteco tomen conciencia de que la violencia sexual es una urgencia médica y que tiene un tratamiento específico.

MSF trabaja en clínicas de los dos barrios más violentos de la capital, da apoyo al principal hospital de referencia y gestiona clínicas móviles. Como resultado de las campañas educativas locales y de las acciones de presión a nivel nacional, los servicios de MSF se han

integrado con éxito en el sistema público de salud. Ahora falta convencer a la gente de que vaya a la clínica lo antes posible tras una agresión sexual. Muchos tratamientos, como la profilaxis del VIH, sólo son efectivos si se administran en las primeras 72 horas tras la agresión. Aunque las personas agredidas por desconocidos suelen acudir al médico antes, las víctimas de violencia sexual intrafamiliar no van hasta mucho más tarde.

**MSF trabaja en Guatemala desde 1984.**

## María

*Fue secuestrada y violada por una banda de delincuentes en Ciudad de Guatemala. Consiguió escapar y llegó en estado de shock a la clínica de MSF. "Estaba aterrorizada, no quería vivir," explicó. "MSF me dio unos comprimidos para protegerme del VIH e inyecciones para prevenir otras enfermedades de transmisión sexual". Los psicólogos también ayudaron a María a encontrar los recursos para afrontar el trauma.*

# HAITÍ

*Con la elección de un nuevo gobierno en 2006, Haití alcanzó una cierta estabilidad política. Sin embargo, 2009 se caracterizó por la subida de precios de los alimentos, el desempleo crónico y un sistema sanitario disfuncional.*

Los habitantes de los barrios marginales de la capital, Puerto Príncipe, siguieron viviendo en condiciones deplorables. Haití tiene la mayor tasa de mortalidad materna del hemisferio occidental (67 muertes por cada 10.000 nacidos vivos). La pobreza, junto a un sistema de salud mayoritariamente privatizado, deja sin acceso a servicios de salud materna a las mujeres de los barrios más desfavorecidos. MSF era uno de los principales proveedores de atención sanitaria en la capital haitiana antes del terremoto de enero de 2010, donde prestaba servicios obstétricos y de urgencias.

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** •Violencia social/exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 849**

## Salud de la mujer

En 2009, un aumento del número de nacimientos hizo que MSF trasladase su maternidad en Puerto Príncipe a una estructura más grande llamada Solidarité. Para evitar la duplicación de servicios con el sistema público, MSF se centró en los partos complicados y refería los normales a los centros públicos de salud. MSF también realizó controles prenatales en tres barrios de la ciudad, con unas 1.500 consultas al mes. Desde que se puso en marcha el programa obstétrico de urgencia en 2006, se han asistido más de 40.000 partos, lo que indica la gran necesidad de este tipo de atención en estos barrios.

## Atención de urgencias

MSF tiene un centro de urgencias en Martissant, uno de los suburbios más pobres de Puerto Príncipe, donde viven 400.000 personas. El proyecto fue creado en 2006 para responder a las necesidades médicas derivadas del alto nivel de violencia armada en la zona. Hoy día, aunque la violencia armada ha disminuido, las necesidades médicas siguen siendo enormes. En 2009, los equipos de MSF realizaron más de 97.000 consultas médicas a casi 48.000 pacientes. Más de un 60% de los nuevos casos presentaban traumatismos, por ejemplo, por accidentes de tráfico, y un 10% eran heridos por causa violenta.

Los pacientes graves eran estabilizados en Martissant y los que necesitaban cirugía o tratamiento especializado eran referidos a otras estructuras médicas, incluidas las de MSF en Puerto Príncipe: la maternidad Solidarité y el centro de urgencias de Trinité. Las referencias a las estructuras médicas públicas eran difíciles porque la falta de personal, la deficiente organización y el elevado coste de los servicios dejaba a muchos pacientes sin la atención médica que necesitaban con urgencia. Para aumentar la capacidad del centro de urgencias de Martissant, el número de camas del centro pasó de 13 a 35 y también se hicieron estancias hospitalarias cortas.

MSF dispensó asistencia integral en el centro de urgencias de Trinité, con capacidad para 75 camas. El equipo introdujo la técnica de fijación interna para fracturas, que permite dar el alta a los pacientes en unas dos semanas. Entonces son referidos al centro de rehabilitación de Pacot para fisioterapia y seguimiento. En 2009, casi 10.000 pacientes fueron atendidos y más de 4.260 fueron intervenidos en el centro de urgencias de Trinité.

**MSF trabaja en Haití desde 1991.**



Puerto Príncipe, Haití. Una enfermera de MSF atiende a un bebé prematuro en la maternidad Solidarité.

# HAITÍ: RESPUESTA AL TERREMOTO DE 2010

*Cuando llegaron las primeras informaciones sobre el terremoto que asoló Haití el 12 de enero de 2010, en pocas horas se hicieron patentes sus devastadoras consecuencias. MSF, que ya estaba presente en el país, lanzó la mayor intervención de emergencia de su historia.*

**MSF trabaja en Haití desde 1991. Hasta el 12 de enero, la organización gestionaba tres proyectos –una maternidad, un centro de urgencias y rehabilitación, y un programa de estabilización de emergencia–, todos necesarios por el impacto acumulado de décadas de violencia e inestabilidad, en un país con limitadas capacidades médicas y estatales. La vida en Haití ya era precaria, pero el terremoto creó una situación sin precedentes. En pocos minutos, cientos de miles de personas murieron o fueron heridas, y millones se quedaron sin hogar. Las organizaciones que normalmente hubiesen coordinado la respuesta a la catástrofe – el Gobierno haitiano y la ONU– estaban seriamente dañadas.**

Mientras tanto, cientos de miles de personas necesitaban ayuda urgente. La Dra. Jeanne Cabeza, coordinadora médica de MSF en Haití, escribió: “Cinco minutos después del terremoto, la gente empezó a llamar a la puerta”. Lo que empezó como un goteo de pacientes, de repente se transformó en un diluvio. “A las pocas horas, había cientos de personas que necesitaban cirugía”, añade la doctora.

Ella y sus compañeros trabajaron toda la noche atendiendo aplastamientos, fracturas, contusiones y otras heridas. Se dispuso asistencia en patios y calles delante de las estructuras de MSF parcialmente derruidas. Los faros de los coches servían para iluminar las curas, se colgaron lonas de los árboles, y un viejo contenedor, que había servido de farmacia, fue convertido en quirófano. El personal veterano de MSF lo comparó con operar en zonas de guerra, cuando se acumulan los heridos.



Una paciente con las dos piernas fracturadas es atendida en el exterior del hospital de Carrefour, parcialmente derruido durante el terremoto.

Al mismo tiempo, las oficinas de MSF en todo el mundo se movilizaban para lanzar lo que el Dr. Greg Elder, director adjunto de operaciones para Haití, describió más tarde como “la respuesta más unánime de MSF”. No se tardó mucho en enviar personal, medicamentos, material médico e incluso un hospital inflable a la zona. Cuando la congestión del aeropuerto de Puerto Príncipe retrasó las llegadas, MSF redirigió sus suministros a través de la República Dominicana y presionó a los organismos de coordinación aérea para que diesen prioridad a los cargos con equipamiento médico de emergencia, cosa que hicieron al cabo de unos días.

En una semana, MSF envió más de 250 toneladas métricas de material médico y logístico a Haití, y la semana siguiente, 260 más. En total, durante las siete primeras semanas, se expidieron por aire, mar y tierra casi 1.200 toneladas de suministros. Para su despliegue, hubo que reforzar el personal médico y logístico en Haití. Antes del terremoto, había 800 trabajadores en los proyectos de MSF, la gran mayoría, haitianos; a finales de febrero, superaban los 3.300. En total, cuatro meses después del terremoto, MSF gestionaba 20 estructuras médicas, varias clínicas móviles y 15 quirófanos. Los equipos habían atendido a unos 137.000 pacientes, operado a más de 7.600, distribuido unas 28.000 tiendas y 40.000 kits de higiene y de cocina, y realizado casi 70.000 consultas de salud mental.

Antes del seísmo, el sistema nacional de salud era muy deficiente, y ahora es todavía peor. El número de heridos se estima entre 200.000 y 300.000, por lo que MSF seguirá respondiendo a las necesidades inmediatas y planificando actividades futuras. “Más de un millón de personas todavía viven en condiciones deplorables, en tiendas o bajo lonas de plástico, sin una idea clara de qué les deparan los próximos meses”, afirmaba en mayo Stefano Zannini, jefe de misión de MSF en Haití. “Mientras tanto, las lluvias se intensifican, inundando varias veces por semana los asentamientos donde viven los damnificados”.

Está claro que MSF va a quedarse en Haití al menos 18 meses más. Después puede que haya más vacíos en la provisión de ayuda que requieran una presencia a más largo plazo. El compromiso con Haití es muy amplio, teniendo en cuenta los estándares generales de la organización. A modo orientativo, MSF multiplicó sus actividades por cinco tras el terremoto y en 2011 seguirá habiendo tres veces más trabajo que antes de la catástrofe.

Por último, queremos rendir tributo a los siete trabajadores haitianos de MSF que perecieron en el terremoto, y a aquellos que resultaron heridos o perdieron a familiares. Su valentía y compromiso serán siempre recordados.

# HONDURAS

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado • Violencia social/exclusión de la atención sanitaria **Personal en el terreno 41**

*Los jóvenes sin techo que viven en las calles de Tegucigalpa, la capital, son muy vulnerables. Viven en condiciones peligrosas, a menudo son víctimas de actos violentos y tienen poco o ningún acceso a la atención sanitaria. En 2009, más de 500 personas menores de 24 años sin hogar fueron asesinadas.*

MSF gestiona un centro terapéutico de día en Comayagüela, una de las zonas más pobres de la ciudad, donde ofrece apoyo médico, psicológico y social. En 2009, el centro vio a una media de 220 jóvenes de forma regular y el equipo registró más de 8.000 visitas terapéuticas, con más de 2.000 intervenciones médicas. Los principales problemas fueron infecciones respiratorias y cutáneas, problemas dentales, heridas de origen violento y VIH/sida.

En 2009, MSF refirió a 37 personas con depresión, episodios psicóticos, síndromes de abstinencia por la retirada de drogas o alcohol, o intentos de suicidio a varios hospitales.

El equipo también puso en marcha un nuevo modelo de atención a personas dependientes de las drogas o el alcohol. El servicio les ayuda a enfrentarse a su adicción, lo que suele ser el primer paso hacia la recuperación.

## María

*Tenía siete años cuando fue violada. A los ocho años, se escapó de casa. Desde entonces, ha estado en centros de detención de menores 18 veces, ha trabajado como prostituta y era adicta al alcohol y a las drogas. Sin embargo, desde que empezó en el centro de día, nunca se ha saltado una sola sesión y ha dejado de consumir drogas y alcohol. "Cuando dejas las drogas, empiezas a tener responsabilidades. No basta con sentarse y autocompadecerse". Con el apoyo del psicólogo de MSF, María ahora está más estable.*

**MSF trabaja en Honduras desde 1998.**



Tegucigalpa, Honduras. Dos jóvenes sin techo durmiendo en la calle.



© Yuri Kozyrev / Noor

Isla de Lesbos, Grecia. Los migrantes indocumentados, muchos huidos de regiones inestables como Afganistán, Irak, Somalia y los territorios palestinos, viven en condiciones muy precarias.

66 FRANCIA

67 GRECIA

68 ITALIA

69 MALTA

69 MOLDAVIA

70 FEDERACIÓN RUSA

70 SUIZA

71 UCRANIA

72 IRÁN

72 IRAK

74 LÍBANO

75 TERRITORIOS PALESTINOS

76 SIRIA

76 YEMEN

# EUROPA Y ORIENTE MEDIO

# FRANCIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 11

*Solicitantes de asilo y personas no francófonas tienen problemas de acceso a atención médica y psicológica en el país.*

**Muchos migrantes han escapado de la violencia y las privaciones en sus países de origen para encontrarse sin techo y en la indigencia en Francia. Los solicitantes de asilo indocumentados son extremadamente vulnerables y pueden padecer trastornos psicológicos a causa de las estresantes experiencias vividas. En 2009, MSF siguió dando asistencia médica y apoyo psicosocial a este colectivo.**

MSF gestiona en París un centro donde ofrece apoyo psicológico a personas en situación vulnerable, llegadas a Francia en busca de asilo y protección. Las dificultades de los solicitantes

de asilo para acceder a atención y servicios de apoyo psicológico incluyen su propia situación irregular por no tener papeles, la barrera idiomática y su estado de salud mental.

La atención psicológica se complementa con atención médica y con referencias y asesoramiento legal. Desde que se abrió el centro en 2007, más de 690 personas han sido atendidas y se han realizado más de 11.000 consultas. La psicoterapia es esencial cuando la salud mental se deteriora: de los pacientes que acudieron al centro, un 41% reportó haber tenido pensamientos suicidas.

### Atención sanitaria en la isla de Mayotte

En mayo, MSF abrió un centro de salud en un barrio marginal de la capital de la isla francesa de Mayotte, en el océano Índico. El equipo ofreció atención médica gratuita a personas en situación precaria, muchas de las cuales son migrantes (la mayoría procedentes de las Comores) que carecen de documentos o que esperan recibirlos. Entre estas últimas se

encuentran personas que nacieron en Mayotte pero no pueden probarlo. El personal de MSF observó dos frenos importantes para obtener atención médica: primero, los que no tienen papeles temen ser arrestados y expulsados, y segundo, la atención no es gratuita y la mayoría no pueden permitírsela.

MSF realizó más de 10.000 consultas en el centro de salud, un 35% de ellas a niños menores de 5 años. Otras 340 consultas se efectuaron en aldeas remotas. Los principales problemas de salud eran infecciones respiratorias de las vías altas y problemas ginecológicos. Los médicos también comprobaron la situación vacunal y nutricional de los niños, y atendieron a 1.500 personas con heridas accidentales.

**MSF trabaja en Francia desde 1987.**



París, Francia. Muchos migrantes y solicitantes de asilo duermen en la calle.

# GRECIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 17



© Michela Taeggi

Patras, Grecia. Un joven en el campo improvisado para migrantes de la ciudad.

*El número de migrantes indocumentados llegados a Grecia ha ido en aumento en los últimos años. En 2009, más de 36.400 personas fueron detenidas en la frontera turca al intentar entrar en el país.*

A menudo vienen de Afganistán, Pakistán, Irak, Somalia y los territorios palestinos, huyendo del conflicto y la inestabilidad. Los migrantes suelen soportar unas condiciones de vida precarias y no tienen acceso al sistema público de salud, excepto en caso de urgencia y pagando por la asistencia recibida. En 2009, MSF trabajó en un asentamiento de migrantes en la ciudad de Patras y en tres centros de detención para migrantes indocumentados en diferentes islas.

### Asistencia a migrantes en Patras

Patras es el principal puerto de salida de migrantes que quieren pasar a Europa Occidental. Muchos lo hacen escondidos en camiones que van a Italia. Entre mayo de 2008 y agosto de 2009, MSF gestionó una clínica en un suburbio de la ciudad y organizó clínicas móviles en otros lugares. MSF ofreció

atención sanitaria y apoyo psicológico, ayudó a mejorar las condiciones de vida de los migrantes e hizo referencias a hospitales. Más de 8.000 personas fueron examinadas. Las dolencias más frecuentes, en su mayoría asociadas a las pobres condiciones de vida, eran problemas dermatológicos, infecciones respiratorias de las vías altas y heridas. Los psicólogos de MSF detectaron síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. El proyecto se cerró en septiembre de 2009, tras el desmantelamiento del campo improvisado por parte de las autoridades griegas y el consiguiente descenso de migrantes en la zona.

### Centros de detención en las islas

En agosto de 2009, tras negociar con las mismas autoridades que en 2008 obstaculizaron su labor en la isla de Lesbos, MSF inició nuevos programas de apoyo psicosocial en tres centros de detención de migrantes indocumentados en Pagani (Lesbos), Venna (Rodopi) y Filakio (Evros). Los psicólogos de MSF realizaron sesiones de asesoramiento individuales y de grupo. La mayoría de los migrantes proceden de zonas inestables y muchos han vivido experiencias traumáticas durante su viaje. Además, la detención en los campos supone duras condiciones de vida y de hacinamiento, más la amenaza de la repatriación forzada, que pueden aumentar la presión sobre su salud mental. Los menores no acompañados, los niños, las mujeres y las víctimas de tortura son especialmente vulnerables.

## Historia de G.

*Joven palestino de 16 años. Centro de detención de Pagani, Lesbos.*

*"Toda mi familia, mis padres, mis tres hermanos y mi hermana, murieron cuando una bomba cayó sobre nuestra casa. Fui a contestar el teléfono y entonces cayó la bomba. El techo de la habitación donde estaba sentada mi familia se derrumbó. Había mucho polvo. Podía ver sus manos bajo los escombros, pero no sus rostros. Sólo vi la cara de mi hermano menor. Aquí tengo que salir fuera de la celda, porque dentro pienso en lo que pasó en casa".*

En Pagani, la sobreocupación del centro provocó un gran deterioro de las condiciones de vida. En un espacio con capacidad oficial para 275 personas a menudo había más de 800 y se llegó hasta las 1.200. Con frecuencia sólo había una letrina funcionando para unas 200 personas. En momentos de máximo hacinamiento, muchos migrantes tuvieron que dormir en colchones sucios sobre suelos mojados con agua estancada que desbordaba de las duchas. Raramente se les permitía salir fuera y las familias eran separadas.

En Venna y Filakio había escasez de alimentos, ropa y artículos para la higiene, y el acceso de los migrantes al patio era irregular e insuficiente. En Filakio se solían quejar del trato inhumano por parte de los oficiales de policía, incluyendo abusos verbales y físicos.

MSF expresó su preocupación a las autoridades respecto a las precarias condiciones de vida en los centros de detención, la limitada provisión de atención médica, la ausencia de servicios de salud mental, la asistencia insuficiente a los menores no acompañados y la falta de un sistema de seguimiento de las personas con problemas médicos. El centro de detención de Pagani cerró sus puertas en noviembre de 2009, tras repetidos llamamientos de MSF a las autoridades para que respondieran a la emergencia humanitaria que se estaba produciendo.

**MSF trabaja en Grecia desde 2008.**

# ITALIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
  - Catástrofe natural
- Personal en el terreno 33

*Italia es país de destino o tránsito para migrantes y solicitantes de asilo que a menudo escapan de conflictos o de la pobreza. Según la Fondazione ISMU, el número de migrantes indocumentados que viven en Italia se estima en cerca de 422.000.*

En 2009, Italia adoptó políticas de inmigración más estrictas que empeoraron la situación de los migrantes sin papeles, aumentaron el estigma y obstaculizaron su acceso a la atención sanitaria. Este año, MSF se centró principalmente en responder a las necesidades médico-humanitarias de los que trabajan como temporeros en el sur del país y siguió denunciando públicamente sus difíciles condiciones de vida para presionar a las autoridades a mejorar el acceso de los migrantes a los servicios de salud.

La nueva ley, aprobada por el Gobierno italiano para combatir la inmigración irregular, criminaliza la entrada ilegal en el país y a la gente que se establece en Italia sin visado. El periodo máximo de estancia de los migrantes indocumentados en centros de detención se ha ampliado de dos a seis meses, a pesar de que esto probablemente contribuya a un mayor deterioro de la salud física y mental de los detenidos. Los equipos de MSF han evaluado 21 centros de detención de migrantes y centros

de acogida de solicitantes de asilo, encontrando hacinamiento, pobres condiciones de vida y graves carencias de atención sanitaria.

Los controles fronterizos son cada vez más estrictos, lo que hace que los migrantes emprendan viajes más largos y en condiciones más precarias en embarcaciones más pequeñas para evitar ser detenidos.

A lo largo de los últimos siete años, MSF ha abierto 35 clínicas de atención sanitaria y psicológica a migrantes indocumentados en seis regiones italianas. Estas clínicas están siendo traspasadas gradualmente a las autoridades de salud locales, quedando integradas en los servicios de salud nacionales y respetando el deseo de los migrantes de permanecer en el anonimato.

En Puglia y Calabria, los equipos realizaron más de 700 consultas y distribuyeron kits de higiene y otros artículos de primera necesidad entre los temporeros. MSF gestionó cuatro clínicas en la región de Campania y asistió a más de 1.600 migrantes. En abril, la organización dio apoyo psicológico a víctimas del terremoto en la región de Abruzzo. En Lampedusa, un puerto de entrada habitual de migrantes y refugiados, los equipos ofrecían asistencia médica a migrantes desde 2003. Sin embargo, en 2009 hubo un marcado descenso del número de llegadas, tras el convenio entre Italia y Libia para reforzar las patrullas fronterizas, con lo que MSF cerró el proyecto.

**MSF trabaja en Italia desde 1999.**



Migrantes tras las vallas del centro de identificación y detención de Turín, Italia.

## Historia de I.

*"Soy de Costa de Marfil. Estoy en Italia desde hace dos meses. Después de cruzar el desierto de Libia, me encarcelaron durante seis meses sin ninguna explicación. Vivía en una celda de cinco por diez metros con otras 20 personas. No había lavabo y apenas podíamos salir. Luego fui a Sicilia en una patera. La travesía fue horrible: éramos más de 15 personas, no teníamos ni comida ni agua, algunos vomitaban. Ahora he venido a Italia a recoger tomates. Nos pagan de tres a cuatro euros la caja. Si todo va bien, gano 30 euros al día, pero no trabajo todos los días. Vivo en una barraca y duermo en un colchón en el suelo. No pensaba que mi vida sería tan mala en Italia".*

© Paolo Soriani

# MALTA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno**  
(cifra integrada en la de Italia)

*Por su ubicación en el Mediterráneo, Malta es puerto de llegada de miles de migrantes y solicitantes de asilo que se embarcan desde las costas de Libia rumbo a Europa.*

**Después son retenidos hasta 18 meses en centros de detención, donde viven hacinados, sin saneamiento adecuado y en precarias condiciones, lo que a menudo tiene efectos dañinos para su salud física y mental. MSF ha tratado a pacientes tanto dentro como fuera de los centros de detención.**

Entre enero y octubre de 2009, más de 1.150 migrantes y solicitantes de asilo llegaron a las costas de Malta; más de la mitad eran de origen somalí. Muchos tenían problemas psicológicos debidos a experiencias traumáticas en sus países de origen y durante el viaje a Malta. La mayoría pasan días en embarcaciones expuestas al sol y la lluvia, sin poder moverse y con provisiones de comida y agua limitadas, condiciones todas

ellas que pueden causar afecciones cutáneas, gastrointestinales, urinarias y osteomusculares. Las pobres condiciones de vida en los centros de detención y la incertidumbre sobre el futuro también contribuyen a una elevada incidencia de problemas psicológicos.

A principios de 2009, los equipos prestaban atención médica y psicológica a migrantes en dos centros de detención conocidos como los barracones de Safi y Lyster. Hacia marzo de 2009, casi un 20% de los diagnósticos correspondían a infecciones respiratorias asociadas a la exposición al frío y a la falta de tratamiento. Tras repetidos intentos de presión a las autoridades para que mejoraran la situación, MSF se retiró de los centros y en abril publicó un informe exponiendo las terribles condiciones que tienen que soportar los migrantes en los centros de detención malteses.

Tras más negociaciones con las autoridades, MSF puso en marcha un programa temporal en el centro de detención de Takandja. Entre junio y diciembre, el equipo realizó más de 1.600 consultas y a finales del año empezó a poner fin a sus actividades.

En 2009, MSF también gestionó una clínica en Hal Far, al sur de Malta, para dar asistencia médica y psicológica a migrantes y solicitantes



Una mujer somalí y su bebé en un centro de detención en Malta.

de asilo fuera de los centros de detención. Tras su puesta en libertad, se les ofrece una plaza en uno de los 15 centros abiertos de la isla. Aunque pueden moverse libremente y empezar a construir una nueva vida en Malta, su integración en la sociedad es difícil. Sus condiciones de vida siguen siendo deficientes, puesto que muchos centros abiertos están superpoblados y carecen de suficiente agua y servicios de saneamiento. Los equipos de MSF organizan actividades de promoción de la salud y la higiene en estos centros.

En 2009, MSF realizó más de 4.200 consultas médicas y más de 780 psicológicas a migrantes y solicitantes de asilo en Malta, tanto en centros de detención como en la clínica de Hal Far.

**MSF trabaja en Malta desde 2008.**

# MOLDAVIA

*Transnistria, una región políticamente aislada de Moldavia, ha recibido poca ayuda en el pasado, pese al enorme apoyo de las instituciones internacionales que recibe el país para combatir la epidemia de VIH/sida.*

**MSF asiste a personas con VIH/sida en esta región, donde la incidencia de la enfermedad es cuatro veces mayor que en el resto del país. Antes, no había tratamiento disponible en Transnistria.**

A principios de 2007, MSF puso en marcha el primer programa de VIH/sida en la región, junto con el Ministerio de Salud y las autoridades locales. Los pacientes empezaron a recibir terapia antirretroviral en el nuevo departamento del hospital principal de la capital, Tiraspol. Las actividades se ampliaron con visitas semanales al hospital de Bender para tratar a pacientes coinfectados con tuberculosis (TB), a un centro en Slobozia, el único para pacientes VIH-positivos en la zona, y a Ribnitza, en el norte del país, para realizar consultas semanales en la clínica de la ciudad.

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 8**

MSF empezó a ofrecer tratamiento en las cárceles, donde la incidencia de VIH es hasta 13 veces superior a la de la población general. La incidencia de la coinfección de VIH y TB es también muy superior. Ahora el programa se ha ampliado para cubrir todo el sistema penitenciario.

En febrero de 2009, MSF traspasó sus actividades a las autoridades nacionales. Unos 850 pacientes –más de la mitad de todos los casos de VIH registrados en la región– están ahora en el programa.

Con su trabajo en las cárceles y en los hospitales públicos, MSF demostró que es posible tratar el VIH en Transnistria y dispensar asistencia a aquellos que más la necesitan.

**MSF trabaja en Moldavia desde 2007.**

# FEDERACIÓN RUSA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado
- Exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 14

*En 2009, la situación en las tres repúblicas de la región del Cáucaso Norte siguió siendo volátil.*

**Casi cada día se registran atentados e incidentes violentos. La situación empeoró durante la segunda mitad del año, tras un alarmante aumento de los atentados suicidas con bomba. MSF presta apoyo a hospitales y a través de clínicas, y sensibiliza sobre los problemas de salud mental causados por el conflicto.**

En la región del Cáucaso Norte, las necesidades de atención sanitaria varían de una zona a otra. MSF prioriza el tratamiento de tuberculosis (TB), la atención psicosocial y el apoyo a grupos vulnerables, como desplazados y trabajadores inmigrantes ilegales, víctimas de la marginación o la violencia. La incidencia de la TB en todas sus formas sigue siendo alta, particularmente en Chechenia, donde la guerra devastó las

estructuras de salud. Además, hay un suministro irregular de medicamentos, aún no se dispone de los métodos diagnósticos necesarios y las medidas de control de la infección son insuficientes. En la república de Ingusetia, al sur de la región, la salud mental de la población se está convirtiendo en un serio problema. La inseguridad y la inestabilidad política han exacerbado problemas psicológicos crónicos.

En 2009, los médicos de MSF siguieron dando atención pediátrica en dos clínicas de Grozny, la capital de Chechenia, y atención a mujeres en dos clínicas del vecino distrito de Staropromyslovsky. En estas clínicas se realizaron más de 1.500 consultas mensuales, muchas de ellas a mujeres desplazadas o de familias rurales con pocos recursos. MSF también suministró medicamentos a un hospital de Grozny y a centros de salud regionales en tres aldeas de las montañas.

Tras varios años de ausencia, MSF regresó a la república de Daguestán, en el sur de la región, para atender a migrantes y desplazados en un centro de salud.



© Lana Abramova

Una pediatra examina a un niño en un campo de desplazados de Ingusetia, Federación Rusa.

MSF ha empezado a traspasar su apoyo a los programas de TB en la zona más estable al norte de Chechenia, mientras sigue respondiendo a necesidades psicosociales agudas con actividades de salud mental y apoyando a pacientes con problemas de salud crónicos. En julio de 2009, MSF también acabó su programa quirúrgico y de fisioterapia en el principal hospital de Grozny, dado que cada vez había menos pacientes con heridas y discapacidades crónicas a consecuencia de la guerra.

El acceso a las zonas montañosas del sur sigue siendo un desafío debido a la remota ubicación de las comunidades. La prioridad de MSF es mejorar el tratamiento de TB, incluidas las formas de la enfermedad resistentes a los medicamentos.

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

# SUIZA

*Los migrantes indocumentados tienen grandes dificultades para acceder a la atención sanitaria.*

**Aunque la Constitución suiza garantiza el acceso al sistema de salud para todos, miles de personas, a menudo por no tener un seguro sanitario o por miedo a ser registradas y expulsadas del país, se quedan sin la atención médica adecuada. En enero de 2006, MSF puso en marcha el proyecto Meditrina para atender a este colectivo.**

Situada en un pequeño callejón del centro de Zurich, la clínica Meditrina de MSF realizó más de 1.100 consultas gratuitas en 2009, lo que sumaba un total de más de 3.400 desde el inicio del proyecto, y cientos de pacientes fueron referidos a una red de especialistas médicos y paramédicos que ofrecían atención y consultas de manera confidencial.

Alrededor de un 50% de los pacientes de Meditrina eran migrantes indocumentados residentes en la zona de Zurich, pero muchos otros, a pesar de su situación de legalidad, acudían a la clínica de MSF porque no podían o no sabían cómo acceder a la atención pública de salud. Los problemas de salud más frecuentes entre estas personas eran de origen gastrointestinal, dental y dermatológico. Otros pacientes presentaban problemas psicológicos, a menudo asociados a sus difíciles condiciones de vida. Meditrina también ofrecía análisis, asesoramiento y tratamiento a largo plazo de enfermedades crónicas como el VIH/sida y la tuberculosis.

Tras consolidar Meditrina como un punto operativo y fiable de entrada al sistema de salud suizo para las personas indocumentadas, MSF buscó una organización que se hiciera cargo del programa. La sucursal de la Cruz Roja suiza en Zurich, ya implicada en proporcionar

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 10

asistencia a los más vulnerables y necesitados de la ciudad, asumió el proyecto a principios de 2010.

**MSF trabaja en Suiza desde 2003.**

## Historia de B.

*Camerunés de 36 años.*

*“Vivir aquí en Zurich como un sin papeles es muy difícil. Siempre temes que te cojan, te detengan y que finalmente te envíen de vuelta a tu país. La gente de Meditrina me ayudó mucho, incluso me consiguieron un seguro sanitario. Se ocuparon de mí y me refirieron a un médico que puede atenderme en el futuro si hace falta”.*

# UCRANIA

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Exclusión de la atención sanitaria Personal en el terreno 1

*Ucrania suele ser un país de tránsito para migrantes y refugiados que intentan llegar a la Unión Europea.*

**Bajo una presión cada vez mayor para contener este movimiento de población, el país ha recibido fondos y apoyo técnico de la Unión Europea (UE) para establecer controles fronterizos más estrictos y aumentar la capacidad de los centros de detención. Como resultado, un gran número de migrantes y refugiados sin papeles, procedentes de Afganistán, Pakistán, Georgia, Moldavia y muchos otros, siguen bloqueados en Ucrania sin poder continuar su viaje a Europa y sin querer regresar a sus países de origen. MSF trabaja para mejorar las condiciones en los centros de detención y presta atención médica a estas personas.**

Según la legislación nacional, los migrantes interceptados al cruzar ilegalmente la frontera de Ucrania con la UE deben ser detenidos durante un máximo de 10 días. Pero en realidad suelen permanecer en los centros de detención

durante periodos más largos, en condiciones que están lejos de cumplir los estándares más básicos y con un acceso limitado a la atención sanitaria.

MSF hizo una evaluación en los centros de detención de la provincia de Zakarpattya, cerca de la frontera con la UE, después de que unos informes del Consejo Europeo de Refugiados y Exilados denunciaran en 2008 las pobres condiciones en que se encontraban. Durante la evaluación, MSF reparó e instaló lavabos y duchas para mejorar los servicios.

Cuando los migrantes son puestos en libertad, son transferidos a centros de acogida en Volyn y Chernihiv Oblast, al noreste y noroeste del país. MSF hizo una evaluación médica en ambos centros (construidos con financiación europea) y encontraron que, aunque las condiciones materiales eran mejores, la calidad de los servicios médicos seguía siendo deficiente.

Los detenidos en estos centros suelen tener problemas cutáneos como la sarna, infecciones respiratorias y trastornos digestivos como diarreas, dolores de estómago y náuseas. También presentan síntomas psicossomáticos como cefaleas e insomnio. Sin embargo, no suele haber servicios de salud mental.

A fin de transmitir su preocupación por la detención de migrantes en Ucrania, MSF hará público un informe con los resultados de sus evaluaciones y también advertirá sobre las posibles consecuencias del acuerdo de readmisión que entró en vigor en enero de 2010. Según éste, los migrantes indocumentados detenidos en la UE que hayan entrado por Ucrania pueden ser devueltos a este país, con el consiguiente aumento del número de migrantes y solicitantes de asilo atrapados en esta antigua república soviética.

**MSF trabaja en Ucrania desde 2009.**



Chop, oeste de Ucrania. Migrantes ilegales detenidos en un campo.

# IRÁN

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria Personal en el terreno 73



© Siavash Maghsoudi

Una enfermera de MSF vendar el brazo a un niño afgano en una clínica de Zahidán.

*Irán acoge a uno de los mayores números de refugiados del mundo. Según el ACNUR, en 2009 había más de 930.000 refugiados afganos en el país, mientras las estimaciones de refugiados afganos indocumentados ascendían a dos millones.*

**MSF ofreció asistencia a refugiados afganos en Zahidán, la capital de la provincia iraní de Sistán-Baluchistán, por donde estos refugiados han estado cruzando la frontera en los últimos 30 años. El número de afganos ilegales se estima en unos 200.000 en la ciudad y hasta 500.000 en la provincia.**

En Zahidán, MSF gestiona tres clínicas, llevando a cabo más de 6.700 consultas al mes en 2009. Un equipo de trabajadores sociales identificó a las personas que necesitaban atención médica entre los refugiados y distribuyó alimentos y artículos de primera necesidad a 1.290 familias. Las actividades de salud materno-infantil se incrementaron el año pasado para responder a las crecientes necesidades. En las tres clínicas ahora se hacen controles pre y postnatales, y un equipo de atención domiciliar que incluye una comadrona ofrece cuidados postnatales en la comunidad.

En 2002, el Gobierno iraní adoptó una política de repatriación de refugiados a Afganistán que ha continuado poniendo en práctica a pesar de que las condiciones en ese país se han deteriorado. Muchos refugiados son reacios a regresar y prefieren quedarse en Irán. Algunos vuelven después de haber sido repatriados, pese a las duras condiciones de vida que tienen que soportar, como restricciones para encontrar trabajo y falta de oportunidades educativas y de servicios de salud. Los equipos de MSF ofrecen atención básica y de salud materna a los refugiados afganos que tienen poco o ningún acceso al sistema sanitario iraní.

**MSF trabaja en Irán desde 1996.**

# IRAK

*Aunque los niveles generales de violencia han bajado, todavía quedan zonas muy volátiles en el país. Todas las semanas hay bombardeos y asesinatos que dejan tras de sí docenas de muertos y heridos.*

**La calidad de la atención de las muchas estructuras de salud que están operativas en Irak ha empeorado por falta de personal y porque el existente no se había actualizado profesionalmente desde los años noventa. Como en años anteriores, en 2009 MSF no pudo prestar asistencia directa en las zonas más afectadas por motivos de seguridad. Sin embargo, la organización siguió dando ayuda desde zonas más seguras del país o del exterior, especialmente desde Jordania.**

Según el Ministerio de Salud iraquí, cientos de trabajadores sanitarios murieron durante el conflicto y otros muchos huyeron del país. Irak sufre una grave falta de enfermeros y médicos especialistas, incluidos psiquiatras y psicólogos. Algunas de las principales dificultades identificadas por MSF a las que se enfrentan los hospitales en zonas de conflicto son la incapacidad de atender a flujos masivos de heridos por falta de competencias sanitarias y de gestión, y la virtual ausencia de atención psicológica a pacientes con traumas mentales.

MSF da apoyo a hospitales en diferentes partes del país como Anbar, Bagdad, Ninewa y Kirkuk, mediante formación de personal sanitario, suministro de materiales, soporte en atención psicológica y realización de campañas de educación para la salud. Desde agosto de 2006, MSF realiza actividades de cirugía reconstructiva para heridos de guerra iraquíes en la vecina Jordania, centrándose en cirugía ortopédica, maxilofacial y plástica. En 2009, el equipo de Ammán dio apoyo a distancia a nueve hospitales iraquíes seriamente afectados por la violencia desde la capital jordana.

Sin embargo, durante el año se pudo dejar de dar este tipo de apoyo a algunos hospitales tras la mejora de la situación de seguridad en Irak, lo que permitió a MSF abrir un servicio de asesoramiento psicológico en Bagdad en septiembre, seguido de uno similar en Faluya en diciembre. Estos servicios se ofrecen en

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado **Personal en el terreno 289**

hospitales del Ministerio de Salud iraquí, con personal especialmente asignado a tal fin. En el último cuatrimestre de 2009, más de 175 pacientes recibieron atención psicológica.

Por primera vez desde su vuelta a Irak en 2008, MSF pudo establecer un equipo internacional en el sur del país. En el hospital general de Basora, con capacidad para 600 camas, el equipo prestó apoyo técnico y ofreció formación en anestesia, cuidados postoperatorios, higiene y esterilización. MSF participa actualmente en la rehabilitación de un quirófano de urgencias en este hospital y trabaja para mejorar la capacidad de respuesta a emergencias y la gestión de casos quirúrgicos también urgentes.

En las regiones de Ninewa y de Kirkuk, al norte de Irak, MSF da apoyo a los servicios de urgencias de cuatro hospitales mediante el suministro de material médico y la formación de personal en temas como la gestión de flujos masivos de heridos. La organización también

presta apoyo de emergencia a otros hospitales tras incidentes violentos y organiza campañas de educación para la salud. En 2009 se hicieron campañas sobre el tratamiento del agua o la higiene personal, para prevenir enfermedades transmisibles como la gripe A (H1N1) y para sensibilizar sobre otras como la leishmaniasis. En el norte del país, MSF también presta apoyo psicológico a personas desplazadas por el conflicto.

A finales de 2009, el programa de cirugía reconstructiva de MSF en Jordania había atendido a casi 900 heridos. El proyecto se ha desarrollado con la ayuda de un pequeño grupo de médicos en Irak, que identifican a los pacientes y organizan su referencia a Ammán para ser intervenidos. El tratamiento y seguimiento postoperatorio es complejo y requiere meses de hospitalización en un entorno especializado. Además de cirugía reconstructiva, MSF presta servicios de fisioterapia y atención psicológica a los pacientes que lo necesitan.

En la región del Kurdistán, MSF abrió un proyecto en el hospital universitario de Suleimaniya en 2007 para responder más rápidamente a los heridos del norte del país y mejorar la calidad de la atención de quemaduras graves. Tras dos años de trabajo en la unidad de quemados, MSF traspasó este proyecto a las autoridades a finales de 2009. Pese a la dificultad para mejorar las tasas de supervivencia en un entorno médico con tan alto número de quemados graves, se avanzó en la gestión del dolor, el control de infecciones y los cuidados paliativos.

MSF evalúa continuamente la posibilidad de dar más asistencia a la población iraquí, al tiempo que busca garantizar la máxima seguridad de su personal.

*La actual intervención de MSF en Irak se inició en 2006.*



Hospital general de Basora, sur de Irak. Un equipo sanitario atiende a un paciente.

# LÍBANO

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria
- Personal en el terreno 21



Barrio de Bourj el-Barajneh, Beirut. Trabajadores comunitarios de MSF reparten folletos divulgativos sobre salud mental.

*Según una encuesta nacional, el 17% de la población libanesa presenta problemas de salud mental, pero son pocos los que tienen acceso a tratamiento.*

**El problema es incluso más agudo entre la población de los campos de refugiados, ya sean palestinos asentados desde hace décadas o iraquíes desplazados recientemente. En diciembre de 2008, MSF abrió un centro de salud mental en Bourj el-Barajneh, un barrio periférico al sur de Beirut, cerca del campo de refugiados palestinos de la capital. Además de prestar asistencia psicológica y psiquiátrica, MSF promueve la integración de la atención de salud mental en los servicios sanitarios para las comunidades palestina y libanesa.**

Bourj el-Barajneh es un suburbio de la capital en el que cohabitan libaneses, refugiados palestinos, que viven en los campos desde 1948, e iraquíes recién llegados al país. Tras un estudio realizado en 2008 sobre necesidades médicas en Líbano, MSF inició un proyecto para ofrecer servicios de salud mental a las personas más pobres y vulnerables de la zona.

El año 2009 fue el primero plenamente operativo de este programa con una duración prevista de tres años. Entre el centro comunitario de salud mental de Bourj el-Barajneh y la clínica de la Agencia de Naciones

Unidas de Socorro y Trabajo del campo de refugiados palestinos, los psicólogos, psiquiatras y enfermeros de MSF realizaron 2.300 consultas. Los pacientes eran mayoritariamente de origen palestino y libanés, y algunos eran refugiados iraquíes. La depresión fue el problema más frecuente, seguido de ansiedad, psicosis, epilepsia y trastornos de personalidad. También se diagnosticaron abusos de drogas y alcohol, trastornos bipolares y demencias.

Al principio era difícil que la gente acudiera al especialista, puesto que los problemas mentales están muy estigmatizados en las comunidades. Para combatir el estigma, se organizaron sesiones periódicas de educación para la salud en el campo de refugiados y en el centro de MSF cercano, y promotores de salud comunitaria de MSF visitaron regularmente a las familias de pacientes más marginadas y desfavorecidas.

La salud mental todavía no se considera un asunto de salud pública en Líbano. Sólo hay unos 50 psiquiatras registrados en el país. MSF ha abogado por una mejor integración de la atención psicológica a los servicios de salud existentes, y ha promovido su enfoque

comunitario de la atención psicológica en reuniones con las autoridades sanitarias libanesas y otras contrapartes.

**MSF trabaja en Líbano desde 2008.**

### Salwa

*Madre libanesa de cuatro hijos, casada con un palestino.*

*"Hace unos meses, siguiendo el consejo de una amiga, fui al centro comunitario de salud mental de MSF. Sabía que allí podían darme apoyo psicológico gratuito. Sesión tras sesión, empecé a sentirme mejor e incluso empecé a participar en las actividades del centro. Tuve la suerte de conocer a otras mujeres con los mismos problemas que yo y dejé de sentirme sola. Mi vida ha dado un giro en otra dirección. Hoy puedo hablar de mis problemas psicológicos y aceptarlos, sin temor a las opiniones de otras personas. Estoy contenta de haber podido encontrar a alguien con quien hablar, que me ha permitido por primera vez creer en mí".*

# TERRITORIOS PALESTINOS

**MOTIVO DE INTERVENCIÓN** • Conflicto armado **Personal en el terreno 206**

*El conflicto que siguió a la subida al poder de Hamás en la Franja de Gaza en junio de 2007 y el incesante conflicto palestino-israelí han causado muchos muertos y heridos.*

**La población palestina se ha visto seriamente afectada física y mentalmente, pero servicios como los de atención psicológica y fisioterapia son insuficientes. MSF trabaja para cubrir estas carencias, mientras intenta adaptar sus operaciones a la volátil situación en los Territorios palestinos.**

En junio de 2007, los enfrentamientos en la Franja de Gaza dividieron a la Autoridad Palestina entre el gobierno de Fatah con base en Ramala y el de Hamás en Gaza. Las luchas internas siguen cobrándose vidas.

El conflicto palestino-israelí también continúa. En respuesta a ataques de mortero palestinos, Israel lanzó una ofensiva a gran escala el 27 de diciembre de 2008. La operación Plomo Fundido empezó con ataques aéreos y bombardeos que prepararon el terreno a un ataque terrestre iniciado el 3 de enero de 2009. Veintidós días de guerra dejaron unos 5.300 heridos y acabaron con la vida de casi 1.300 palestinos, de los cuales 300 eran niños.

## **Intervención de emergencia**

Tras la ofensiva israelí, MSF dio apoyo a los hospitales de Gaza con donaciones de equipamiento médico y medicamentos. Dada la intensidad de los bombardeos y la falta de seguridad, las actividades de emergencia se restringieron y, aunque el centro de atención postoperatoria de MSF en la ciudad de Gaza siguió abierto, pocos pacientes que pudieron llegar a él.

El 18 de enero, las fuerzas israelíes anunciaron un alto el fuego. Un equipo quirúrgico de MSF con 21 toneladas de suministros (incluidos dos hospitales hinchables) pudo entrar en la ciudad de Gaza. En los días que siguieron, la

organización abrió un centro quirúrgico de urgencia para atender a los heridos. Entre enero y julio, cuando finalizó la intervención, se practicaron más de 500 operaciones.

También se reforzó el apoyo psicológico, con especial atención al personal local de urgencias, como equipos de ambulancias y médicos, que tuvieron que soportar mucho durante la guerra.

## **Programas postconflicto**

MSF dispuso atención postoperatoria y fisioterapia a heridos de guerra en sus tres centros de salud y a través de equipos móviles en la Franja de Gaza. Más de 120 pacientes todavía reciben asistencia como parte del programa. También se puso en marcha un programa de microbiología para mejorar la atención de heridas infectadas e investigar la resistencia a los antibióticos. En 2009 fueron tratadas más de 1.900 personas, tres veces más que en 2008.

La mejora de los servicios pediátricos locales y la llegada de nuevos trabajadores de ayuda reforzaron el único hospital pediátrico de la Franja de Gaza en 2009. De enero

a septiembre, fecha de fin del programa, pasaron por este centro más de 9.000 niños menores de 12 años.

La ofensiva israelí de enero tuvo un gran impacto psicológico, sobre todo en los niños. MSF envió personal adicional para hacer frente a las necesidades existentes. Más de 400 nuevos pacientes, más de la mitad de los cuales eran menores de 12 años, recibieron apoyo psicológico.

## **Cisjordania**

En Nablús, MSF gestiona un programa de atención a personas traumatizadas por el conflicto. En 2009, más de 300 nuevos pacientes recibieron psicoterapia y el equipo de psicólogos realizó 2.100 consultas.

## **Hebrón**

MSF también trabaja en Hebrón, al sur de Cisjordania, con un programa de apoyo psicosocial a víctimas de la violencia.

**MSF trabaja en los Territorios palestinos desde 1989.**



Una psicóloga recibe a una niña en el centro de atención psicológica a personas traumatizadas por la guerra.

# SIRIA

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Exclusión de la atención sanitaria

Personal en el terreno 2

*Aproximadamente 4,7 millones de iraquíes han huido de la violencia en su país. Las últimas cifras del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) hablan de unos 215.000 refugiados iraquíes registrados en Siria.*

**Sin embargo, muchos miles no están oficialmente registrados como refugiados. La mayoría viven en condiciones precarias y no pueden pagar la atención médica que necesitan.**

En agosto de 2009, MSF puso en marcha un proyecto en una clínica de Damasco, la capital siria, en asociación con una organización local llamada Migrant's Office. El objetivo de este proyecto es dar atención gratuita a los refugiados y migrantes no registrados y a los habitantes más desfavorecidos de la ciudad.

La clínica ofrece servicios médicos, consultas prenatales y atención de salud mental. Durante los primeros seis meses, el equipo de MSF atendió a más de 2.800 pacientes, de los que 400 eran mujeres embarazadas, y dio apoyo psicológico a 280 personas.

En Siria hay también migrantes y refugiados de otros países, como Afganistán, Somalia y Sudán, que viven en precarias condiciones y cuyas necesidades de salud no están cubiertas. Se estima que en Damasco hay unos 2.000 migrantes indocumentados afganos y somalíes que tienen poco o ningún acceso a atención médica. MSF pretende aumentar los servicios prestados en la clínica de Migrant's Office a fin de responder a la creciente demanda.

**MSF trabaja en Siria desde 2009.**

# YEMEN

## MOTIVO DE INTERVENCIÓN

- Conflicto armado Personal en el terreno 248

*En agosto estalló de nuevo el conflicto entre el grupo armado Al-Houthi y el Ejército yemení en la gobernación de Saada, al norte del país.*

**Este conflicto, conocido como la sexta guerra, fue el más intenso de los últimos tiempos y causó el desplazamiento de al menos 150.000 personas, que se sumaron a otras 100.000 ya desplazadas por guerras anteriores, según datos del ACNUR de 2009. MSF ofrece atención sanitaria a desplazados, migrantes y refugiados.**

## Conflicto

Hacer frente a las consecuencias de la guerra en Saada fue una prioridad para MSF en 2009. Las estructuras de salud habían resultado afectadas, la mayoría tuvieron que interrumpir sus actividades o el acceso a las mismas era muy difícil. MSF ofreció atención sanitaria a las comunidades rurales, ayudando también a las autoridades yemeníes y a otras organizaciones a hacer frente a las necesidades médicas causadas por el desplazamiento de más de 150.000 personas en las gobernaciones vecinas.



Una familia comparte su comida en un campo de refugiados en Yemen.

A pesar de las difíciles condiciones de seguridad y de los problemas logísticos, MSF puso en marcha un programa de emergencia para desplazados en la aldea de Mandaba, al norte de Saada, ofreciendo agua potable y atención médica a más de 10.000 personas y realizando más de 1.500 consultas.

En los hospitales de Al Talh y Razé, no lejos de la ciudad de Saada, se realizaron más de 31.000 consultas y 2.100 personas fueron hospitalizadas. Más de 550 niños fueron admitidos en el programa nutricional y 7.000 mujeres fueron asistidas durante el parto. No obstante, MSF tuvo que interrumpir sus actividades en repetidas ocasiones debido a la inseguridad.

Otra consecuencia de la violencia en Saada fue el desplazamiento masivo de civiles a las gobernaciones vecinas. Según el ACNUR, unos 90.000 desplazados se agruparon en la gobernación de Hajja. En el campo de desplazados de Al Mazraq, MSF encontró que el 8% de los niños menores de 5 años sufría desnutrición severa. La organización abrió un programa nutricional en la zona y, en dos meses, más de 550 niños recibieron tratamiento.

Muchos migrantes, refugiados y solicitantes de asilo procedentes del Cuerno de África siguen buscando refugio en Yemen. Las duras condiciones del viaje y los accidentes durante la travesía por mar causan cientos de muertes, y el estado de salud de los que consiguen llegar a las costas yemeníes suele ser muy precario. Unas 9.000 personas recibieron asistencia médica de MSF en las gobernaciones de Abyan y Shabwa, al sur del país.

**MSF trabaja en Yemen desde 2007.**



© Juan Carlos Tomasi

# CIERRE DE PROYECTOS BÉLGICA

*MSF trabajó 20 años en Bélgica, entre 1989 y 2009. La organización cerró su último proyecto en el país con la finalización de las consultas médico-sociales en Amberes en abril de 2009.*

**Durante estos años, se llevaron a cabo programas para asegurar el acceso a la atención sanitaria de los más necesitados en cuatro ciudades: Verviers, Lieja, Bruselas y Amberes. En 2008, MSF realizó más de 3.900 consultas con más de 1.000 pacientes en Amberes. En mayo de 2009, este programa fue traspasado a Médicos del Mundo, que ya se había hecho cargo del proyecto de MSF en Bruselas en 2008.**

En noviembre de 2009, tras cerrar sus programas de atención sanitaria, MSF montó un campo de refugiados en el centro de Bruselas para poner de manifiesto la pasividad política en lo referente a la recepción y acogida de los solicitantes de asilo en Bélgica. El campo pretendía ser un acto simbólico y no una alternativa al sistema de acogida del gobierno. No obstante, durante los cinco días que estuvo abierto, más de 270 personas se albergaron allí.

Aunque MSF ya no tiene programas en marcha en Bélgica, sigue trabajando desde su sede nacional en Bruselas en actividades de sensibilización, captación de fondos y reclutamiento de recursos humanos para los proyectos de MSF en todo el mundo.

# DATOS Y CIFRAS

*Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional, independiente, de carácter privado y sin ánimo de lucro.*

**Está formada por 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, una oficina internacional en Ginebra y una sucursal en Suráfrica.**

La búsqueda de la eficiencia ha llevado a MSF a crear organizaciones especializadas –denominadas satélites– para actividades específicas, como suministros de ayuda humanitaria, estudios médicos y epidemiológicos, e investigación en acción humanitaria y social. Éstas son: MSF-Supply, MSF-Logistique, Épicentre, Fondation MSF, Etat d'Urgence Production, MSF Assistance, SCI MSF, SCI Sabin, Artze Ohne Grenzen Foundation y MSF Enterprises Limited. Al estar controladas por MSF, estas organizaciones están incluidas en los balances financieros aquí presentados.

Las cifras que aparecen a continuación muestran las cuentas combinadas de MSF a nivel internacional. Las cifras combinadas internacionales de 2009 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 firmas de auditoría KPMG y Ernst & Young, conforme a las normas internacionales de auditoría. Puede solicitarse una copia completa del Informe Financiero de 2009 a la oficina internacional de MSF. Además, cada sección nacional publica sus 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 2009. Todas las cantidades están expresadas en millones de euros.

**Nota:** Las cifras de estas tablas han sido redondeadas, por lo que puede haber pequeñas diferencias en las sumas totales.

## África

	M €
República Democrática del Congo	49,7
Sudán	32,9
Zimbabue	20,7
Somalia	18,6
Níger	17,4
Kenia	14,6
Nigeria	14,5
República Centroafricana	12,6
Chad	12,4
Etiopía	11,0
Malawi	8,8
Mozambique	7,6
Uganda	6,9
Liberia	6,7
Suráfrica	5,7
Burkina Faso	5,3
Sierra Leona	4,8
Guinea	4,4
Malí	4,0
Suazilandia	2,7
Burundi	2,2
Yibuti	1,6
Camerún	1,5
Zambia	1,3
Otros países **	2,4
<b>Total</b>	<b>270,3</b>

## ASIA / ORIENTE MEDIO

	M €
Irak	10,1
Pakistán	9,0
Myanmar	8,5
India	8,5
Sri Lanka	5,9
Territorios palestinos	5,2
Yemen	3,6
Camboya	3,0
Filipinas	2,9
Bangladesh	2,5
Papúa Nueva Guinea	2,5
Afganistán	2,3
Irán	2,3
Georgia	2,0
Indonesia	2,0
Tailandia	1,9
Uzbekistán	1,9
China	1,6
Armenia	1,4
Jordania	1,4
Nepal	1,2
Otros países **	2,7

**Total 82,4**

## AMÉRICA

	M €
Haití	12,8
Colombia	8,8
Brasil	1,4
Otros países **	2,4

**Total 25,4**

## EUROPA

	M €
Chechenia / Ingusetia / Daguestán	5,1
Italia	1,3
Otros países **	2,6

**Total 9,0**

\*\* Todos los países donde los gastos de proyectos fueron inferiores a un millón de euros.

### ¿Dónde se gastó el dinero?

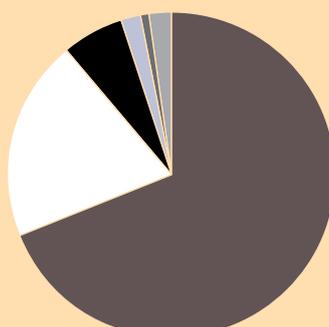
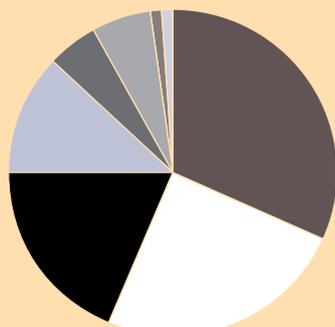
#### Gastos de proyectos\* por naturaleza del gasto

Personal nacional	31%
Personal internacional	25%
Suministros médicos y nutricionales	19%
Transportes, fletes y almacenamiento	12%
Gastos de funcionamiento	5%
Logística y saneamiento	6%
Formación y apoyo local	1%
Consultores y apoyo a terreno	1%

#### Gastos de proyectos\* por continente

África	69%
Asia	20%
América	6%
Europa	2%
Oceanía	1%
No afectados	2%

\* Gastos de proyectos y equipos de coordinación en los países



INGRESOS	2009		2008	
	M €	%	M €	%
Fondos privados	572,4	86%	587,4	87%
Fondos públicos institucionales	77,9	12%	67,7	10%
Otros	15,1	2%	20,3	3%
<b>Total ingresos</b>	<b>665,4</b>	<b>100%</b>	<b>675,5</b>	<b>100%</b>

¿CÓMO SE GASTÓ EL DINERO?	2009		2008	
	M €	%	M €	%
Operaciones*	462,4	75%	494,9	76%
Testimonio / sensibilización	21,7	4%	24,7	4%
Otras actividades humanitarias	6,4	1%	7,2	1%
<b>Total misión social</b>	<b>490,5</b>	<b>80%</b>	<b>526,8</b>	<b>81%</b>
Captación de fondos	87,4	14%	81,2	13%
Gestión, general y administración	38,9	6%	40,2	6%
<b>Otros gastos</b>	<b>126,3</b>	<b>20%</b>	<b>121,6</b>	<b>19%</b>
<b>Total gastos</b>	<b>616,8</b>	<b>100%</b>	<b>648,2</b>	<b>100%</b>
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas	2,9		-4,7	
<b>Superávit / déficit tras cambio de divisas</b>	<b>51,5</b>		<b>22,5</b>	

\* = Gastos de proyectos y de apoyo sede-terreno

BALANCE (situación financiera a final de año)	2009		2008	
	M €	%	M €	%
Líquido y equivalentes	433,3	80%	375,6	77%
Otros activos corrientes	68,5	13%	73,3	15%
Activos a largo plazo	36,6	7%	37,0	8%
<b>Total activos - Neto</b>	<b>538,4</b>	<b>100%</b>	<b>485,9</b>	<b>100%</b>
Fondos afectados	2,5	0%	2,5	1%
Fondos no afectados	475,5	89%	423,8	87%
Otras reservas	-9,8	-2%	-13,9	-3%
<b>Total reservas</b>	<b>468,2</b>	<b>87%</b>	<b>412,4</b>	<b>85%</b>
Pasivos corrientes	70,2	13%	73,5	15%
<b>Total pasivos y reservas</b>	<b>538,4</b>	<b>100%</b>	<b>485,9</b>	<b>100%</b>

DATOS DE RRHH	2009		2008	
	Nº de personal	%	Nº de personal	%
Médicos	1.239	26%	1.052	23%
Enfermeros y otro personal sanitario	1.459	31%	1.452	31%
No sanitarios	2.046	43%	2.113	46%
<b>Total salidas internacionales (año completo)</b>	<b>4.744</b>	<b>100%</b>	<b>4.617</b>	<b>100%</b>
Personal internacional	2.015	9%	2.029	8%
Personal nacional	20.447	91%	23.944	92%
<b>Total puestos terreno</b>	<b>22.462</b>	<b>100%</b>	<b>25.973</b>	<b>100%</b>
<b>Primeras misiones (año completo)</b>	<b>874</b>	<b>18%</b>	<b>1.142</b>	<b>25%</b>

### 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 2009, el 88,3% de los ingresos de MSF provinieron de fuentes privadas. Más de 3,8 millones de socios y donantes privados en todo el mundo lo hicieron posible. Entre los financiadores institucionales públicos que aportan fondos a MSF, se encuentran: ECHO y los gobiernos de Alemania, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido y Suecia.

### Gastos

Los gastos se asignan de acuerdo con las principales actividades realizadas por MSF. La partida de Operaciones incluye 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.

**Fondos afectados** pueden ser fondos que los donantes exigen que sean invertidos o retenidos en vez de gastados, o pueden ser el nivel mínimo de reservas obligatorio que debe ser retenido por algunas secciones.

**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 discreción 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, incluida 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 2009, la parte disponible (los fondos no afectados disminuyeron por las diferencias de cambio) representaba 9,1 meses de actividad. El propósito de las reservas es cubrir las siguientes necesidades: futuras grandes emergencias para las que no se obtengan fondos suficientes, y/o 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 financiación previa de operaciones que posteriormente se sufragarán con campañas de captación de fondos y/o financiación institucional.

**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 tipos de intervenciones concretos).

*El Informe Financiero 2009 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) 700 13 01 00 | F 49 (30) 700 13 03 40  
office@berlin.msf.org |  
www.aerzte-ohne-grenzen.de  
Pr Dr. Tankred Stoebe | DG Dr. Frank Doerner

## **Australia Médecins Sans Frontières**

Suite C, Level 1 | 263 Broadway Glebe  
NSW 2037  
PO BOX 847 | Broadway NSW 2007 | Australia  
T 61 (0) 29 552 4933 | F 61 (0) 29 552 6539  
office@sydney.msf.org | www.msf.org.au  
Pr Dr. Nicholas Coatsworth |  
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 | Bélgica  
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 |  
DG 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. Jesper H.L. Jørgensen |  
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 Dra. 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@paris.msf.org | www.msf.fr  
Pr Dra. Marie-Pierre Allié | DG Filipe Ribeiro

## **Grecia Médecins Sans Frontières/ Πατών 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

## **Holanda Médecins Sans Frontières/ Artsen zonder Grenzen**

Plantage Middenlaan 14 | 1018 DD Ámsterdam  
| Países Bajos  
T 31 20 520 8700 | F 31 20 620 5170  
office@amsterdam.msf.org |  
www.artsenzondergrenzen.nl  
Pr Dr. Pim De Graaf | DG Hans van de Weerd

## **Hong Kong Médecins Sans Frontières/ 香港無國界醫生**

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 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.medicisenzafrotiere.it  
Pr Raffaella Ravinetto | DG Kostas Moschochoritis

## **Japón Médecins Sans Frontières / 国境なき医師団日本**

3F Waseda SIA Bldg | 1-1 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 Dr. Nobuko Kurosaki | 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 Dr. Bechara Ziadet | DG Karine Van Houte

## **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 Boekan | DG Patrice Vastel

## **Reino Unido Médecins Sans Frontières**

67-74 Saffron Hill | Londres EC1N 8QX | Reino  
Unido  
T 44 207 404 6600 | F 44 207 404 4466  
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk  
Pr Paul Foreman | 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.lakareutangranser.se  
Pr Kristina Bolme Kühn | DG Johan Mast

## **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 Abiy Tamrat | DG Christian Captier

## **Oficina internacional Médecins Sans Frontières**

Oficina Internacional y Oficina de Enlace con  
NNUU - 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  
Pr Dr. Christophe Fournier (hasta junio 2010)  
/ Dr. Umni Karunakara (desde julio 2010) SG  
Kris Torgeson. Resp. Relaciones institucionales:  
Emmanuel Tronc | emmanuel.tronc@msf.org

## **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  
Director: 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  
Enlace de MSF con la ONU: Fabien Dubuet  
fabien.dubuet@newyork.msf.org

### **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

### **Oficina de MSF en Brasil**

Rua Santa Luzia, 651/11º andar |  
Centro - Río de Janeiro | CEP 20030-040 | Río  
de Janeiro  
T (+55) 21 2220-8277 | www.msf.org.br

### **Oficina de MSF en Emiratos Árabes Unidos**

P.O. Box 47226 | Abu Dhabi, EAU  
T (+971) 2 6317 645 | www.msfuae.ae

### **Oficina de MSF en Argentina**

Carbajal 3211 | Código Postal 1426 | Belgrano  
Buenos Aires | Argentina  
T 54 11 4551 4460 | www.msf.org.ar

Pr Presidente | DG Director General  
SG Secretario General

# SOBRE ESTE INFORME

## Redacción

Alessandra Vilas Boas, Anne Yzebe, Andrea Bussotti, Brigitte Breuillac, Clara Tarrero, Claude Mahoudeau, François Dumont, François Servranckx, Frédéric Baldini, Gemma Ortiz Genovese, Irene Jancsy, Isabelle Ferry, Isabelle Jeanson, Isabelle Merny, Javier Sancho, Jehan Bseiso, Julia Kourafa, Julie Damond, Kate de Rivero, Koert Ritmeijer, Laura Brav, Laura McCullagh, Linda Nagy, Marcell Nimfuehr, Maria Masha, Dr. Martin De Smet, Naomi Pardington, Naomi Sutorius-Lavoie, Niamh Nic Carthaigh, Niklas Bergstrand, Olivier Falhun, Pascale Zintzen, Philippe Latour, Sam Taylor, Silvia Fernández, Susan Sandars, Susanne Doettling, Sylviane Bachy, Véronique Terrasse, Victoria Russell, Yasmin Rabiyan

## Agradecimientos

Christophe Fournier, Kris Torgeson, Erwin van't Land, Jordi Passola, Emmanuel Tronc, Corinne Galland, Djamila Mili y Scottie McLaren.

## Edición inglesa

**Editora jefe** Siân Bowen

**Apoyo editorial** Rachel McKee

**Edición fotográfica** Bruno De Cock

**Corrección** Diane Pengelly

## Edición francesa

**Editor** Frédéric Baldini

**Traducción** Translate 4 U sàrl (Alette Chaput, Emmanuel Pons)

**Apoyo editorial** Isabelle Palacin-Chen

## Edición italiana

**Coordinación** Barbara Galmuzzi

**Traducción** Selig S.a.S.

**Edición** Barbara Galmuzzi

## Edición española

**Coordinación** Aloïs Hug

**Traducción** Pilar Petit

**Edición** Eulalia Sanabra

## Edición árabe

**Coordinación** Tracy Crisp

**Traducción** Mounir El Boughdadi, Saoussen Haouet

**Edición** Jessica Moussan-Zaki

## Diseño y producción

ACW, Londres, Reino Unido

[www.acw.uk.com](http://www.acw.uk.com)

## Impresión

Gràfiques APR



Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional e independiente que presta ayuda de emergencia a personas afectadas por conflictos armados, epidemias, exclusión de la atención sanitaria y catástrofes naturales. MSF combina la prestación de atención médica de emergencia con el compromiso de dar testimonio del sufrimiento de las poblaciones y de los obstáculos encontrados para atenderlas.

La asistencia de MSF se basa únicamente en las necesidades de las personas, sin distinción de raza, religión, género o filiación política.

MSF cuenta con secciones en 19 países. En 2009, más de 22.000 médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios, expertos en logística, en agua y saneamiento y administradores prestaron asistencia médica en más de 65 países.

**Oficina internacional de MSF**

**78 Rue de Lausanne, Case Postale 116, CH-1211, Ginebra 21, Suiza**

**Tel: (+41-22) 8498 400, Fax: (+41-22) 8498 404, Email: [office-intl@bi.msf.org](mailto:office-intl@bi.msf.org), [www.msf.org](http://www.msf.org)**

**FOTO DE PORTADA**

Clínica móvil en Masisi, República Democrática del Congo. Una sanitaria de MSF examina a una mujer de 43 años violada a punta de pistola. La paciente recibió medicación y apoyo psicológico. © Sarah Elliott, RDC