

Informe de Misiones MSF-E 2013

**Acción médico-humanitaria independiente
en un mundo en cambio**



Sumario

3 Cronología 2013

6 Resumen de operaciones en 2013. Raquel Ayora, directora de Operaciones

7 Artículo Ser humano *dignifica* vidas: la guerra y sus consecuencias. Alejandro Pozo

10 Mapa de misiones en 2013

11 Artículo Evolución de la descentralización. Marta Cañas.

13 Tipología de actividades en los proyectos de MSF-E en 2013

14 Artículo La dignidad de los pacientes: ¿qué significa? Xisco Villalonga

17 Gastos de los proyectos de MSF-E en 2013

18 Recursos humanos en el terreno

19 Artículo RRHH restringidos en un mundo globalizado. Will Robertson

23 Actividades de la Unidad de Emergencias (UE)

24 Artículo La *burbuja*. Irene Schiess y Olimpia de la Rosa

26 Resumen de operaciones en 2013 por misión

27 Bolivia – Paraguay

32 Colombia

38 Artículo Para todo lo que quieras vivir, ¿la respuesta es Colombia? Javier Martínez

40 Etiopía

48 Filipinas

50 Artículo En la periferia del desastre. Agus Morales

53 Grecia

56 Guinea-Bissau

58 India

61 Irak

64 Kenia y Somalia

70 Artículo Somalia: una ausencia palpable, unos riesgos que persisten. W. Robertson

72 Mali

76 Marruecos

78 México

83 Níger

88 Artículo La medicina en casa. Cristian Casademont

90 Nigeria

93 República Centroafricana (RCA)

103 Artículo RCA: no es suficiente. Enrica Picco

105 República Democrática del Congo

117 Siria

123 Sudán

131 Sudán del Sur

139 Territorios Palestinos Ocupados (TPO)

142 Yemen

148 Zambia

151 Zimbabue

155 Datos estadísticos

162 Glosario

Cronología 2013



© Anna Surinyach

Enero

Yemen: proyecto de VIH/sida.

MSF abre un proyecto de VIH/sida en Saná, para mejorar el acceso de los pacientes a tratamientos de calidad y combatir el estigma. Es la primera vez que MSF trabaja con pacientes de VIH en un país árabe.



© MSF

Febrero

Mali: atención a los desplazados.

Los nuevos combates el mes anterior en el norte del país provocan otra oleada de desplazamientos. MSF asiste a las poblaciones desplazadas y locales en la provincia de Gao.



© Sara Maboger

Marzo

Marruecos: cierre de misión.

MSF cierra sus programas y denuncia el agravamiento de la violencia y vulnerabilidad de los migrantes subsaharianos debido unas políticas migratorias que colisionan con el respeto de los derechos humanos.



© Susana Oforio

Abril

Novartis: vencen los pacientes.

El Tribunal Supremo indio rechaza la apelación de la farmacéutica Novartis, tras siete años de batalla legal sobre la Ley india de Patentes. La sentencia protege el acceso a medicamentos esenciales y evita las patentes abusivas.

© Juan Carlos Tomasi



Mayo

Etiopía: emergencia nutricional.

MSF sigue trabajando en la emergencia nutricional de Teru, un remoto distrito de la región de Afar, donde gestiona 13 centros de nutrición terapéutica hospitalaria o ambulatoria y otros 12 de nutrición suplementaria.

© Juan Carlos Tomasi



Junio

Níger: malaria y desnutrición.

Con el fin de hacer frente al pico de malaria y desnutrición, los proyectos de Bouza y Madaoua implantan con éxito dos innovadoras estrategias comunitarias de prevención y tratamiento de ambas enfermedades.

© MSF



Julio

Blanca y Mone: por fin en casa.

Nuestras compañeras regresan por fin a casa. Habían sido secuestradas el 13 de octubre de 2011 en el campo de refugiados de Dadaab, en Kenia.

© Anna Surinyach



Agosto

Siria: síntomas neurotóxicos

Miles de pacientes con síntomas neurotóxicos son atendidos en tres hospitales apoyados por MSF. La organización advierte de que esta información no puede ser usada como prueba del origen preciso o autoría de la exposición.

© Yann Libessart



Septiembre

Somalia: MSF deja el país.

MSF remata el cierre de sus programas, anunciado en agosto por todas las secciones. Denuncia que el abuso y la manipulación de la acción humanitaria la obligan a poner fin a 22 años de asistencia.

© Juan Carlos Tomasi



Octubre

República Democrática del Congo: respuesta a emergencias

El equipo de emergencias de MSF en Kivu Sur finaliza su intervención de cólera en Uvira. La respuesta a emergencias es una constante en 2013: también responde a brotes de sarampión y malaria.

© Agus Morales



Noviembre

Filipinas: asistencia tras el tifón.

El tifón Haiyan arrasa parte del archipiélago. MSF-E centra sus actividades en Burauen (isla de Leyte), una zona de interior de difícil acceso que apenas había recibido asistencia y cuyo principal hospital no estaba operativo.

© Camille Lepage



Diciembre

República Centroafricana, Siria y Sudán del Sur: crisis simultáneas.

MSF responde a un tiempo a tres crisis de extrema violencia, que agravan aún más si cabe el sufrimiento de la población. Pacientes y personal e instalaciones médicas son blanco de ataques.

Resumen de operaciones en 2013

por Raquel Ayora, directora de Operaciones de MSF España

En julio de 2013, Mone y Blanca pueden, por fin, regresar a casa.

En marzo, República Centroafricana, el país inexistente, donde las tragedias son generalmente ignoradas, comienza su descenso hacia el caos. Nueve meses después, en diciembre, una violencia sin precedentes rompe el país por las costuras de las divisiones étnicas y religiosas. En Darfur (Sudán), los combates se multiplican, y con ellos, el número de desplazados. No anticipamos un conflicto abierto en Sudán del Sur, pero igualmente en diciembre las confrontaciones y matanzas entre nueres y dinkas desgarran la frágil paz del nuevo Estado. La guerra en Siria no ahorra ningún horror a la población civil, y no hay arma ni forma de violencia que no se emplee: los muertos, heridos, desaparecidos, amputados y torturados se cuentan por cientos de miles, y los desplazados, por millones.

Nuestros equipos consiguen alcanzar los epicentros de estas cuatro crisis, o al menos su periferia cercana, y prestar asistencia a numerosas víctimas, a menudo en condiciones casi imposibles de inseguridad. En 2013, tratamos a más de 6.000 víctimas de violencia directa, entre ellas a un centenar de víctimas de tortura. En enero de 2014, MSF-E trabaja en una decena de campos de desplazados y refugiados, un indicador significativo de la relevancia de nuestras operaciones y una señal de alerta sobre qué necesitamos hacer mejor y qué requerirá un esfuerzo conjunto en los próximos meses y años.

En Níger, todo lo que intentamos funciona. Es un año extraordinario e intenso para la misión: la mortalidad infantil, incluida la intrahospitalaria, ha descendido vertiginosamente desde los niveles alarmantes que habíamos registrado el año anterior.

Al margen de las ya mencionadas, a lo largo del año nuestros equipos responden a múltiples crisis y emergencias: epidemias en las zonas de más difícil acceso (en Alepo, bajo las bombas, en el norte de Mali, en Darfur), desastres naturales, violencia, desnutrición... La sucesión de emergencias nos hace aplazar o cancelar algunas aperturas de proyecto previstas en el Plan Anual, no sin causar frustración en los equipos que habían trabajado en las propuestas.

Es un año intenso en decisiones complejas. Médicos Sin Fronteras tira la toalla en Somalia, al menos temporalmente: en octubre, las cinco secciones clausuran las operaciones en el país. Las discusiones sobre posicionamiento, protección, gestión de seguridad y modelos operacionales en distintos contextos se suceden y acumulan a lo largo del año.

Perdemos acceso en zonas de Colombia y en Zimbabue. Insistimos en ganarlo, a menudo sin éxito o de manera demasiado frágil, en Etiopía y Sudán. Dejamos la puerta entreabierta en Nigeria. Damos algunos pasos tentativos en México hacia la asistencia a víctimas de otras situaciones de violencia. En los Territorios Palestinos Ocupados, en Irak y en Yemen, mantenemos el volumen y el perfil operacional. India progresa. La intervención de Chagas en Bolivia entra en proceso de reflexión (qué nos queda por hacer y cómo). Y es un año tranquilo para nuestras operaciones en República Democrática del Congo.

No puedo cerrar este artículo sobre 2013 sin recordar al Dr. Mohamed Abyad, cirujano sirio de 28 años de edad y miembro del equipo de MSF-E en Siria: fue asesinado en la provincia de Alepo, y su cuerpo apareció el 3 de septiembre. Y en el momento de escribir estas líneas, tras la liberación de nuestros colegas de la sección belga en Siria, otros cinco compañeros, de la sección francesa, continúan desaparecidos en Kivu Norte (RDC).

Ser humano dignifica vidas: sobre la guerra y sus consecuencias

Por Alejandro Pozo, Equipo de Asuntos Humanitarios de MSF Españaⁱ

En apenas diez días de diciembre, ocurrieron tres de los peores ejemplos observados en 2013 del mal que las personas podemos llegar a hacernos las unas a las otras. De los tres fueron testigos los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF).

Por un lado, varios cientos de personas perecieron víctimas de la violencia en apenas unas horas en Bangui, la principal urbe de la República Centroafricana. También se contaron por centenares los muertos en una sola jornada en Juba, la capital de Sudán del Sur, transformando en tragedia unas tensiones previas relacionadas con relaciones de poder. Finalmente, cayeron en Alepo, segunda ciudad siria, voluminosas bombas de barril, caracterizadas por su incapacidad para discriminar —tal y como exige el Derecho Internacional Humanitario— entre quien es combatiente y quien no lo es, algo imposible tanto por la naturaleza del armamento como por lo populoso de la zona.

Esta triple dosis de horror concentrado tomó por sorpresa incluso a nuestra organización, acostumbrada a la peor faceta del ser humano, si bien cabe reconocer que también hemos sido testigos de cómo, en las situaciones difíciles, surgen las mejores muestras de sensibilidad y solidaridad.

MSF dice trabajar en la práctica totalidad de países que atraviesan (o se eternizan en) una situación de conflicto armado. Y acertamos: en un vistazo rápido a cuatro de los centros de estudio de referencia que elaboran listas anuales de conflictos armadosⁱⁱ, constatamos que estamos presentes en casi todas las regiones identificadas como de “conflicto armado”.

Sin embargo, nos parece muy reducido el impacto que, según estos centros, causan tales conflictos sobre la población. Aun aceptando que es imposible tener estadísticas remotamente fiables sobre las consecuencias de las guerras (por falta de medios, limitaciones de acceso y sobre todo por la subjetividad de la valoración del sufrimiento), consideramos que el dolor generado queda mal representado en estas listas e informes.

Este escrito no pretende en absoluto cuestionar la credibilidad de estos centros ni su rigor o su bien fundamentada metodología. Ni MSF está preparada para ello ni es este su cometido. Además, cabe reconocer que desempeñan una función importante en el análisis de la guerra. Sin embargo, consideramos necesario insistir en algo que constatamos cada día: que los “muertos relacionados con los combates” que estos informes registran, sin querer reducir ni un ápice el dolor que representan, no suponen sino una parte pequeña, pequeñísima, del total de víctimas.

Expresémoslo en un ejemplo. Años atrás, un equipo de MSF basado en una región del centro-sur de Somalia escuchó disparos de fusil de asalto en cuatro ocasiones diferentes a lo largo de un periodo de siete meses. No se produjo ninguna otra detonación indicativa de combates en una zona caracterizada por la falta de montañas y el atronador silencio. Aquel año, ninguno de los centros de referencia mencionados incluyó a Somalia en sus listas de países en situación de beligerancia.

Sin embargo, qué si no la guerra podía explicar buena parte de las dinámicas y el comportamiento de la población, su mirada cortoplacista, sus miedos e ilusiones, su estado de ánimo, sus métodos de sustento y sus relaciones inter e intracomunitarias. No había guerra, nos decían, pero tampoco existían autoridades ni sistemas sanitarios, ni apenas hospitales o centros de atención médica

ⁱ Las opiniones vertidas en el artículo son del autor y no reflejan necesariamente la posición de la organización.

ⁱⁱ La Universidad de Uppsala (Suecia), la Universidad de Heidelberg (Alemania), el Instituto Internacional de Estudios Estratégicos (IISS) de Londres, y la Escuela de Cultura de Paz de la Universidad Autónoma de Barcelona.

dignos de ese nombre. Y todo ello se debía, precisamente, a la guerra. Con etiqueta de “conflicto armado” o sin ella, la gente moría por no tener acceso a la salud. Esta misma experiencia también la ha tenido MSF en otros lugares a los que hemos llegado a denominar crisis olvidadas, entre las que se han encontrado tanto República Centroafricana como Sudán del Sur.

En efecto, la guerra es, desgraciadamente, mucho más que un número de muertos entre dos fechas determinadas. En ella se suceden un sinfín de impactos en el corto plazo: además de los muertos y heridos, los desplazados internos y los refugiados padecen un abanico de dificultades que incluyen tanto el abandono del lugar que da sentido a sus vidas, como el drama del traslado y el reasentamiento en el lugar de acogida, no siempre calurosa. De conseguir regresar, encontrarán un lugar que les costará reconocer, al haber sido construido su imaginario desde la distancia y el dolor.

También encontrarán hambre y epidemias, la muerte de los animales de sustento, el abandono de las tierras de cultivo, las violaciones y abusos sexuales, los trastornos mentales, la pérdida de la confianza, incluso entre vecinos, entre otrora amigos, la destrucción de infraestructuras, de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales, del espejo en el que reconocer la propia identidad, la contaminación del entorno, el miedo, la amenaza, la indignación.

Y también sufrirán en el medio y largo plazo, dado que muchos heridos morirán tras el fin oficial de las hostilidades o verán sensiblemente mermada su calidad de vida. Llegarán entonces las consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual contraídas en la guerra, el impacto en la salud del armamento sin explotar o contaminante; la ruptura del sistema educativo; la falta de motivación y confianza...

Algunos de estos efectos pueden durar, en efecto, décadas, generaciones. La salud mental no se recupera de la noche a la mañana, como tampoco es fácil reconstruir adecuadamente el tejido social. MSF solo tiene experiencia en intentar paliar el impacto de unas pocas de estas consecuencias en el corto plazo y, pese a nuestra proximidad, no resulta fácil imaginar el conjunto del horror de la guerra.

¿Está MSF preparada para explicar ese sufrimiento? Algunos tienen la sensación de que las guerras han sido más desastrosas en 2013 que en años anteriores. De hecho, algunas de nuestras estadísticas apuntan precisamente en esa dirección: hemos tratado a más víctimas de violencia. Uno podría cuestionarse, con razón, si ha sido la violencia la que ha aumentado en los territorios en los que trabajamos, o si hemos sido más bien nosotros quienes hemos ampliado o reorientado nuestras operaciones. Quizá ambos razonamientos sean complementarios porque, al menos en la teoría, la respuesta debe adaptarse a las necesidades. Sea cual sea la explicación, probablemente en MSF tampoco podemos comprender tanto dolor en su justa medida.

Sin embargo, considerando nuestro eventual valor añadido, podemos preguntarnos cómo influir en otros para que muestren interés por ciertos lugares y por los efectos de los conflictos en las personas que allí habitan, sobre todo los efectos relacionados con la falta de acceso a la salud. Es obvio que no nos importa tanto la etiqueta de *conflicto armado* como el hecho de que determinadas crisis reciban una atención adecuada.

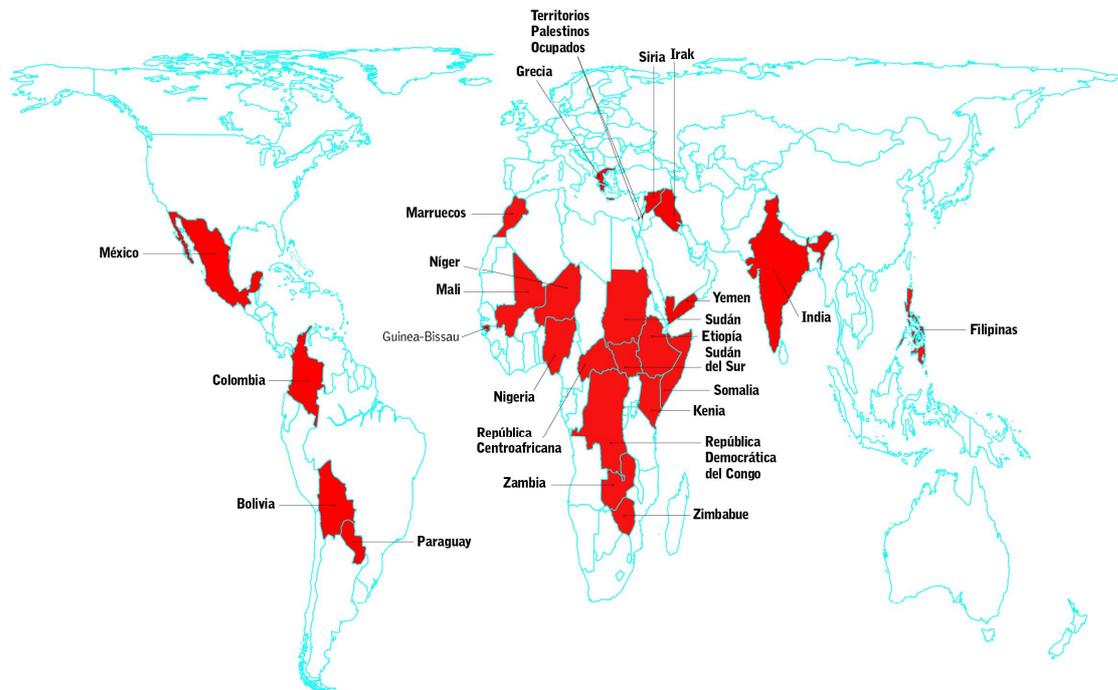
Sabemos que existen escenarios que, con independencia del número de víctimas mortales, serán a ciencia cierta protagonistas en las relaciones internacionales. Por otro lado, si consideramos que el olvido mata, se trata de preguntarnos cómo podríamos influir para que tragedias menos geopolíticas y visibles reciban una mayor y mejor atención.

Una de las vías que utilizamos es facilitar la tarea de los periodistas para que cubran estas crisis. La pregunta es si debemos intentar algo parecido con quien influye, con sus estudios y análisis, en las decisiones políticas. No tenemos ahora ni respuesta ni propuesta. Además, también existen riesgos asociados. Dejémoslo de momento en reflexión. Algo haremos con ella.

Dice la Real Academia Española que humanidad (en su quinta acepción) es “sensibilidad, compasión de las desgracias de nuestros semejantes”. Sin embargo, da la impresión de que el sistema internacional se preocupa sobre todo de la violencia mediatizada y el espectáculo de la muerte. Se disponen recetas quirúrgicas basadas en la negociación y el músculo militar para responder al drama puntual visibilizado —el de los muertos—, con el fin de apagar rápidamente el fuego, si bien puede producirse el efecto contrario y generarse un incendio allí donde solo había brasas. Pero tenemos propensión al olvido rápido, a la reducción del sufrimiento a sus vertientes más visibles, a su banalización, a su conversión en estadísticas.

Desde determinado punto de vista, muy común, las guerras en RCA y en Sudán del Sur empezaron en 2013. Pero sabemos que no era paz lo que había antes. Quizá reducir el sufrimiento que provocan solo al número de muertos suponga *lesa* humanidad, en cuanto que la agravia, la lastima. Ser humano salva vidas, nos decimos. Pero también las dignifica.

Mapa de misiones de MSF-E en 2013



Misiones regulares

Bolivia - Paraguay

Colombia

Etiopía

Filipinas

Grecia

India

Irak

Kenia - Somalia

Mali

Marruecos

México

Níger

Nigeria

República Centroafricana

República Democrática del Congo

Siria

Sudán

Sudán del Sur

Territorios Palestinos Ocupados

Yemen

Zambia

Zimbabue

Misión exploratoria

Guinea-Bissau

Tipos de proyecto



Víctimas de conflictos armados



Víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria



Víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas



Víctimas de emergencias



Víctimas de desastres naturales

Evolución de la descentralización durante 2013

por Marta Cañas, directora adjunta de Operaciones de MSF España

2013 empezó con una unidad operacional descentralizada plenamente operativa en Nairobi y una célula deslocalizada en Buenos Aires. La evolución de ambas iniciativas ha sido muy diferente: al terminar el año, nos encontrábamos con la célula de Buenos Aires desmantelada, la Unidad de África del Este (EAU) consolidada y reforzada, y con una nueva unidad operacional empezando su andadura en Dakar.

A finales de 2013 se realizó una evaluación sobre la descentralización operacional. Entre otras muchas cuestiones, se analizaron las diversas causas que desencadenaron el desmantelamiento de la célula de Buenos Aires. La razón más crítica fue la propia localización de la unidad; a pesar de que, por cuestiones institucionales, se consideró la mejor opción en su día, desde un punto de vista estrictamente operacional fue difícil encontrar en Argentina los valores añadidos que permitirían reforzar nuestras apuestas operacionales en la región. Estas están vinculadas sobre todo con situaciones de violencia no asociada a conflicto sino a bandas criminales, inmigración, etc. Una de las grandes lecciones aprendidas es que es clave descentralizar a lugares considerados núcleos humanitarios o en los que se pueda trabajar en red con otros actores con nuestras mismas preocupaciones.

En los últimos meses del año, se reorganizó la distribución de misiones entre las células con una perspectiva regional, y se decidió que los países de América Latina serán gestionados por un equipo basado en Barcelona, y más concretamente por una célula especializada en países de renta media, tanto en Latinoamérica como en Oriente Próximo.

En conclusión, no está previsto volver a tener una unidad operacional en la región, aunque seguiremos buscando valores añadidos descentralizados, como son la optimización de la respuesta a emergencias en el continente, la mejora de la reflexión sobre cómo trabajar en contextos de violencia no asociada a conflicto, y la capitalización y posibilidad de replicación de los modelos de acción contra el Chagas.

En el caso de la EAU, siempre hubo un consenso generalizado de que Nairobi era un lugar con claro valor añadido para las operaciones, al ser un núcleo humanitario, y por su proximidad geográfica a una gran parte del portafolio operacional de MSF-E. Durante 2013, pudimos ver resultados concretos del trabajo de la Unidad. Por ejemplo, dada su posición privilegiada, la EAU lideró varios procesos interseccionales, como el de mejora de la colaboración entre las diferentes secciones en Somalia o el relanzamiento de operaciones en Eritrea.

Por otra parte, se ha desarrollado una buena red de contactos con actores humanitarios, de seguridad, centros de reflexión, académicos, diásporas de diferentes países, etc. Esto ha permitido a la EAU dos resultados fundamentales: mejorar nuestra comprensión de los contextos de la región y sus dinámicas, y reforzar nuestra capacidad de influir en actores clave de la región (es decir nuestra capacidad de incidencia política).

El hecho de crear una red sólida y a largo plazo con directores regionales de las agencias de Naciones Unidas y las grandes ONG internacionales nos permite llamar a su puerta con más facilidad, y también alertar o denunciar más fácilmente y probablemente con mayor influencia sobre las cosas que nos preocupan. Este papel ha sido y continúa siendo importante para crisis como la de Sudán del Sur. En este sentido, el equipo de MSF-E trabaja en labores de representación para todo el movimiento y no solo para nuestra sección.

Otra conclusión clave de la evaluación fue que delegar autoridad con confianza requiere, de forma crítica, un muy buen alineamiento con los equipos descentralizados. Debido a la importancia operacional de la región del Este y Cuerno de África, se decidió trasladar a la EAU a la directora

adjunta de Operaciones. Esto garantizó la alineación con las orientaciones operacionales globales, la imparcialidad en la toma de decisiones y un adecuado apoyo a la célula.

En términos de apoyo al terreno, según las entrevistas realizadas a los equipos de coordinación, las misiones recibieron un buen apoyo de las células, con mayor presencia de estas en momentos críticos y procesos de planificación más efectivos. La encuesta indica que también consiguió sortearse el riesgo de microgestión, uno de los mayores miedos existentes antes de empezar el proceso. En Nairobi, debido al trasvase de autoridad de la directora de Operaciones hacia su adjunta, las misiones percibieron mayor rapidez en la toma de decisiones. Otro aspecto importante y positivo es que los miembros de estas células tuvieron un peso más pequeño en la burocracia, *ruido* y política interna de la sede, permitiéndoles un trabajo más dinámico y más orientado a sus portafolios operacionales.

Por supuesto, todavía queda mucho espacio de mejora. Aunque las operaciones gestionadas por la célula de Nairobi se han beneficiado mucho de la red de contactos de la Unidad, el resto del departamento de Operaciones no ha aprovechado todo lo posible esta capacidad de influencia en la región. Por otro lado, a pesar de que la Unidad está en una fase de consolidación, sigue habiendo muchos procesos administrativos centralizados en la sede, que dificultan el trabajo diario, algo que deberá mejorar a lo largo de 2014. El apoyo de los departamentos de la sede a las células descentralizadas y sus misiones fue en líneas generales correcto, y poco a poco se va superando la barrera de la distancia física, aunque, como decíamos, queda trabajo pendiente.

A día de hoy, la descentralización de las operaciones es una realidad en marcha. Hay varias iniciativas en curso y todas persiguen el mismo objetivo: mejorar las operaciones. Colocar capacidades operativas en centros regionales, donde hay conocimiento y actores clave, ayudará a que MSF-E entienda mejor las realidades de los contextos donde trabaja, mejore sus enfoques técnicos y operacionales, tenga mayor influencia política, y proporcione un mejor apoyo a las misiones. Estamos convencidos de todo ello.

Hemos identificado tres regiones clave en términos de crisis humanitarias y que engloban la mayoría de las operaciones actuales y futuras de MSF-E. Estas regiones son: África del Oeste y Sahel, África del Este y Cuerno de África; y Oriente Próximo. Cada una de estas regiones tiene o tendrá una unidad operacional, que serán asimétricas ya que su composición dependerá del valor añadido potencial de cada región y de las necesidades de las misiones. Las unidades operacionales en estas tres regiones no tienen por qué incluir células operacionales.

En este sentido, la unidad de Dakar ya es una realidad. Durante 2013 hemos reflexionado sobre su contenido y sobre las capacidades en que sería más adecuado invertir. Finalmente, hemos decidido que la unidad no constará de una célula operacional, sino de un responsable con tareas de representación y creación de una red de contactos de alto nivel. El responsable de la unidad trabajará estrechamente con las células operacionales con misiones en el área de influencia de Dakar (Mali, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Guinea-Bissau), y estará acompañado por dos perfiles médicos (epidemiólogo y pediatra) y por un responsable de Asuntos Humanitarios (que serán reclutados en 2014).

Nuestra apuesta por la descentralización es muy clara: estamos convencidos de que es un gran valor añadido para nuestras operaciones. Esta inversión se acompaña de una serie de cambios internos, restableciéndose el Comité de Dirección para el proceso y mejorándose la comunicación interna. Hemos acordado extender la descentralización a áreas no operacionales. Ya tenemos muchas lecciones aprendidas y hemos avanzado muchísimo en el desarrollo de la unidad de Nairobi. Todavía hay mucho trabajo por delante pero estamos entusiasmados con los resultados obtenidos hasta ahora y los que anticipamos para las nuevas iniciativas.

Tipología de actividades en los proyectos de MSF-E en 2013*

Actividades Indicadores cuantitativos	Total
Consultas externas	1.815.626
Hospitalizaciones	76.472
Cirugía	4.383
Malaria (total)	530.097
Malaria (confirmados)	469.946
CNT hospitalario	9.321
CNT ambulatorio	39.805
CNS	1.228
Apoyo nutricional selectivo	625
Consultas prenatales (totales)	114.933
Consultas prenatales (nuevas)	61.243
Partos	26.932
Atención posnatal	28.212
Violencia sexual	1.251
Violencia directa	6.246
Víctimas de tortura	109
VIH (pacientes atendidos)	19.806
TAR 1ª línea (casos)	18.486
TAR 1ª línea (nuevos)	3.998
TAR 2ª línea	100
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	1.671
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	1.429
TB (total)	2.119
TB (MDR)	25
Kala azar	1.479
THA	49
Chagas	4.400
Vacunación sarampión (brote)	205.275
Sarampión (tratamiento)	5.195
Vacunación sarampión (rutina)	70.327
Meningitis (tratamiento)	441
Vacunación meningitis	133.633
Vacunación fiebre amarilla (brote)	95.981
Cólera	1.860
Salud mental, consultas individuales	48.926
Salud mental, consultas en grupo	21.338
Distribución general de alimentos	1.188
Distribución selectiva de alimentos	700
Artículos de primera necesidad	88.072
Saneamiento	179
Distribución de agua (en litros)	15.918.561

* Información más detallada sobre estos indicadores en el glosario.

La dignidad de los pacientes: ¿qué significa?

Por Xisco Villalonga, adjunto a la dirección de Operaciones de MSF-E

La dignidad de los pacientes está imbricada en la esencia de MSF, en la praxis médica de nuestra acción. Pero al intentar definir qué queremos decir cuando hablamos de dignidad, y dónde debemos situar este concepto en el universo de nuestra acción, entramos en un campo más abstracto e indefinido.

En un presente donde se alzan voces críticas tildando de etnocentristas a conceptos supuestamente reconocidos como universales como son los Derechos Humanos —y sus derivas instrumentales, como la justicia internacional o el Tribunal Penal Internacional—, posiblemente el concepto de la dignidad humana es de los que aún cuentan con reconocimiento universal.

Situar la dignidad de las personas, de nuestros pacientes, en el centro de nuestra acción humanitaria (humana) debe permitir a MSF huir de las polarizaciones que oscilan entre los relativismos culturales extremos, y las imposiciones *occidentales* u otras. El respeto a esa dignidad es, de hecho, una de las mejores armas para transcender los problemas de percepción y aceptación que nos bloquean el acceso en algunas de nuestras intervenciones: es un mínimo denominador común sobre el que construir nuestro diálogo y negociación con individuos y actores.

El Acuerdo de La Mancha (uno de los principales documentos de definición de la misión social de MSF, de 2006) ya identifica como claves aspectos importantes relacionados con la dignidad de los pacientes, tales como la información que se les proporciona, la calidad asistencial, la transparencia y rendición de cuentas, o los abusos de poder. Todo ello ya da ciertas pistas sobre qué entender por dignidad del paciente en MSF.

MSF no debe entender dignidad solo como el respeto a la autonomía de las personas: sería una interpretación muy reduccionista de cómo entendemos y debemos abordar nuestra relación con las poblaciones y personas a las que pretendemos asistir. Desde un enfoque que reconoce la dimensión holística de los seres humanos, hablar de autonomía no es suficiente, ya que la dignidad contempla también el alivio del sufrimiento, el respeto a la intimidad y la seguridad. Cierra el círculo la acción de testimonio, y todo ello debe hacerse desde la sensibilidad intercultural, que es imprescindible dadas la naturaleza y características del trabajo de MSF. El reconocimiento y aceptación del otro es condición *sine qua non* para garantizar el respeto de la dignidad humana en el acto médico y humanitario.

Cómo hacer operativa en nuestra acción la dignidad del paciente

Si bien difícilmente nadie duda de la importancia del respeto a la dignidad del paciente en MSF, cómo traducirlo en acciones concretas que la protejan y promuevan no es tan evidente, o por lo menos no está desarrollado como eje vertebrador en la organización, más allá de acciones llevadas a cabo de manera puntual como han sido las consultas a los beneficiarios (dentro del programa de *Accountability towards beneficiaries*, Rendición de cuentas con los beneficiarios) u otras. Hacer tangible un principio, valor o concepto requiere herramientas.

Uno de los instrumentos que bien puede servir a este fin es el programa de Seguridad y Protección del paciente. Si bien no es la única herramienta útil para este propósito, puede cumplir una función de centro de gravedad para abordar la cuestión de la dignidad, al resituar a las personas, nuestros pacientes, en el centro de nuestra acción.

El abordaje inicial de este programa se centra en la responsabilidad de MSF a la hora de garantizar la seguridad de los usuarios de servicios en sus estructuras de salud de una manera integral. Bajo esta iniciativa, se vertebran gran diversidad de áreas, reforzando su carácter multidisciplinar e integrándolas en todos los niveles de la organización. Algunos de estos campos están ya en pleno desarrollo, como la prevención y control de la infección nosocomial. Otras,

como la seguridad física de las instalaciones, han visto avances importantes en los dos últimos años, gracias al plan de mejora de los sistemas eléctricos.

Respecto a la protección de la intimidad y la confidencialidad de la información médica, queda mucho por hacer: hemos de diseñar e implementar sistemas y protocolos que nos permitan garantizar la confidencialidad en los entornos amenazantes en los que se desarrolla muchas veces nuestra asistencia.

Asimismo, la prevención y la gestión de los casos de abuso de poder requerirán ir más allá de las actuales guías de conducta. La acción del Comité de Comportamiento será capital, así como la definición de protocolos y medidas preventivas que reduzcan la probabilidad de tales prácticas, reforzándose todo ello con la aplicación de medidas disciplinarias adecuadas en caso necesario. En aquellos lugares donde trabajamos con personal del Ministerio de Salud, deberemos asegurarnos de la eficacia de estas medidas de prevención y protección, prestando atención al desempeño de estos trabajadores.

El respeto de las estructuras sanitarias como espacios humanitarios no es un tema nuevo para nuestra organización, pero los recientes ejemplos en Siria o República Centroafricana, con actos impunes de individuos y grupos armados en y contra instalaciones de salud, ponen de relieve lo actual de los retos relacionados con este tema. Nuestras acciones, desde la negociación hasta la denuncia pública, deben regirse por la responsabilidad hacia nuestros pacientes.

Descentralización de la asistencia médica

Todos los conceptos arriba mencionados deberán ser trasladados y traducidos a la actividad médica periférica, dada la apuesta decidida de MSF-E por modelos y estrategias médico-operacionales que descentralizan la asistencia y la sacan de las estructuras sanitarias para hacerla accesible a la población más vulnerable.

La voz de los pacientes

La participación de los pacientes en el diseño de nuestros programas es un tema recurrente que, bajo el prisma de la dignidad, requiere ser reconocida, favorecida y fomentada. Se trata de dar voz a nuestros pacientes, como sujetos que hacen sus propias elecciones: desde el respeto, no la condescendencia, y ayudando a restaurar su capacidad de tomar tales decisiones. El principio rector de nuestra relación con los beneficiarios debe ser acompañarles en este proceso decisorio, analizando las posibles alternativas y la realidad (habitualmente compleja) de la persona, y basándonos en el consentimiento informado.

La información sobre errores médicos requiere de mecanismos específicos para su registro y gestión. De igual manera, es necesario sistematizar la recogida y tratamiento de quejas y reclamaciones de los pacientes y cuidadores.

La relación médico-paciente

Lo anteriormente dicho debe enmarcarse en la relación entre médico (y por extensión todo agente proveedor de cuidados) y paciente. Aun siendo plenamente conscientes de la asimetría de esta relación, es necesario el reconocimiento de la dignidad del otro en el acto médico y humanitario individual.

Como se ha mencionado anteriormente, el programa de Seguridad y Protección del paciente es solo uno de varios aspectos pendientes de desarrollo. Atendiendo a la concepción de dignidad que queremos hacer operacional, hay otros ejes que deberán desarrollarse. Uno de los más importantes es el manejo adecuado del dolor, una cuestión recurrente en nuestras discusiones, y que merece un programa concreto de definición e implementación integral y multidisciplinar. Asimismo, deberemos abordar temas como el alivio del sufrimiento o los cuidados paliativos en la fase final de la vida.

Parte de estos elementos, considerados de forma conjunta, pueden configurar lo que consideraríamos una Declaración o Carta de Derechos del Paciente. ¿Sería suficiente la adopción de tales referencias o estándares como en cualquier hospital? Probablemente no. La complejidad y peculiaridad de nuestra acción humanitaria y el entorno donde se desarrolla hacen más apropiada una reflexión que asuma como propia la perspectiva de las personas en situación de vulnerabilidad a las que queremos asistir.

Gastos de los proyectos de MSF-E en 2013

Países y misiones	Gastos (en euros)	%
Bolivia y Paraguay	1.657.455,02	2,0
Colombia	3.730.447,07	4,5
Etiopía	3.591.035,05	4,3
Filipinas	2.750.807,90	3,3
Grecia	418.427,00	0,5
Guinea-Bissau	274.963,18	0,3
India	2.224.128,57	2,7
Irak	1.794.176,06	2,1
Kenia y Somalia	5.466.936,99	6,5
Mali	2.216.741,07	2,6
Marruecos	379.138,31	0,5
México	1.686.500,81	2,0
Níger	8.649.530,29	10,3
Nigeria	372.109,77	0,4
República Centroafricana	10.105.426,04	12,1
República Democrática del Congo	8.869.989,72	10,6
Siria	7.146.212,33	8,5
Sudán	3.158.788,67	3,8
Sudán del Sur	7.369.961,85	8,8
Territorios Palestinos Ocupados	1.347.767,03	1,6
Yemen	2.673.601,71	3,2
Zambia	973.591,75	1,2
Zimbabue	5.235.573,11	6,3
Unidad de Emergencias - Antena de Dakar	142.280,07	0,2
Unidad de Emergencias - Antena de Nairobi	239.500,99	0,3
Unidad de Emergencias - Antena de Panamá	205.150,75	0,2
Otros gastos, exploratorias, misiones cortas	1.064.452,49	1,3
GASTOS TOTALES	83.744.693,60	100
Total Emergencias	19.612.967,24	23,42
Total Misiones regulares	64.131.726,36	76,58
Gastos totales	83.744.693,60	100,00

Recursos humanos de MSF-E en el terreno*

	FTE internacionales	FTE nacionales**
Misiones regulares***	380,04	3.566,39
Dakar – Base de emergencias	1,43	2,00
Nairobi – Base de emergencias	2,96	5,59
Panamá – Base de emergencias	0,94	3,00
TOTAL	385,37	3.576,98

* Información detallada sobre los FTE en el glosario.

** Las cifras de FTE nacionales no incluyen al personal de los Ministerios de Salud que reciben incentivos de MSF (información disponible en los resúmenes de cada misión).

*** Información detallada en las fichas de cada misión y proyectos correspondientes.

Recursos humanos restringidos en un mundo globalizado

Por Will Robertson, responsable de Célula de MSF Españaⁱ

La paradoja de la globalización es que, a pesar de la sensación de que el mundo se contrae, muchos grupos han endurecido su apropiación del discurso localista o comunitario. Mucho se ha escrito sobre este tema desde diversos ámbitos, pero el punto principal para nosotros es saber si somos compatibles con nuestra finalidad operacional.

En Operaciones, tenemos la sensación de que muchas áreas se están quedando fuera de nuestro alcance. Nuestro modelo clásico de acción no está asegurando la aceptación de nuestro trabajo ni su impacto y, en cierto modo, no tenemos respuestas para estos desafíos. En esencia, estamos dejando de ser compatibles con los objetivos a los que aspiramos en muchos conflictos nuevos.

De alguna manera, la versión más desagradable del choque de civilizaciones está ganando la partida, y nosotros estamos perdiendo nuestra condición de tercero imparcial. Nuestra capacidad de proclamar y hacer entender la universalidad de nuestras intenciones humanitarias está siendo ahogada por un aluvión de posturas sectarias y amenazas criminales.

Este no es tan solo un debate *panglossiano*ⁱⁱ entre ingenuos ideales y tosco pragmatismo. El desafío de la universalidad golpea el corazón deontológico de nuestra declaración de objetivos y divide a nuestra organización. Actualmente estamos atrapados en un *debate meliano*ⁱⁱⁱ, en el que los grupos armados toman lo que su fuerza les permite tomar, y nosotros renunciamos, asumiendo compromisos dolorosos, a aquello a lo que nos obligan a renunciar.

Los conflictos, como los de Siria, Sahel o Somalia, entrañan grandes riesgos, como la amenaza de secuestros o de ataques específicos perpetrados por grupos transnacionales que basan su rechazo a MSF en nuestra condición de extranjeros. Estas amenazas son una verdadera espada de Damocles que pende sobre nuestras operaciones, restringiéndolas y planteando cuestiones fundamentales sobre la pertinencia de nuestros programas y compromisos.

Lo que empezó como un esfuerzo iterativo *ad hoc* por imprimir una nueva identidad cultural a nuestros equipos se ha generalizado y se ha vuelto más permanente. En el pasado, estos sesgos se basaban en la percepción de amenazas relacionadas con el rechazo a una nacionalidad o a un identificador cultural concretos; sin embargo, ahora, parece más bien que tendemos a la elección deliberada de ciertas personas atendiendo a la comunidad a la que pertenecen, su color o su nacionalidad. Y cabe plantearse si, con estas elecciones, estaremos contradiciendo nuestra propia declaración de objetivos: que la acción humanitaria médica es neutral, imparcial e independiente de los identificadores culturales de quien la presta.

En los últimos años, las restricciones en materia de recursos humanos han aumentado considerablemente. De entre las misiones actuales de MSF-E, solo cinco están absolutamente libres de ellas; en siete tenemos algún grado de restricción; y en seis las restricciones son importantes: Níger, Mali, Sudán (Tawila), República Centroafricana (Ndélé), Etiopía (Liben) e Irak.

ⁱ El artículo incluye aportaciones de Ignasi Soler, responsable de Gestión de Recursos humanos (RRHH), y de Stefano Manfredi, director del departamento de RRHH.

ⁱⁱ (N. del E.) El Dr. Pangloss, personaje de la novela *Cándido* de Voltaire, cree que todo sucede por una razón y para bien, lo cual le lleva a aceptarlo todo con un optimismo infundado. “Está demostrado –dice– que las cosas que suceden no pueden ser de otra forma; y dado todo está hecho con un fin, todo sucede necesariamente para bien”.

ⁱⁱⁱ (N. del E.) En *Historia de la Guerra del Peloponeso*, Tucídides narra el debate sucedido entre atenienses y melios antes de la guerra entre ambos pueblos. Durante el debate, los habitantes de Melos intentan convencer a los invasores de las ventajas de que su neutralidad sea respetada, mientras los atenienses insisten en que las únicas opciones son sumisión o destrucción. “En las cuestiones humanas –apunta Atenas–, las razones de derecho intervienen cuando se parte de una igualdad de fuerzas, mientras que, en caso contrario, los más fuertes exigen cuanto pueden y los débiles no tienen más remedio que ceder”.

MSF es quien ha decidido la mayoría de restricciones existentes, y los principales criterios utilizados han sido la nacionalidad (por ejemplo, no puede haber franceses en Mali ni estadounidenses en Irak); el origen o apariencia (nada de caucásicos en Níger); la cultura (no puede haber personal tuareg en Mali); el género (debido al riesgo de violencia sexual, como en zonas remotas de República Democrática del Congo); o cuestiones relacionadas con protocolos administrativos locales (que obligan a la contratación de personal nacional para determinados puestos, como en Zimbabwe o Etiopía).

Lo que está claro es que en estos escenarios ha aumentado la resistencia a ideales del acervo cosmopolita como la universalidadⁱ, y que probablemente existen riesgos vinculados a la cultura o la nacionalidad. Esta realidad es precisamente la que intentamos aprovechar para reducir nuestra exposición general a las amenazas.

Llegados a este punto, se impone un debate sobre los dilemas que nos plantea el actual escenario de *glocalización*: nuestro entorno hoy es global e interconectado, pero al mismo tiempo mucho más pequeño, por cercano, y dividido, por el deseo de conservar la identidad local.

Este choque supone que MSF tiene un mayor alcance, pero al mismo tiempo tiene también una capacidad de acceso más reducida: es como disponer de un Airbus gigantesco con menos pistas en las que aterrizarlo.

Los últimos informes sobre seguridad de la acción humanitaria ya apuntan a un cambio de paradigma, en el que las organizaciones hemos perdido parte del control de la situación: "Han quedado atrás los días en que la seguridad era el resultado de la benevolencia e independencia política de las intenciones. Las elecciones realizadas por las organizaciones humanitarias tendrán desde luego un papel importante en su seguridad, pero cada vez tendrán menos control sobre la interpretación de sus aspiraciones y acciones".ⁱⁱ

Esta erosión de la percepción positiva de MSF es muy preocupante.ⁱⁱⁱ Y ahora la pregunta ya no es solo qué riesgo variable corre el personal internacional: se trata de cómo podemos reconquistar el terreno perdido y reafirmar que la acción humanitaria de MSF es independiente de la comunidad, cultura, religión o nacionalidad a la que pertenece la persona que la presta.

La postura de MSF-E no responde del todo a esta pregunta. La neutralidad y la independencia son las herramientas pragmáticas que utilizamos para conseguir acceso, pero el factor determinante de nuestras acciones son la imparcialidad y la humanidad. Y sin embargo, no estamos defendiéndolo: no defendemos, dentro de nuestra lucha diaria, el que cualquier expatriado deba ser aceptado en cualquier lugar. No hemos establecido un *hasta aquí podemos llegar* en las concesiones de recursos humanos, una línea que no estamos dispuestos a cruzar y más allá de la cual suspendemos actividades. Seguimos tomando las decisiones de recursos humanos en función a las características del candidato, sean de género, bagaje cultural, carga administrativa o nacionalidad.

En este sentido, me pregunto por qué no estamos haciendo más para defender nuestra postura ante los grupos que rechazan nuestros ideales y las elecciones de recursos humanos basadas únicamente en las competencias y la voluntad humanitaria. Yo creo que un compromiso que se acepta sin defenderse es más bien un acatamiento.

Ganarse la confianza y aceptación de los actores beligerantes a través de la imparcialidad, la neutralidad y la independencia es obligatorio para llegar a las poblaciones atrapadas en conflictos.

ⁱ Es interesante reflexionar sobre la interpretación del séptimo principio del Movimiento de la Cruz Roja: la universalidad. No se trata de la declaración de un ideal singular, sino de una declaración sobre la situación comunitaria.

ⁱⁱ Armstrong, J. (2013), *El futuro de la seguridad humanitaria en los contextos frágiles*, Foro Europeo de Seguridad Interagencias.

ⁱⁱⁱ Las posturas antagónicas han sido constantes (basta con leer las denuncias realizadas), pero ahora parece que hemos perdido el acceso a amplios territorios debido a la poca aceptación que tenemos entre los grupos armados.

Sin embargo, debe ser la organización quien decida cómo lograrlo, y aquí queremos ser muy pragmáticos: recurriremos a personas y mecanismos que nos permitan reducir los riesgos y contrarrestar los razonamientos de aquellos actores que pueden dañarnos. Este es un paso que va más allá del modelo clásico de exclusión de los expatriados de determinados contextos: creemos que podemos establecer un grupo de trabajadores de ideas afines, independientemente de su color o cultura, que puedan tener mejor acceso a tales escenarios.

La acción médica humanitaria es un ideal universal por el que vale la pena luchar, y seguiremos resistiéndonos a la *balcanización* de nuestros recursos humanos (quién puede trabajar dónde). Tendremos que forzar nuestros límites, ser realistas y reconocer que el movimiento MSF no representa una aldea global, como tampoco lo es nuestro entorno de trabajo.

De hecho, seguimos teniendo una gran predisposición hacia Europa. Decimos ser *universales*, pero nuestra realidad contradice tal afirmación: seguimos siendo occidentales. No podemos promover nuestra identidad médico-humanitaria en la región de Oriente Próximo y Norte de África si el árabe ni siquiera es una de las lenguas *oficiales* de la casa: resulta difícil defender a MSF ante grupos que nos rechazan cuando ni siquiera hablamos su idioma. Podemos acabar siendo como ese turista molesto que repite las mismas palabras cada vez más alto porque no es capaz de hablar más claro.

El uso de expatriados *culturalmente compatibles* con el contexto no es una solución a largo plazo; como mucho, aprovecha la aceptación local y puede influir ligeramente en las decisiones de las partes beligerantes. Es cierto que puede facilitarle algo el trabajo a ese equipo que cruza un puesto de control, pero lugares como Siria y Somalia nos han demostrado que hay una proliferación de agentes para los que los principios humanitarios son irrelevantes.

La selección de expatriados según su nacionalidad u otros criterios diferenciadores ha sido una realidad para MSF durante años, lo cual no significa que debamos aceptarlo: debemos tener claro que es una elección forzada por la necesidad, y que debemos rechazarla siempre que sea posible. El espacio humanitario no es un espacio tangible, concreto: es un espacio negociado que se consigue con esfuerzo, sensibilización y acciones meritorias. Esto es algo que puede lograr cualquiera, porque nadie tiene el monopolio de la humanidad.

¿Podemos lograr que el personal internacional acceda a estos contextos, y de paso MSF mejore su adecuación al objetivo que nos planteamos? El departamento de Recursos humanos no puede lograrlo en solitario, ya que esto solo solucionaría las causas más inmediatas, sin abordar las más profundas o tangenciales.

En la actualidad, nuestros esfuerzos se centran en reclutar personas a las que no afecten los criterios de restricción, priorizar el desarrollo de nuestro personal, mejorar la evaluación de nuestra capacidad global o fomentar la movilidad para cubrir los puestos más críticos. Pero urge ir más allá.

Necesitamos seguir invirtiendo en modelos alternativos de intervención y en poner en práctica nuevas soluciones para los nuevos desafíos. Los modelos utilizados en el pasado puede que no encajen con los nuevos desafíos, pero ¿estamos seguros de todas formas de que contamos con los mejores modelos?

En un principio, nuestra manera de abordar las restricciones se limitaba a cubrir los mismos puestos con candidatos que no tuvieran perfiles conflictivos. La situación actual ha sido una oportunidad para cuestionar estos modelos de respuesta y proponer alternativas sólidas que pasan por organizar mejor nuestros equipos, revisar sus funciones y responsabilidades, y utilizar mejor nuestras capacidades (Níger es el mejor ejemplo de esto en 2013).

Un primer paso debería ser dejar de quejarnos por la falta de recursos y pasar a la acción para mantener las operaciones en curso cuando los contextos cambian. MSF necesita ser ágil, para

tener la capacidad de actuar rápidamente, y flexible, para adaptarse a los cambios y ser ella misma el motor de su propio cambio, sin que este venga impuesto por agentes externos.

Las células del departamento de Operaciones desempeñan un papel importante a la hora de impulsar el cambio, al alentar a los equipos a pensar de forma diferente, al ayudar a los demás departamentos a apoyar nuevas acciones y, por último, al utilizar su capacidad de proporcionar soluciones.

Hoy estamos hablando de las restricciones de recursos humanos, pero mañana será algo distinto, y si nos limitamos a reaccionar, siempre llegaremos tarde. Necesitamos ser más ágiles para poder anticiparnos e identificar las necesidades, y para proporcionar soluciones con medidas adecuadas y una mejor utilización de nuestras capacidades.

Este artículo analiza el posicionamiento sobre las restricciones en materia de recursos humanos, pero ofrece únicamente una serie de aspiraciones, para que MSF recuerde que también fue fundada por periodistas: necesitamos promover nuestro propio guión. Y quienes sigan resistiéndose a aceptar las restricciones, deben plantearse dos cuestiones: ¿seguimos siendo adecuados para el propósito que nos hemos planteado? ¿Qué fronteras creéis que debemos cruzar?ⁱ

ⁱ Tal y como reza una de las camisetas de MSF, citando a Ryszard Kapuscinski: "*Life is about trespassing borders*" ("la vida consiste en traspasar fronteras").

Actividades de la Unidad de Emergencias (UE)

2013 ha sido un año marcado por un gran número de intervenciones de emergencias, algunas de ellas de gran complejidad (como las de Siria o Filipinas), muchas como respuesta a situaciones de violencia resultantes en grandes crisis humanitarias para la población (Sudán del Sur o República Centroafricana), y siempre en línea con las prioridades operacionales.

Durante el año, la Unidad de Emergencias siguió trabajando con antenas descentralizadas para responder mejor a estas situaciones en zonas concretas. Las tres unidades en Panamá, Dakar y Nairobi han realizado el seguimiento de alertas epidemiológicas, riesgos de desastres, conflictos armados, etc.

En 2013, MSF-E aumentó su capacidad de respuesta a emergencias reforzando esta Unidad en Barcelona, así como reestructurando muchas de las misiones regulares, que cuentan ahora con equipos específicos, los llamados MERT (del inglés *Mission Emergency Response Team*).

Así ha sido el caso de República Democrática de Congo (RUSK), Darfur (NDER) y Níger (EMIPaM), y en el futuro, RCA y Etiopía. Desde la UE, se ha dado respaldo (con formación, asesoramiento y visitas de apoyo técnico) a algunos de estos equipos, para maximizar su capacidad de detección y seguimiento de alertas, y revisar y actualizar conjuntamente el plan de preparación para emergencias de la misión.

Las intervenciones llevadas a cabo por la Unidad de Emergencias están explicadas en las fichas de cada país de este informe.

Datos financieros						
	África del Oeste (Dakar)		África del Este (Nairobi)		América Latina y Caribe (Panamá)	
	en euros	%	en euros	%	en euros	%
Gastos						
Material para emergencias	2.398,62	1,69	16.930,54	7,07	70.498,46	34,36
Equipo regional de emergencias	139.881,45	98,31	222.570,45	92,93	134.652,29	65,64
Total gastos	142.280,07	100,00	239.500,99	100,00	205.150,75	100,00
Financiaciones						
Mango	50.000,00	35,05				
Inditex	75.000,00	52,58	150.000,00	62,63	75.000,00	36,56
MSF España	17.646,77	12,37	89.500,99	37,37	130.150,75	63,44
Total fondos privados	142.646,77	100,00	239.500,99	100,00	205.150,75	100,00
Total financiaciones	142.646,77	100,00	239.500,99	100,00	205.150,75	100,00

RRHH: FTE en las antenas descentralizadas de la UE en 2013						
	Dakar		Nairobi		Panamá	
	Nacional	Internacional	Nacional	Internacional	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	0,55	0,51	1,42	—	—
No sanitarios	2	0,88	5,08	1,54	3	0,94

La 'burbuja'

Por Irene Schiess y Olimpia de la Rosa, técnica logística y técnica sanitaria, respectivamente, de la Unidad de Emergencias de MSF España

Médicos Sin Fronteras nunca deja de buscar nuevas formas de acceder a las poblaciones necesitadas de ayuda urgente, superando todo tipo de barreras (geográficas, económicas o de cualquier otro tipo) para brindar una atención adecuada en las áreas donde los servicios médicos son inexistentes, inadecuados o han sido destruidos.

Después de una emergencia, MSF siempre ha intentado adaptar lo antes posible las estructuras de salud existentes procediendo a su rápida rehabilitación, lo que obviamente deja un vacío de algunos días o semanas hasta que pueden estar en funcionamiento y garantizar las mínimas medidas de control de infecciones.

Desde 2002, MSF ha explorado diferentes opciones de estructuras médicas móviles que permitan un rápido despliegue de la respuesta quirúrgica, probando varias alternativas tanto en contextos de conflicto como de desastre natural. Cabe destacar tres: el contenedor prefabricado listo para montar (tipo Containex®); el tradicional contenedor de transporte marítimo, con rápido acondicionamiento y adaptación básica para su uso; y el módulo hinchable de bloque quirúrgico hospitalario (hoy todavía en uso por parte de MSF Francia).

Tras el terremoto de 2010 en Haití, donde la rápida habilitación de estructuras médicas fue una necesidad imperiosa frente a la magnitud del desastre, los departamentos Médico y Logístico y la Unidad de Emergencias de MSF-E tomaron la firme decisión de invertir en la búsqueda de nuevas soluciones para lograr una estructura ligera, fácil de instalar y económica en la que se pudiera realizar cirugía de emergencia.

El mercado ofrecía varias opciones aparentemente útiles, pero ninguna de ellas parecía estar completamente adaptada a las necesidades de MSF. Pusimos a prueba varios prototipos de estructuras móviles, y finalmente —tras múltiples discusiones y evaluaciones técnicas sobre facilidad de uso, adecuación técnica y coste—, a principios de 2011 nos decidimos por la *burbuja* de O2®.

La *burbuja*, cuyo primer prototipo fue proporcionado por la Fundación Nadal, es un producto nuevo y mucho mejor adaptado a las necesidades de MSF. Los factores que hacen de ella la más interesante de las alternativas son los siguientes:

- Permite ejecutar cirugía menor y cesáreas rápidamente, en cualquier lugar y sin incrementarse el riesgo de infecciones postoperatorias, ya que su filtro de aire integrado garantiza un ambiente limpio con aire purificado y libre de partículas.
- Previene la sedimentación o depósito de virus y bacterias, gracias a su arquitectura espacial y a la constante renovación de aire en el interior.
- Lleva aproximadamente una hora tenerla operativa con todos los requisitos para una intervención: configuración de la estructura, abastecimiento de agua, suministro de energía, enseres, etc.
- Destacan el tamaño y peso reducidos del propio embalaje, lo que permite facturarla en un vuelo regular de pasajeros como equipaje personal, sin más preparativos.

ⁱ El precio aproximado de la *burbuja* es de unos 10.000 dólares (unos 7.300 euros al cambio actual).

- No requiere personal técnico especializado para su instalación. De hecho, solo necesita dos personas para su montaje.
- Necesita un mantenimiento mínimo y su consumo de energía es muy reducido.

Una vez seleccionado el prototipo, dado que parecía ajustarse a los requisitos de MSF, se imponía probarlo en el terreno. Este paso requirió trabajo adicional: durante 2011, elaboramos un plan de despliegue, el cronograma y la documentación para llevar a cabo la evaluación. También dedicamos un tiempo suplementario a identificar un entorno adecuado para la prueba y a rematar la documentación. Como cualquier otra innovación, nos llevó casi dos años probar la *burbuja* en un escenario real.

A mediados de 2013, la presentamos al equipo de Siria, que se mostró muy dispuesto a probarla. Sus conclusiones fueron que la estructura aún no era perfecta y que tenía algunas carencias: en su interior hacía demasiado calor, era un poco pequeña, el paso de entrada no era adecuado, y era frágil. No obstante, en su interior se llevaron a cabo con éxito tres intervenciones quirúrgicas (una cesárea y dos desbridamientos), por lo que el equipo llegó a la conclusión de que, con algunas mejoras, podría ser una opción válida para las actividades móviles de cirugía.

A finales de 2013, tras el tifón Haiyan, enviamos a Filipinas un modelo mejorado de la *burbuja*, que incorporaba las adaptaciones propuestas, y que estaba especialmente diseñado para ser utilizado como pequeño quirófano móvil. La instalamos en Burauen (Leyte) y, esta vez sí, demostró que podía cubrir los objetivos: gracias a ella, durante la primera fase de la emergencia, los equipos pudieron desarrollar sus actividades quirúrgicas dentro de lo que quedaba del hospital de distrito, garantizando un entorno esterilizado, mientras se construían o rehabilitaban las estructuras semipermanentes o permanentes de salud.

La experiencia de la *burbuja* sigue en fase de desarrollo. Aún necesita mejoras para que los equipos puedan trabajar mejor sobre el terreno en casos de emergencia. Todo este proceso ha evidenciado que responder a los desafíos médico-operacionales requiere tener la mente abierta al buscar nuevas soluciones, y probar también aquellas que, aunque no hayan sido concebidas por nosotros, puedan servirnos bien. También hemos aprendido que los cambios y las iniciativas innovadoras requieren tiempo para hacerse realidad. Y por último, pero no menos importante, hemos comprobado que requieren el trabajo conjunto de personas de diferentes orígenes dentro y fuera de MSF, en las oficinas y en el terreno.

Resumen de operaciones de MSF-E en 2013 por misión*

* Más detalles sobre los indicadores utilizados en las diferentes tablas, en el glosario.

Bolivia – Paraguay

MSF, y MSF-E en particular, trabajan en la zona desde 1986. No hay otros centros operacionales presentes.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Bolivia

Clasificación del país: 108.

Esperanza de vida: 66,9 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 4.444 dólares/año (3.220 euros/año).

Paraguay

Clasificación del país: 111.

Esperanza de vida: 72,7 años.

INB per cápita: 4.497 dólares/año (3.260 euros/año).

Contexto de la intervención: estable.

Población asistida: víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.



RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	17,66	28,04	45,7
Internacional	4,19	5,31	9,5

Tanto en Bolivia como en Paraguay, las barreras más importantes para el acceso de los pacientes a diagnóstico y tratamiento son la escasez de recursos humanos y la falta de una infraestructura sólida de atención primaria de salud, que incluya actividades de sensibilización y educación de la población. Esta situación se agrava en el caso de los pacientes de Chagas, debido a la complejidad de la atención clínica y quirúrgica de esta enfermedad.

En vista de la brecha entre el número de personas con Chagas y los pacientes en tratamiento, y del aumento de casos en países endémicos y no endémicos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron dos resoluciones que recomendaban la inclusión de su tratamiento y diagnóstico en la atención primaria (tanto en la fase aguda como en la crónica), y el desarrollo de pruebas diagnósticas y tratamientos simplificados fáciles de utilizar y accesibles.

Los proyectos de Paraguay y Bolivia se implementaron siguiendo estas recomendaciones, y combinando las estrategias de intervención comunitaria con la integración de los programas nacionales en las actividades de los centros de salud. MSF trabaja en el desarrollo de nuevos modelos de atención, más simples y mejor integrados en la atención primaria, para facilitar así el acceso a tratamiento.

En paralelo a las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento, MSF-E sigue implicada en tres investigaciones operacionales sobre el Chagas en el terreno:

- Evaluación de tests serológicos de diagnóstico rápido (TDR) para *Trypanosoma cruzi*.
- Determinación de la prevalencia de cardiomiopatía vinculada al Chagas en pacientes adultos.
- Optimización de muestras en la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para evaluar la respuesta parasitológica en pacientes tratados con benznidazol.

Por otra parte, en 2013, tras las intensas lluvias que provocaron inundaciones en el Chaco paraguayo (departamentos de Boquerón y Presidente Hayes, sur del país), MSF evaluó las necesidades de la población y, en coordinación con la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN), distribuyó materiales de abrigo entre los afectados.

Los dos proyectos que componían la misión Bolivia-Paraguay llegaron a su término a finales de 2013 y fueron transferidos a los programas nacionales de Chagas de sus respectivos países, cerrándose la capital de la misión en Asunción, así como la unidad de representación en La Paz. La nueva capital de la misión, abierta en 2014, se encuentra en la ciudad de Sucre.

Simultáneamente, se produjo un replanteamiento por parte de MSF-E tanto de la política operacional regional como del enfoque que debía darse a los proyectos dirigidos a la enfermedad de Chagas. Como consecuencia, se efectuó una misión exploratoria en Bolivia junto con el jefe del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas (PNCH). De esta exploratoria, surgió la propuesta para un nuevo proyecto centrado en la provisión de apoyo técnico al PNCH: su objetivo es, en línea con las recomendaciones de la OPS y la OMS, desarrollar un modelo replicable de atención integral e integrada. El inicio de dicho proyecto está previsto para 2014.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	659.988,44	39,82
Representación en La Paz (Bolivia)	121.791,04	7,35
Boquerón (Paraguay), Chagas	575.269,11	34,71
Cochabamba (Bolivia), Chagas rural	292.910,05	17,67
Chagas, estudio sobre test diagnóstico	353,60	0,02
Plan de preparación para emergencias	7.142,78	0,43
Total gastos	1.657.455,02	100,00
Financiaciones		
Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID)	270.073,00	16,29
Total fondos institucionales	270.073,00	16,29
MSF Noruega	83,70	0,01
MSF España	1.387.298,32	83,70
Total fondos privados	1.387.382,02	83,71
Total financiaciones	1.657.455,02	100,00

	Boquerón (Paraguay)	Atención integral de la enfermedad de Chagas
Localización	Departamento de Boquerón, Chaco	
Población diana	57.700 personas	

Fecha de inicio y fin	Abril de 2010 - Diciembre de 2013	
Objetivo del proyecto	Poner a disposición de la población un sistema de atención integral para la enfermedad de Chagas	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	575.269,11 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitario	2,54	2,67
No sanitario	13,2	1,38

Durante 2013, MSF-E priorizó el trabajo en los establecimientos de la red sanitaria, sin descuidar la estrategia comunitaria. Además, se encargó de la capacitación del personal y del seguimiento en todas las estructuras de salud del circuito de integración. Gracias a la incorporación de la médica referente de Chagas, se consolidaron las supervisiones de los programas, realizadas conjuntamente por MSF y los responsables de la Región Sanitaria.

Además, se organizaron tres talleres de evaluación y seguimiento con las Unidades de Salud Familiar (USF) y los puestos de salud del departamento, durante los cuales se confirmó el creciente compromiso de las autoridades locales.

Asimismo, MSF trabajó para mejorar la coordinación entre las estructuras de salud y los almacenes centrales del sistema (los Parques Regionales) que les aprovisionan con las pruebas de diagnóstico, los tratamientos y demás materiales necesarios. De esta forma, se creó o reforzó la capacidad diagnóstica y terapéutica en 18 estructuras de salud de diferente nivel, impulsándose de esta forma la estrategia de integración.

El proyecto finalizó de acuerdo al cronograma establecido en diciembre de 2013, y fue transferido al Programa Nacional de Chagas. Para asegurar su continuidad, MSF se ha esforzado para que todas las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) desarrolladas en el proyecto, en ámbitos como la capacitación técnica y el seguimiento, se ejecutaran con acompañamiento del personal de la Región Sanitaria. En diciembre de 2013, se entregaron al Programa Nacional la base de datos del proyecto y la *seroteca*.

En líneas generales, se han alcanzado los objetivos del proyecto, que ha contribuido a hacer más visible la problemática del Chagas a las autoridades nacionales de salud y a la población en general. En todo caso, queda aún pendiente la publicación del Protocolo Nacional de diagnóstico y tratamiento.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Chagas, pacientes	1.520

	Cochabamba rural (Bolivia)	Atención integral de la enfermedad de Chagas en zonas rurales	
Localización	Cochabamba, provincia de Narciso Campero		
Población diana	44.041 personas		
Fecha de inicio y fin	Mayo de 2009 - Septiembre de 2013		
Objetivo del proyecto	Instaurar la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas de manera integrada en el sistema de salud en la provincia Narciso Campero		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Estable		
Coste del proyecto	292.910,05 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitario	6,5	0,75	
No sanitario	5,8	0,51	

La estrategia comunitaria se concluyó en el ciclo anterior. Durante 2013, solo continuaron las actividades de seguimiento de los tratamientos en las 14 últimas comunidades en las que MSF estaba trabajando.

Las actividades de tratamiento no etiológico (TNE) continuaron en la parte cardiológica, refiriéndose a los pacientes a la contraparte Puente de Solidaridad para la implantación de marcapasos. En el hospital de Aiquile, se continuó con las cirugías de megacolon siguiendo las técnicas establecidas durante anteriores visitas de formación realizadas por cirujanos especializados traídos por Puente de Solidaridad.

Las actividades relacionadas con el estudio de PCR culminaron en agosto y se comenzó la implementación del sistema eMOCHA (del inglés *electronic Mobile Comprehensive Health Application*®), que utiliza la tecnología móvil y de geolocalización (GPS) para la recopilación de datos, y se está utilizando para dar apoyo al control vectorial del Chagas y la vigilancia epidemiológica. También en relación con el control vectorial, en 2013 se realizó la segunda y última evaluación posrociado, con participación de los técnicos del programa del departamento y de los municipios.

En los ámbitos de sensibilización y *advocacy*, MSF trabajó con una asociación de pacientes afectados por el Chagas. Esta asociación ofrece charlas en la sala de espera del Hospital de Aiquile y participa en las reuniones con Puente de Solidaridad y el Programa Departamental de Control de Chagas (PDCH); además, MSF ha contactado con la asociación local Corazones Unidos contra el Chagas.

El proyecto finalizó como estaba previsto en septiembre 2013 y fue transferido al Programa Nacional de Chagas. Previamente a su finalización, se organizaron varios encuentros entre el Hospital de Aiquile, el PDCH y Puente de Solidaridad, con el fin de traspasar actividades y responsabilidades. Como resultado, en la actualidad, el programa de Chagas de Narciso Campero ha cumplido con sus objetivos de cobertura informativa, según los criterios establecidos en los Talleres de Análisis de la Información (TAI) de la provincia.

Asimismo, la médica referente de Chagas designada por el PDCH está plenamente capacitada para apoyar a las unidades de salud y al personal del Hospital de Aiquile en materia de inicio de tratamiento, seguimiento de efectos secundarios y detección de casos para tratamiento no etiológico.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Chagas, cifra de pacientes	2.880

Colombia

MSF trabaja en Colombia desde 1985, y MSF-E desde 1994. El otro centro operacional presente es MSF-F.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 91.

Esperanza de vida: 73,9 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 8.711 dólares/año (6.320 euros/año).

Contexto de intervención: conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflicto armado.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	20,39	86,33	106,72
Internacionales	5,45	13,13	18,58



El conflicto colombiano, que dura más de 50 años, que no ha cambiado mucho en los últimos tiempos y que podría calificarse como de baja intensidad, ahora ha entrado en una nueva fase con el inicio, en octubre de 2012, de las conversaciones de paz entre el Gobierno y la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). Las dinámicas propias de la confrontación clásica (hostigamientos, ataques con explosivos, atentados en lugares públicos, víctimas de minas antipersona) se han reducido notablemente, lo que muestra la existencia de posibles acuerdos informales para disminuir la actividad armada, y esto a su vez demostraría que el proceso avanza de forma constructiva. Sin embargo, la población civil de las áreas tradicionalmente castigadas por la violencia continúa sufriendo las consecuencias de la lucha armada y por el control territorial.

Adicionalmente, en Colombia a la violencia política se le suma la violencia urbana, entendida como fruto de tensiones socioeconómicas. Resulta casi imposible diferenciar entre ambos tipos de violencia, y la disponibilidad de armas, la transferencia de dinámicas del conflicto rural a las urbes, el sostenimiento de *negocios* ilícitos como el narcotráfico y la extorsión, las desmovilizaciones fracasadas y la llegada de los cárteles mexicanos están marcando las dinámicas agudas de violencia en las ciudades. La respuesta del Estado y de la comunidad humanitaria a las víctimas de esta violencia ha quedado encubierta por la propia intensidad del conflicto en las zonas rurales.

El reto de MSF en este sentido es llegar a las personas que viven en las zonas afectadas por el conflicto de forma directa y aguda, proporcionando asistencia psicológica y médica, y ofreciendo una respuesta rápida a las emergencias que puedan surgir, principalmente como resultado de desplazamientos forzados.

Tras dos exploratorias en Tumaco y Medellín en 2013, el reto de MSF consiste en identificar las necesidades médico-humanitarias de la población más vulnerable víctima de Otras Situaciones de Violencia (OSV), en un marco de presencia institucional y de múltiples organizaciones, para encontrar un espacio operacional relevante que permita asistir a la población y visibilizar las dinámicas invisibles.

Durante 2013, MSF-E llevó a cabo sus intervenciones en los departamentos de Cauca, Nariño y Caquetá. Los equipos de MSF realizaron más de 35.000 consultas externas y casi 3.500 consultas individuales o en grupo de salud mental, proporcionando atención médica y apoyo psicológico a

un centenar de supervivientes de violencia sexual, y respondiendo a una decena de emergencias causadas por el conflicto armado. La atención se dispensa por medio de una combinación de clínicas móviles y puestos fijos (Puntos de Atención Permanente, PAP) o estructuras semipermanentes (Puntos de Atención Semipermanentes, PASP).

En 2013, MSF publicó el informe [Las heridas menos visibles. Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia](#), basado en el testimonio de 4.400 pacientes tratados por MSF en sus programas de salud mental.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	791.224,37	21,21
Nariño, atención primaria	658.587,51	17,65
Caquetá, atención médica a víctimas de violencia	758.516,85	20,33
Cauca, atención primaria	1.494.367,34	40,06
Colombia, estudio de salud mental	25.865,48	0,69
Plan de preparación para emergencias	1.885,52	0,05
Total gastos	3.730.447,07	100,00
Financiaciones		
Ministerio danés de Asuntos Exteriores	5.042,62	0,14
Total fondos institucionales	5.042,62	0,14
MSF Francia	2.506.097,00	67,18
MSF Suiza	300.000,00	8,04
MSF Japón	595.878,57	15,97
MSF España	323.428,88	8,67
Total fondos privados	3.725.404,45	99,86
Total Financiaciones	3.730.447,07	100,00

	Nariño	Atención primaria y de salud mental a víctimas de la violencia
Localización	Departamento de Nariño	
Población diana	19.003 personas	
Fechas de inicio y fin	Abril de 2009 - Diciembre de 2013	
Objetivo del proyecto	Mejorar la calidad y la cobertura del acceso a la salud de las poblaciones más afectadas por el conflicto armado	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	

Coste del proyecto	658.587,51 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	6,85	2,18
No sanitarios	8,75	1,6

MSF está presente en el departamento de Nariño desde 2009. La falta de acceso a salud de la población (motivada por el aislamiento geográfico, las dificultades económicas y la falta de compromiso de las entidades sanitarias del Estado, ESE) y el conflicto armado justificaron la apertura y posterior continuidad de las actividades de MSF.

Como estrategia de atención, se decidió implementar la modalidad de Puntos de Atención Permanente combinados con Puntos Semipermanentes y clínicas móviles. La combinación de puntos permanentes y semipermanentes, aplicada en la zona del Alto Tapaje, permitió mantener la confianza de la población hacia MSF, una mejor respuesta a emergencias, y una mayor adherencia y seguimiento a programas más prioritarios como los de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, así como el seguimiento de pacientes crónicos (hipertensos, diabetes, etc.) y del programa de nutrición.

A lo largo de 2013 se constató que la situación humanitaria de la población atendida ha mejorado sensiblemente desde el comienzo de las actividades: por una parte, ciertos cambios en las dinámicas del conflicto suponen que los civiles tienen una mayor movilidad y acceso a las estructuras de salud, y, por la otra, las autoridades locales muestran un mayor interés a la hora de asumir sus responsabilidades en el área de la salud.

En 2013 se firmaron convenios de traspaso de las actividades de MSF con las diferentes ESE. Durante el primer semestre se realizaron varias exploratorias en municipios muy afectados por episodios violentos relacionados con el conflicto. Se determinó que los hospitales eran capaces de cubrir las necesidades de la población en la mayoría de las zonas rurales. Las dificultades no venían causadas por el conflicto, sino por la geografía, los problemas estructurales o la falta de voluntad. De este modo, al haberse traspasado a las ESE los puntos de atención, y al no encontrarse otros puntos donde la intervención fuera a ser pertinente, MSF decidió cerrar el proyecto de Nariño en octubre de 2013.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	7.247
Malaria (total)	8
Malaria (confirmados)	8
CNT ambulatorio	47
Consultas prenatales (totales)	359
Consultas prenatales (nuevas)	117
Violencia sexual	8
Violencia directa	7
VIH (pacientes atendidos)	1
Salud mental, consultas individuales	108
Salud mental, consultas en grupo	53

	Caquetá	Atención primaria y de salud mental a víctimas de la violencia	
Localización	Departamento de Caquetá		
Población diana	131.440 personas		
Fechas de inicio y fin	Septiembre de 1999 - Diciembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Mejorar la calidad y la cobertura del acceso a la salud de las poblaciones más afectadas por el conflicto armado		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	758.516,85 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	13,51	1,08	
No sanitarios	9,92	1,67	

MSF interviene en Caquetá desde 1999 con víctimas del conflicto armado que no tienen acceso a la salud. Actualmente, el conflicto sigue muy presente en el departamento, a pesar de que en la escena nacional cada vez está más olvidado. Y sin embargo, sigue afectando a la población civil en su salud física y mental, al mismo tiempo que limita el acceso de las organizaciones humanitarias a las zonas más afectadas.

En 2013, nuestros servicios de salud han beneficiado a casi 6.000 personas, y se han realizado más de 1.800 consultas psicológicas individuales o en grupo. Esta es una cobertura aceptable, teniendo en cuenta la fluctuación de las condiciones de acceso a las diferentes zonas, especialmente en el municipio de Cartagena del Chairá (al este del río Caguán) y en la cordillera de San Vicente del Caguán–La Macarena (norte). Una de las mejoras cuantitativas y cualitativas en 2013 es el acceso a los supervivientes de violencia sexual y el manejo de casos.

Al finalizar el año, MSF decidió modificar su estrategia en zonas rurales, pasando a un modelo de Clínica Móvil Larga, que integra salud primaria y salud mental. El objetivo es mejorar la cobertura y mantener operaciones incluso en zonas menos prioritarias, pero que permiten recopilar datos para estructurar una estrategia de *advocacy* adaptada al proyecto; dicha estrategia pretende incidir en las instituciones responsables para que asuman los puntos de atención actualmente cubiertos por MSF.

Asimismo, se ha decidido el cierre del proyecto, con un cronograma de actividades que finaliza en diciembre de 2014.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	5.830
CNT ambulatorio	58
Consultas prenatales (totales)	239
Consultas prenatales (nuevas)	97
Atención posnatal	12

Violencia sexual	47
Víctimas de tortura	3
Violencia directa	29
TB (total)	1
Salud mental, consultas individuales	1.327
Salud mental, consultas en grupo	475
Vacunación sarampión (rutina)	795

	Cauca	Atención primaria y de salud mental a víctimas de la violencia	
Localización	Departamento de Cauca		
Población diana	229.405 personas		
Fechas de inicio y fin	Enero de 2011 - Diciembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Mejorar la calidad y la cobertura del acceso a la salud de las poblaciones más afectadas por el conflicto armado		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	1.494.367,34 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	25,45	4,7	
No sanitarios	21,83	1,89	

En Cauca se ha desarrollado una de las ofensivas militares más fuertes del Ejército (la Operación Espada de Honor, iniciada en 2012), con el fin de desarticular al Bloque Occidental de las FARC. Esta estrategia ha consistido en la militarización de territorios y el despliegue de unidades militares especializadas. Como consecuencia, este departamento se ha convertido en uno de los de mayor actividad armada de todo el país. Sin embargo, la intensidad y tipología del conflicto es muy diferente en las dos regiones que lo conforman: el Pacífico y Cordillera.

La población del Pacífico sufre una falta de acceso a la salud primaria y la salud mental por razones estructurales, relacionadas con el abandono y la estigmatización de la población, y agudizadas por el conflicto y por las barreras geográficas propias de una región conectada con el resto del país solo por vía marítima y fluvial. Por otra parte, la presencia de MSF en Cordillera se justifica por la intensificación del conflicto armado, que tiene un impacto notorio en la salud mental de la población; en estas comunidades, no hay profesionales de la salud mental, a pesar de existir estructuras estatales de atención primaria.

El proyecto de Cauca se enmarca dentro de las intervenciones de MSF con énfasis en salud sexual y reproductiva, violencia sexual y salud mental. En la zona del Pacífico, incorpora un enfoque comunitario, mientras que en Cordillera, el énfasis se da exclusivamente a la salud mental.

La baja incidencia del conflicto en la zona del río Naya (Pacífico) llevó a la decisión de finalizar actividades en esta zona a finales de 2013. No obstante, en caso de producirse alguna emergencia, durante 2014 habrá equipos de MSF en el Pacífico con capacidad de respuesta.

En Cordillera, MSF intervino en las cabeceras municipales de Corinto, Caloto, Caldono, Toribio, Jámbalo, Santander de Quilichao y Argelia.

Debido a las diferencias de contexto entre Pacífico y Cordillera, para 2014 se dividirá el proyecto de Cauca en dos, otorgando a esta última una completa independencia operacional, y planificando la ampliación de las actividades a la zona rural.

En 2013, MSF respondió a 10 emergencias en el departamento, principalmente con servicio de atención en salud mental, todas relacionadas con el conflicto.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	22.171
Malaria (total)	105
Malaria (confirmados)	105
CNT ambulatorio	107
Consultas prenatales (totales)	1.568
Consultas prenatales (nuevas)	534
Partos	13
Atención posnatal	199
Violencia sexual	63
Violencia directa	71
VIH (pacientes atendidos)	2
Salud mental, consultas individuales	2.959
Salud mental, consultas en grupo	561
Vacunación sarampión (rutina)	1.367

Para todo lo que quieras vivir, ¿la respuesta es Colombia?¹

Por Javier Martínez, coordinador general de MSF España en Colombia

Tras más de cincuenta años, el conflicto armado colombiano sigue cobrándose víctimas civiles, y afectando a la salud física y mental de la población. Hoy en día, este impacto es notoriamente menor y desigual: algunos territorios han quedado casi *pacificados* tras la fuerte ofensiva militar del Estado, mientras que en otros, los más periféricos, la población aún está sometida a una violencia que, aunque soterrada y silenciosa, sigue siendo intensa. El optimismo asociado al crecimiento sostenido del Producto Interior Bruto (PIB) y la mejora de la imagen internacional contrastan con el silencio que pesa sobre la brecha de la desigualdad, tan exacerbada en algunas zonas que puede compararse a la que afecta a países como Sudán o Nigeria.

En octubre de 2012, se iniciaron en La Habana nuevas conversaciones entre el Estado y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). Aunque van por buen camino, no se han observado mejoras en la situación humanitaria de la población. La ruptura del proceso llevaría de nuevo a una guerra total, lo que acentuaría la vulnerabilidad de quienes sufren por culpa de la violencia. E incluso en caso de que se firme la paz, no debemos olvidar el histórico de procesos de desmovilización en este país, que demuestra que, a pesar de las negociaciones, la violencia puede volver a incrementarse.

Paralelamente, desde 2012 se observa un aumento sostenido de las acciones armadas de nuevos grupos criminales asociados al narcotráfico y a la extorsión, muchos de ellos integrados por ex paramilitares. Esta violencia se concentra en los barrios más pobres de las ciudades del oeste y sur del país, y se traduce en algunas de las cifras de homicidios más elevadas del mundo, y en un volumen de desplazados similar a los causados por los enfrentamientos entre las FARC y el Ejército.

En 2013, iniciamos un proceso de reflexión operacional sobre la situación humanitaria de las poblaciones más azotadas por la violencia, los escenarios presentes y futuros más volátiles, y el tipo de proyectos que deberían darles respuesta. El posicionamiento de MSF-E es estratégico: apostamos por diversificar la tipología de intervenciones, y por trabajar en las zonas más conflictivas y en aquellas en las que podría haber más dificultades asociadas a la evolución del diálogo de paz.

La flexibilidad y la agilidad serán fundamentales para poder atender rápida y oportunamente a la población en estos escenarios cambiantes, en los que influyen tanto la evolución del proceso de paz como la creciente violencia de los nuevos grupos criminales.

Así, en 2014, MSF está disminuyendo sus programas de acceso a salud primaria y salud mental de la población víctima del conflicto armado, para concentrarse en las víctimas de los eventos más agudos del mismo. Nos enfrentamos aquí a innumerables problemas estructurales: como el conflicto es dinámico y su intensidad e impacto geográfico evolucionan, tendremos que ser altamente reactivos y adaptables, siendo más rápidos en el cierre y apertura de puntos de atención según las necesidades, y reforzando la respuesta a emergencias.

Por otro lado, en 2014, aumentaremos las intervenciones verticales en salud mental en las zonas más gravemente afectadas por el conflicto, la violencia sexual y otras violencias, tanto en áreas urbanas como rurales, y sin equipos de salud primaria. En estas zonas, la guerra es cada vez más soterrada, y el Estado está cada vez más presente: esto supone que los efectos del conflicto son cada vez menos evidentes en cuanto a impacto físico en las personas, pero siguen siendo agudos en su salud mental.

¹ Sobre la construcción de la 'marca Colombia': <https://www.youtube.com/watch?v=CWdJIUJ0vaY>

Finalmente, aunque la asistencia médico-humanitaria de MSF en Colombia se ha centrado en proporcionar acceso a la salud a las víctimas del conflicto armado, tras la desmovilización de los grupos paramilitares iniciada en 2005, aparecieron nuevas estructuras criminales y neo-paramilitares que han generado otras situaciones de violencia.

Estos grupos criminales reproducen, adaptan y perfeccionan el *modus operandi* de los grupos armados tradicionales, por lo que parte de sus efectos en la población civil son los mismos. Pero además, se añaden otros efectos propios de la acción criminal, más similares a los del narcotráfico en los años 90. De ahí que sea muy difícil identificar el origen de la violencia, distinguir lo crónico (estructural) de lo agudo (directo), y elegir un modelo de intervención ajustado al marco de la Acción Humanitaria.

MSF realizó en 2013 un diagnóstico de la violencia en dos centros urbanos (Tumaco y Medellín), con el objetivo de comprender dicho entorno, perfilar el impacto de la violencia en la población, identificar la respuesta existente, y proponer un modelo de intervención de MSF adaptado.

En Tumaco, durante la misión exploratoria, identificamos una grave situación en materia de salud mental: el 90% de los entrevistados dijeron haber sido testigos de eventos violentos y presentaban síntomas agudos. Finalmente, en 2014, lanzamos un proyecto de atención directa en salud mental y violencia sexual en este municipio: es una línea operacional adaptada al tipo de violencia que más crece en Colombia.

Esperamos que este nuevo proyecto ayude a ganar experiencia en la respuesta humanitaria en entornos de violencia urbana, posconflicto (de llegar a darse), lugares con fuerte presencia institucional y zonas sin un marco legal internacional que comprometa a los actores en disputa. Este aprendizaje podría aclarar e impulsar los modelos de respuesta humanitaria y el futuro de las intervenciones de MSF en una de las subregiones más violentas del mundo.

Etiopía

MSF trabaja en Etiopía desde 1984 y MSF-E (MSF Grecia) desde 2001. Los otros centros operacionales presentes son MSF-F, MSF-H y, hasta junio de 2013, MSF-B.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

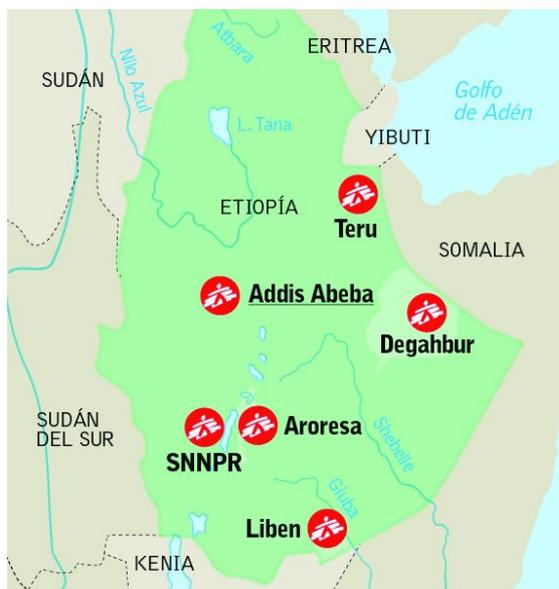
Clasificación del país: 173.

Esperanza de vida: 59,7 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.017 dólares/año (736 euros/año).

Contexto de intervención: estable, inestabilidad interna y conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflicto armado; víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas; y víctimas de la violencia social y la exclusión sanitaria.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	79,18	267,3	27	373,48
Internacionales	6,49	12,7	—	19,19

La economía de Etiopía sigue registrando un fuerte crecimiento y el país continúa recibiendo apoyo económico por parte de la comunidad internacional, incluyendo de potencias como Estados Unidos, Reino Unido y China. De hecho, es el país del mundo que más fondos recibe del Departamento de Desarrollo Internacional británico (DFID) y el segundo en la lista de beneficiarios de la Agencia de Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID).

La mejora de los indicadores de salud pública en muchas partes del país es un síntoma positivo, y Etiopía va demostrando una mayor capacidad para hacer frente a algunas de las enfermedades que más afectan a su población desde hace años. Sin embargo, estas mejoras se reparten de manera desigual, y las zonas más remotas o afectadas por conflictos siguen presentando indicadores de salud por debajo de los estándares.

Debido a la relativa estabilidad del país, Etiopía sigue siendo un santuario para los refugiados de los países vecinos. Mientras que 2013 fue bastante estable en términos de llegadas, las perspectivas para 2014 son peores, debido principalmente a la crisis de diciembre en Sudán del Sur. En todo caso, esta situación de relativa estabilidad ha permitido el fortalecimiento de las relaciones con las autoridades etíopes en muchos de nuestros proyectos.

Etiopía sigue siendo un país prioritario dentro de la política operacional de MSF. En 2013, nos centramos en mejorar nuestra capacidad de respuesta a emergencias y la calidad de nuestras actividades médicas. Sin embargo, el acceso a algunas zonas ha sido todo un desafío.

MSF provee asistencia médica y atención materno-infantil en dos proyectos regulares: en el área de Sidama (en la provincia de Naciones, Nacionalidades y Pueblos Meridionales, SNNPR) y en Degahbur (en Ogadén, en la Región Somalí). A lo largo de 2013, nuestro logro más importante ha sido mejorar la calidad de la atención en los proyectos regulares, al tiempo que hemos sido capaces de responder a pequeñas y medianas emergencias nutricionales y brotes; acceder a

áreas restringidas desde hacía años (como Degahbur); y mejorar las relaciones institucionales con actores regionales y nacionales como la Agencia para los Asuntos de los Refugiados (ARRA).

Como parte de la estrategia de acceso en una zona afectada por el conflicto y otras emergencias, MSF mantuvo una base operativa en Liben, donde desde 2009 hasta diciembre de 2012 desarrolló un proyecto de apoyo nutricional y psicosocial a los refugiados somalíes.

Otras actividades de MSF durante el año fueron las emergencias nutricionales de Teru (Afar) y Aroresa (SNNPR), la intervención contra dos brotes de sarampión en los distritos de Aleta Chuko y Kucha (SNNPR), la vacunación contra esta misma enfermedad en Degahbur, y el proyecto en Addis Abeba para asistencia a etíopes repatriados desde Arabia Saudí.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	820.347,41	22,84
Aroresa, salud materno-infantil	1.159.167,24	32,28
Plan de preparación para emergencias	144.905,81	4,04
Addis Abeba, intervención con retornados	7.992,42	0,22
SNNPR, respuesta al brote de sarampión	33.698,98	0,94
Degahbur (Ogadén), asistencia médica	847.434,30	23,60
Liben, asistencia médica y nutrición	187.426,52	5,22
Teru, emergencia nutricional	387.406,67	10,79
SNNPR, exploratoria de sarampión	2.655,70	0,07
Total gastos	3.591.035,05	100,00
Financiaciones		
Ministerio danés de Asuntos Exteriores	541.432,08	15,08
Total fondos institucionales	541.432,08	15,08
MSF Estados Unidos	1.323.169,65	36,85
MSF Grecia	200,00	0,01
MSF Dinamarca	26.204,54	0,73
MSF España	1.700.028,78	47,34
Total fondos privados	3.049.602,97	84,92
Total financiaciones	3.591.035,05	100,00

	Aroresa y Chire, SNNPR	Atención materno-infantil en los distritos de Aroresa y Chire, en la zona de Sidama
Localización	Distritos de Aroresa y Chire, en Sidama (SNNPR)	
Población diana	38.415 niños menores de 5 años y 111.754 mujeres	
Fechas de inicio y fin	Mayo de 2012 - Diciembre de 2014	

Objetivo del proyecto	Reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, y responder a emergencias en la zona	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	1.159.167,24 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	47,7	2,64
No sanitarios	77,67	4,19

A lo largo de 2013, el proyecto de Sidama se desarrolló con éxito en las dos *woredas* (distritos): todas las actividades se implementaron mediante equipos móviles de MSF en los centros de salud, así como en los puestos (*kebeles*) seleccionados.

Las Casas de Espera para Madres (*Mother Waiting Homes*), componente innovador del proyecto, contribuyeron de forma destacada a una mayor utilización de los servicios del centro de salud. Las mujeres con embarazos de alto riesgo y que viven lejos del centro son admitidas en las casas cuando se acerca el parto. Esta estrategia fue un éxito y el número de partos atendidos en el centro aumentó significativamente. Asimismo, MSF reforzó su apoyo al programa de vacunación del Ministerio de Salud (EPI), mejorando las tasas de inmunización.

MSF también continuó apoyando las referencias de mujeres embarazadas con complicaciones en el parto o emergencias pediátricas a hospitales de referencia en Hawassa (capital de la región), Yergalem o Addis.

A finales de 2013, se realizó una encuesta para determinar la cobertura de vacunación parcial y total real en los dos distritos, identificar las causas de la pobre implementación del programa del Ministerio, y proponer una serie de apoyos estratégicos por parte de MSF en ambas *woredas*.

Tras realizar una encuesta nutricional en julio, MSF también lanzó una intervención de emergencia en Aroresa (entre agosto y octubre), al detectar una elevada tasa de desnutrición severa, que sobrepasaba el umbral de emergencia.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	33.205
Hospitalizaciones	1.840
Malaria (total)	38
Malaria (confirmados)	3
CNT hospitalario	795
CNT ambulatorio	746
Consultas prenatales (totales)	5.835
Consultas prenatales (nuevas)	3.678
Partos	803
Atención posnatal	1.125
Violencia sexual	24
Violencia directa	3

Vacunación sarampión (rutina)	19.265
Saneamiento	2
Distribución de agua (en litros)	84.000

	Degahbur	Asistencia médica y nutricional para la población de Degahbur	
Localización	Distrito de Degahbur (en Ogadén, en la Región Somalí)		
Población diana	115.400 personas (30.000 en zona urbana y 85.400 en zona rural)		
Fechas de inicio y fin	Diciembre de 2007 – Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad entre la población afectada por el conflicto en Degahbur		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	847.434,30 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	60,32	2,62	
No sanitarios	49,63	1,68	

El acceso a las poblaciones más vulnerables de Degahbur siempre ha sido un reto debido a las restricciones oficiales. Después de un periodo en el que las actividades de nuestros equipos móviles estuvieron paralizadas, y tras largas negociaciones con las autoridades, a finales de agosto conseguimos permiso para acceder a los centros y puestos de salud situados en la carretera principal entre Ararso y Birqod.

El apoyo se inició a mediados de septiembre en cuatro centros y nueve puestos, con actividades de salud materno-infantil, nutrición, vacunación, consulta externa para menores de 5 años y referencia de casos de emergencia. El acceso a estas zonas durante los últimos meses del año ha sido muy bueno.

Además, en el hospital de Degahbur, seguimos apoyando los programas de nutrición, tuberculosis y salud mental, así como el servicio de urgencias, el sistema de referencia, la maternidad, la hospitalización pediátrica y las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC, iniciadas a finales del tercer trimestre). Asimismo, llevamos a cabo varios programas de capacitación, mediante cursos de formación para el personal sanitario.

Uno de los logros en el hospital ha sido la notable mejoría de la calidad de servicios como el centro de estabilización, donde la tasa de mortalidad se redujo significativamente respecto a 2012 y a lo largo de todo 2013, pasando del 12,5% a principios de año al 3,4% a finales del mismo. También se han logrado cambios positivos similares en los servicios de hospitalización pediátrica a lo largo de 2013: la tasa de mortalidad descendió desde el 5,5% hasta el 1,9%.

En septiembre, MSF detectó un aumento notable en los casos sospechosos de sarampión en Degahbur, tendencia que alcanzó su punto máximo en octubre, y que causó un significativo aumento del número de hospitalizaciones. Bajo la coordinación de las autoridades locales, MSF dio apoyo en la definición de un plan de vacunación (con respaldo logístico y de recursos humanos), en la búsqueda activa de casos y su manejo, y en la provisión de medicamentos.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	5.563
Hospitalizaciones	1.838
Cirugía	20
Malaria (total)	313
Malaria (confirmados)	38
CNT hospitalario	337
CNT ambulatorio	1.081
Consultas prenatales (totales)	3.736
Consultas prenatales (nuevas)	1.624
Partos	790
Atención posnatal	887
Violencia sexual	8
Violencia directa	198
TB (total)	424
TB-MDR	2
Sarampión (tratamiento)	260
Vacunación sarampión (rutina)	1.625
Salud mental, consultas individuales	292
Salud mental, consultas en grupo	1.259
Distribución selectiva de alimentos	700
Distribución general de alimentos	1.188

	Addis Abeba	Apoyo psicosocial a los migrantes etíopes deportados desde Arabia Saudí
Localización	Addis Abeba (aeropuerto y otros lugares de tránsito)	
Población diana	Más de 160.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Diciembre de 2013 – Sin fecha de finalización determinada	
Objetivo del proyecto	Mejorar y aliviar el estado psicosocial de los retornados, especialmente de los supervivientes de violencia	
Tipo de población	Víctimas de exclusión	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	7.992,42 €	

Tras la decisión del Gobierno de Arabia Saudí de deportar a migrantes etíopes no documentados desde diferentes partes del país, más de 160.000 hombres, mujeres y niños fueron repatriados. La operación comenzó a mediados de noviembre de 2013, y MSF comenzó su intervención a principios de diciembre, prestando servicios de salud reproductiva y apoyo de salud mental en el aeropuerto de Addis y en tres centros de tránsito en la ciudad. Las actividades de MSF prestaron especial atención a niños y mujeres.

Más de 20.000 repatriados se beneficiaron de las actividades psicosociales en consultas individuales o en grupo. Entre ellos, se identificó a más de 230 personas con enfermedades o trastornos como depresión profunda, ansiedad y psicosis, y más de 100 tuvieron que ser remitidas a un hospital psiquiátrico para su tratamiento especializado.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Salud mental, consultas individuales	1.565
Salud mental, consultas en grupo	738

 Teru, emergencia nutricional	Intervención nutricional de emergencia	
Localización	Distrito de Teru, en Afar	
Población diana	55.748 personas	
Fechas de inicio y fin	Abril – Julio de 2013	
Objetivo del proyecto	Contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad relacionadas con la desnutrición severa en el distrito de Teru	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	387.406,67 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	7,14	0,34
No sanitarios	11,1	0,81

A mediados de marzo de 2013, la misión recibió una alerta de emergencia nutricional en el remoto distrito de Teru, en la región de Afar. Tras una rápida evaluación, se consideró que la situación de inseguridad alimentaria y sequía era muy grave, y que se escapaba a la capacidad de respuesta de las autoridades locales; esto había provocado alarmantes niveles de desnutrición severa y moderada. MSF decidió intervenir centrándose en los grupos más vulnerables de mujeres embarazadas y lactantes y niños menores de 5 años.

Durante la intervención (entre el 1 de abril y el 31 de julio de 2013), MSF puso en marcha un centro de nutrición terapéutica (CNT) hospitalario en Alelu y 12 CNT ambulatorios, y gestionó en

los 12 puestos de salud del distrito otros tantos centros de nutrición suplementaria (mediante equipos móviles).

Asimismo, MSF apoyó la capacitación del personal médico del Ministerio de Salud a través de talleres y formación directa. También implementó un programa de alimentación suplementaria en colaboración con las autoridades sanitarias y el Programa Mundial de Alimentos (mediante la distribución de raciones individuales para los niños con desnutrición aguda moderada y las mujeres embarazadas y lactantes).

Además, MSF dio apoyo a la vacunación sistemática contra el sarampión durante toda la intervención, encargándose del manejo de casos sospechosos y otras actividades de vigilancia, incluyendo la respuesta a alertas recibidas por posibles brotes en el distrito.

Finalmente, establecimos una alianza con la ONG local Agencia para el Desarrollo de los Pastores de Afar (APDA), que lleva 15 años trabajando en lugares de difícil acceso y cuyos programas y actividades son bien conocidos y apoyados por la comunidad; esto facilitó la promoción de la salud y la sensibilización acerca de los programas de MSF.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Hospitalizaciones	134
CNT hospitalario	134
CNT ambulatorio	592
CNS	1.154

 SNNPR, emergencia de sarampión	Respuesta de emergencia a brotes de sarampión	
Localización	Distritos de Aleta Chuko y Kucha, áreas de Sidama y Gamo Gofa (SNNPR)	
Población diana	386.254 personas	
Fechas de inicio y fin	Noviembre de 2013	
Objetivo del proyecto	Apoyo de emergencia para contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad relacionadas con el sarampión	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	36.354,68 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	0,06
No sanitarios	—	0,02

En noviembre de 2013, MSF recibió una alerta de casos de sarampión en dos distritos de SNNPR (Aleta Chuko y Kucha), y realizó una evaluación rápida y una exploratoria que confirmaron tanto la existencia de los brotes como la incapacidad de respuesta de las autoridades locales. MSF decidió intervenir, iniciando actividades menos de una semana después de la evaluación.

MSF proporcionó el personal de apoyo técnico, medicamentos y equipos médicos y otros apoyos logísticos para la búsqueda activa de casos y el manejo de los complicados en los centros de salud. Para la búsqueda y manejo de los casos no complicados, fueron identificados una serie de puestos de salud.

Además de este apoyo directo, MSF realizó cursos de actualización para el personal del Ministerio de Salud, en los que se abordaron cuestiones como la definición de casos y su manejo, la vigilancia, la vacunación, el mantenimiento de la cadena de frío, la movilización de la comunidad y el funcionamiento del sistema de referencias.

Sin embargo, al cabo de un mes, nos vimos obligados a abandonar la intervención en ambos distritos, al asegurar las autoridades locales que tenían capacidad para gestionar la campaña por sí mismas. SNNPR es una zona propensa a emergencias diversas y cíclicas cada año, en la que obtener acceso para responder a estas crisis es un enorme desafío, ya que las autoridades locales, por motivos políticos, plantean bastantes trabas a los equipos de MSF.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Sarampión (tratamiento)	1.186

Filipinas

MSF-E trabaja en este país desde 2013.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 114.

Esperanza de vida: 69 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 3.752 dólares/año (2.720 euros/año).

Contexto de intervención: estable.

Población asistida: víctimas de desastres naturales.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	3	2,61	5,61
Internacionales	0,76	2,81	3,57



El 8 de noviembre de 2013, un tifón de categoría 5 cruzó el archipiélago de las Filipinas de este a oeste, desde la isla de Samar hasta la de Palawan, dejando a su paso una estela de devastación que afectó a 36 provincias. El Haiyan (también llamado Yolanda) fue 3,5 veces más fuerte que el huracán Katrina, que afectó a la costa sur estadounidense en 2005; probablemente sea el tifón de mayor categoría jamás registrado, con vientos de 235 km/h y rachas de 275 km/h (y hasta de 315 según algunas fuentes). El tifón trajo también fuertes lluvias y una enorme tormenta que ocasionó oleadas de hasta 6 metros de altura en las islas de Leyte y Samar.

Todo ello provocó un desastre masivo tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Ciudades como Tacloban (Leyte, con 200.000 habitantes) y Guiuan (Samar) y toda la parte norte de Cebú sufrieron daños de especial gravedad. En la región occidental de las Visayas, algunas zonas costeras como Roxas (provincia de Capiz, isla de Panay) también quedaron devastadas, y en las provincias de la isla de Negros se produjeron daños extensos.

Filipinas tiene un experimentado sistema nacional de prevención y respuesta ante desastres. El Consejo Nacional de Gestión y Reducción de Riesgo de Desastres, junto con las autoridades locales, lideran actualmente la respuesta al tifón. El Gobierno realizó evacuaciones de forma preventiva antes de la llegada del Haiyan y envió por vía aérea agua potable, suministros de primera necesidad y alimentos tanto a Tacloban como a otras zonas afectadas.

El 11 de noviembre, el presidente de Filipinas, Benigno Aquino, declaró el estado de desastre nacional, tras constatarse la masiva devastación en las provincias de Samar, Leyte, Cebú, Lloilo, Capiz, Aklan y Palawan. Esta declaración pretendía acelerar los esfuerzos de ayuda, incluida la asistencia internacional. Al mismo tiempo, el Gobierno solicitó el apoyo de la comunidad internacional y abrió un proceso de importación rápida a través del aeropuerto de Cebú, con el fin de facilitar la entrada de la ayuda en el país.

En los días previos al desastre, MSF-E, al igual que el resto de centros operacionales, y a través de la Oficina de Hong Kong y de los sistemas de alerta temprana, había seguido de cerca las evoluciones del tifón. Sin embargo, nada anticipaba que fuera a adentrarse en zonas tan habitadas ni tampoco la gran envergadura de los daños que iba a causar.

MSF-E no tenía presencia regular en el país antes de esta intervención de emergencia. MSF-F en cambio sí había apoyado a la población poco antes, tras el tifón Usagi (también llamado Odette) en septiembre de 2013, y el terremoto en Bohol, en octubre.

Tras confirmarse el desastre, MSF-E envió de inmediato un equipo de respuesta, que el 11 de noviembre ya estaba *in situ*, junto a los de otras dos secciones que ya habían llegado al archipiélago. El acceso inicial a las zonas afectadas fue complicado por cuestiones meteorológicas y porque todos los servicios e infraestructuras de comunicación se habían visto interrumpidos por el tifón, lo cual supuso una demora de unos días de la llegada del equipo a los puntos más afectados.

MSF-E realizó evaluaciones rápidas en la isla de Leyte, en la costa al sur de Ormoc y hacia el sur desde Tacloban, así como en el interior, en las áreas recorridas por el tifón: tras este análisis, decidió centrar sus actividades en Burauen, una zona del interior de acceso muy complicado, y que por tanto no iba a atraer a otras organizaciones de ayuda humanitaria. Esto hacía de su población, unas 215.000 personas, una de las más vulnerables.

Hasta el 80% de las casas de esta zona habían sufrido daños graves, y el suministro de agua y electricidad estaba suspendido. Además, el hospital de referencia de Burauen no estaba operativo debido a los destrozos y a que su personal, damnificado como el resto de la población local, había dejado sus puestos de trabajo para atender las necesidades de los suyos y los daños en sus viviendas. Lo mismo ocurría en algunos de los centros de salud de la zona.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	58.726,65	2,13
Filipinas, intervención de emergencia por el tifón Haiyan	2.692.081,25	97,87
Total gastos	2.750.807,90	100,00
Financiaciones		
Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SIDA)	557.959,46	20,28
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)	429.233,94	15,60
Total fondos institucionales	987.193,40	35,88
Inditex	250.000,00	9,09
MSF Grecia	24.676,00	0,90
MSF España	1.488.938,50	54,13
Total fondos privados	1.763.614,50	64,12
Total financiaciones	2.750.807,90	100,00

	Tifón Haiyan	Asistencia médica a la población afectada por el tifón Haiyan
Localización	Hospital de Burauen (área de atención de 55.000 personas) y Centro de Salud de Dulag (48.000 personas)	
Población diana	100.000 personas	

Fechas de inicio y fin	Noviembre de 2013 – Enero de 2014	
Objetivo del proyecto	Asistencia médica a la población afectada por el tifón Haiyan	
Tipo de población	Víctimas de desastres naturales	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	2.692.081,25 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	1,27
No sanitarios	2,61	1,53

Las actividades médicas de MSF en el Hospital de Burauen incluían urgencias, hospitalización y cirugía menor. Dentro del hospital se instaló una burbuja hinchable, como espacio quirúrgico seguro para intervenciones de cirugía menor, incluidas cesáreas, mientras los equipos logísticos completaban las reparaciones del techo del quirófano para hacerlo de nuevo funcional. Asimismo, se dispensó atención médica en siete de los centros de salud de la zona. Las actividades médicas también estuvieron acompañadas de actividades de salud mental.

Paralelamente, se llevaron a cabo distribuciones de artículos de primera necesidad (kits de higiene, de construcción, tiendas y plásticos) en las zonas más afectadas, priorizándose a las poblaciones de más difícil acceso, en especial las de la zona más montañosa. Un mes después, se llevó a cabo una segunda ronda de distribuciones en las áreas que no habían sido cubiertas por otras organizaciones.

Además, se realizaron actividades de provisión de agua, dándose prioridad a aquellas zonas donde el sistema había sufrido daños más graves y la población no disponía de fuentes alternativas de agua limpia, como pozos.

Las estructuras sanitarias apoyadas por MSF-E dieron asistencia médica a más de 25.000 personas, y se proporcionaron servicios de salud mental mediante consultas individuales y en grupo; además, unas 50.000 personas en total se beneficiaron de las distribuciones de artículos de primera necesidad, y se distribuyeron casi 1.000 m³ de agua.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	24.536
Hospitalizaciones	329
Cirugía	1
Consultas prenatales (totales)	370
Partos	119
Violencia directa	16
Salud mental, consultas individuales	77
Salud mental, consultas en grupo	3.332
Artículos de primera necesidad	12.115
Saneamiento	45
Distribución de agua (en litros)	993.000

En la periferia del desastre

por Agus Morales, servicio de Comunicación Operacional de MSF España

Costas enteras quedaron devastadas, como si una apisonadora gigante les hubiera pasado por encima. El nivel de destrucción fue desigual, pero en algunas zonas dejó un paisaje apocalíptico. El tifón Haiyan, que tocó tierra en Filipinas el 8 de noviembre de 2013, dejó 6.245 muertos, 1.039 desaparecidos, cuatro millones de desplazados y un millón de casas destruidas o dañadas.

La respuesta humanitaria se centró en las islas de Leyte, Samar y Panay, las más afectadas por el desastre. Los equipos de MSF-E lanzaron misiones exploratorias en la isla de Leyte, cuya capital es Tacloban, la ciudad que más atención mediática y humanitaria atrajo debido a la amplitud de la destrucción y a su constitución urbana.

La llegada masiva de actores humanitarios puso sobre la mesa varios dilemas operacionales. ¿Dónde éramos más necesarios? Las misiones exploratorias, que arrancaron en la ciudad costera de Ormoc, dibujando un arco hasta prácticamente dar la vuelta a la isla y llegar a las afueras de Tacloban, revelaron a nuestros equipos que había muchas necesidades sin cubrir y que precisaban atención inmediata.

El grueso de la respuesta humanitaria se distribuyó a lo largo de las zonas litorales, las que aparentemente habían sufrido más daños. MSF-E eligió adentrarse en la isla e intervenir en el distrito de Burauen. El reto era dar asistencia a las comunidades más aisladas: poblaciones que habían sufrido las consecuencias del tifón pero que no habían recibido el mismo nivel de atención que otras, por estar en zonas de acceso más complicado. Cuando los equipos comprobaron el estado del hospital de distrito de Burauen, quedó claro que era necesario intervenir: las áreas de hospitalización estaban destrozadas, todo estaba inundado y tan solo quedaba intacta la sección delantera del centro, que era donde se apilaban los pacientes.

MSF-E estableció su base en Burauen con el objetivo de apoyar el hospital y acudir a los municipios vecinos para contribuir a que la red sanitaria, golpeada con virulencia por el tifón, pudiera restituirse. El personal de salud había huido de muchos de estos puntos debido al desastre; poco a poco fueron volviendo a sus puestos de trabajo, pero durante los primeros días y semanas, los centros de salud de la zona estaban colapsados, si es que no habían resultado completamente destruidos.

Para el apoyo al hospital de Burauen se utilizaron medidas innovadoras, como el uso de la *burbuja*ⁱ, una estructura hinchable apta para ser utilizada como quirófano esterilizado, que sirvió para dar atención (cirugía menor y cesáreas) a las víctimas del tifón y al resto de pacientes durante varias semanas.

Por culpa del tifón, muchos postes habían caído y las carreteras estaban cortadas. Tan solo desplazarse ya era un reto. Poco a poco, y sobre todo gracias al empuje de la población local, las comunicaciones fueron mejorando y empezó a ser posible llegar a zonas más aisladas. Los equipos de MSF subieron a la falda de la montaña para distribuir artículos de primera necesidad, que los vecinos en ocasiones venían a recoger con caballos. Estas distribuciones fueron fundamentales en la intervención en Burauen, que se benefició enormemente del buen entendimiento con las comunidades afectadas.

Si tuviéramos que escoger un ámbito en el cual la intervención representara un reto, el primero que vendría a la mente sería el logístico. Filipinas es un archipiélago de más de 7.000 islas, y durante los primeros días (tras varios días cerrado) el aeropuerto de Tacloban estaba muy congestionado, así como en menor medida las vías marítimas. Fue lo que los portavoces de MSF que atendían a la prensa describieron como “una pesadilla logística”. Con el paso del tiempo la

ⁱ Más información sobre esta estructura en el artículo *La burbuja* (p. 24).

situación fue mejorando pero, en una emergencia así, las primeras horas son clave y las complicaciones logísticas desesperaron a las organizaciones humanitarias y dificultaron el trabajo. Este fue el motivo de que se demorara el inicio de algunas actividades humanitarias.

Una de las lecciones aprendidas de la emergencia de Filipinas es que sobreestimamos la capacidad de los actores locales y de otras organizaciones, lo cual provocó retrasos en la implementación de algunas actividades.

En lo que coinciden casi todos los profesionales de MSF-E que estuvieron en Filipinas es en la extraordinaria resiliencia de la población filipina y la buena aceptación que tuvieron nuestras actividades humanitarias. Se trata de un contexto muy diferente al encontrado en otros desastres naturales. En especial, la actitud de la población filipina fue digna de encomio también en la fase de reconstrucción. Era muy común oír en la isla de Leyte un continuo martilleo, que no era otro que el de los filipinos reconstruyendo sus casas: fue una grata sorpresa comprobar que los kits de construcción fueron bienvenidos, ya que les gustaba hacer las cosas por sí mismos.

Si bien resultó difícil al principio contratar a personal local debido a que buena parte de los profesionales de distintas ramas habían priorizado la reconstrucción de sus propios hogares y muchos habían optado por reanudar sus vidas en zonas menos afectadas; en retrospectiva creemos que tendríamos que haber hecho un esfuerzo por contar con más filipinos en nuestros equipos. Otra lección aprendida.

Asimismo, comprobamos una vez más que este tipo de desastres atraen una enorme atención mediática. El despliegue de personal de comunicación de las diferentes secciones de MSF fue significativo: durante las dos primeras semanas, en general la producción de contenidos fue constante, y las entrevistas desde terreno numerosas.

Finalmente, cabe destacar la buena coordinación entre las cinco secciones de MSF presentes durante la crisis, y también la importante ayuda que supuso la presencia de una representación internacional basada en Manila, que agilizó los trámites, minimizando el efecto de no contar con una misión regular en el país.

Grecia

MSF trabaja en Grecia desde 2008; MSF-E ha estado presente desde ese año hasta finales de 2013. A fecha de 1 de enero de 2014, el único centro operacional presente es MSF-B.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 29.

Esperanza de vida: 80 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 20.511 dólares/año (14.860 euros/año).

Contexto de intervención: estable.

Población asistida: víctimas de la exclusión y la violencia social.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	2	9,06	11,06
Internacionales	—	—	—



Desde hace varios años, Grecia ha estado recibiendo gran número de refugiados y migrantes indocumentados, que llegan al país con la esperanza de un futuro mejor en Europa. Se estima que hay alrededor de 470.000 migrantes en situación irregular viviendo actualmente en el país.

Los recién llegados son objeto de detención rutinaria e indiscriminada debido a su entrada indocumentada en el país. Muchas veces, la Policía es la única responsable de la gestión diaria de los centros de detención, y no hay un sistema de recepción establecido. Las condiciones de detención son pésimas y se han reportado numerosos casos de abusos. Por ello, hasta marzo de 2013, MSF-E siguió prestando asistencia médico-humanitaria a los migrantes y solicitantes de asilo detenidos en la región de Evros.

Por otro lado, debido a la crisis, Grecia sufre una decadencia socioeconómica sin precedentes, con un aumento de la pobreza que afecta mayoritariamente a los jóvenes desempleados, a los ancianos con pensiones más bajas y a las personas con enfermedades crónicas, y que también agrava la situación general de falta de vivienda.

En marzo de 2013, tras una exploratoria realizada en Atenas, MSF lanzó una propuesta basada en proporcionar asistencia médica gratuita a los colectivos más vulnerables excluidos del Sistema Nacional de Salud. También llevó a cabo una exploratoria sobre la incidencia de la tuberculosis en el colectivo de migrantes, con el fin de evaluar una posible intervención en esta área.

La ley griega estipula que las personas sin seguro solo pueden tener acceso gratuito a los hospitales en caso de urgencia. Los sin techo y los migrantes indocumentados son los grupos más afectados por la exclusión sanitaria. La situación es particularmente grave en el centro de Atenas, donde se concentran muchas de las personas sin hogar, los usuarios de drogas intravenosas y los migrantes que buscan la manera de sobrevivir a través del comercio ilegal, la venta de droga y la mendicidad, y que tienen acceso a unos servicios sociales muy limitados.

En septiembre de 2013, con el acuerdo del Ayuntamiento de Atenas, MSF-E empezó a trabajar en los centros de acogida atendiendo a los migrantes y sin techo; para enero de 2014, y tras un

análisis de la pertinencia de dicho proyecto en relación con la política operacional, todas las actividades de MSF-E habían sido traspasadas a MSF-B, cerrándose la misión en el país.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	137.677,93	32,90
Atenas, asistencia médica	83.543,91	19,97
Evros, asistencia médica a migrantes	190.665,85	45,57
Atenas, exploratoria sobre tuberculosis	6.539,31	1,56
Total gastos	418.427,00	100,00
Financiaciones		
MSF Grecia	238.805,00	57,07
MSF Alemania	3.000,00	0,72
MSF España	176.622,00	42,21
Total fondos privados	418.427,00	100,00
Total financiaciones	418.427,00	100,00

	Evros	Ayuda médico-humanitaria a migrantes en centros de detención y de tránsito	
Localización	Evros, Grecia		
Población diana	20.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Enero de 2012 - Marzo de 2013		
Objetivo del proyecto	Proporcionar primeros auxilios y asistencia humanitaria a migrantes		
Tipo de población	Solicitantes de asilo, refugiados y migrantes		
Contexto	Estable		
Coste del proyecto	190.665,85 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	1,19	—	
No sanitarios	7,87	—	

El proyecto de Evros, inicialmente relacionado con la ruta de los migrantes desde las fronteras orientales del territorio europeo y a través de Turquía, ha evolucionado a medida que las estructuras policiales y de control migratorio intensificaban los controles fronterizos.

Unos 5.000 inmigrantes se han beneficiado directa o indirectamente de la presencia de MSF en la zona. Las principales actividades llevadas a cabo han sido: atención primaria de salud en el centro de tránsito o detención, distribución de artículos de primera necesidad, acompañamiento en la ruta o durante el traslado a estructuras de segundo nivel para la cura de heridas y quemaduras por frío, y la derivación hacia asociaciones y organizaciones locales.

Los principales problemas médicos encontrados están asociados a las condiciones del viaje (heridas, congelación, infecciones respiratorias de las vías altas, etc.); también se prestó asistencia a pacientes crónicos (diabetes y problemas cardíacos). Los protocolos sobre referencias médicas y otros acuerdos han facilitado el tratamiento secundario de los pacientes en los hospitales públicos.

En marzo de 2013, después de evaluarse la pertinencia de la presencia de MSF, se puso fin a la intervención en la región de Evros. A lo largo de los últimos tres años, MSF ha recogido y prestado testimonio sobre los migrantes detenidos en las cárceles y centros de tránsito griegos.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	1.644
Violencia directa	40

Guinea-Bissau

MSF ha trabajado en este país desde 1998, y MSF-E desde 2008.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 176.

Esperanza de vida: 48 años

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.042 dólares/año (754 euros/año).

Contexto de intervención: estable.

Población asistida: víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	—	—	—
Internacionales	1,96	0,14	2,1



En los últimos años, Guinea-Bissau ha atraído cierto interés internacional, debido a una situación política muy inestable y a que el país se identifica como un importante puerto de entrada para las redes de narcotráfico en África (en tránsito a Europa).

En las áreas fronterizas con Senegal, persiste desde hace años un estado de inseguridad provocado por el conflicto en este país, concretamente en la provincia de Casamance, justo al otro lado de la frontera. En esta región, el Gobierno de Dakar se enfrenta desde mediados de los ochenta a grupos separatistas que, de hecho, tienen sus bases en territorio de Guinea-Bissau.

Desde 1998, MSF ha llevado a cabo siete intervenciones de emergencia, relacionadas mayoritariamente con epidemias de cólera. Estos brotes, junto con la inestabilidad política, la fragilidad del Estado y los pobres indicadores de salud, llevan tiempo alimentando el deseo de establecer una misión regular en el país.

Finalmente, durante la planificación para 2013, basándose en los resultados de varias misiones exploratorias, el departamento de Operaciones aprobó la apertura de una misión regular a lo largo del año. Una vez instalado, el equipo de coordinación empezó a estudiar diversas propuestas adscritas dentro del Plan Estratégico Operacional, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

La misión también llevó a cabo un seguimiento activo del cólera, con la posibilidad de poner en marcha actividades de vacunación. Sin embargo, en mayo de 2013, Operaciones decidió posponer la apertura de la misión, debido a una priorización operacional y a la falta de consenso sobre la relevancia de la propuesta de proyecto presentada.

En octubre, las autoridades de salud pidieron el apoyo de MSF en una nueva epidemia de cólera. Aunque finalmente la intervención no fue necesaria, se desplazó a un equipo de la Unidad de Emergencias, con el fin de asegurar que el seguimiento y manejo de casos por parte del personal del Ministerio era el adecuado. Durante la visita, se actualizaron los procedimientos de cloración de agua y se realizó una pequeña donación de material y medicamentos.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	257.762,90	93,74
Plan de preparación para emergencias	3.247,39	1,18
Bissau, intervención contra el cólera	13.952,89	5,07
Total gastos	274.963,18	100,00
Financiaciones		
MSF España	274.963,18	100,00
Total fondos privados	274.963,18	100,00
Total financiaciones	274.963,18	100,00

India

MSF trabaja en India desde 1999, y MSF-E desde 2007. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 136.

Esperanza de vida: 65,8 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 3.285 dólares/año (2.398 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de la violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria; víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.



RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	18,58	139,64	158,21
Internacionales	6,22	9,41	15,63

India, a pesar de ser vista como un modelo de crecimiento económico y poder emergente, ocupa el puesto 136, de 187, en el Índice de Desarrollo Humano. Todavía persisten brechas sociales extremas y desigualdades económicas entre los diferentes Estados y estratos sociales, lo que hace que las poblaciones más vulnerables no puedan acceder al sistema de salud.

Uno de cada tres indios viven por debajo del umbral de la pobreza, es decir con menos de 1,25 dólares al día (0,9 euros): más de 400 millones de personas. Además, India se enfrenta a diversos conflictos locales y regionales de baja intensidad (movimientos maoístas, grupos independentistas, extremismo religioso) y la violencia comunitaria afecta a la población y a su acceso a la atención médica. El país también es propenso a desastres naturales de magnitud, como terremotos, ciclones, deslizamientos de tierras e inundaciones.

MSF siguió trabajando en Bihar, uno de los estados más pobres, con más de 104 millones de habitantes. MSF proporciona un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes afectados por el kala azar e implementa, junto con el Ministerio de Salud, un programa comunitario para el tratamiento de la desnutrición aguda severa. Ambos proyectos pretenden influir en las políticas nacionales de salud a través de la publicación de nuestros datos y resultados, y presionar para que se introduzcan cambios en dichas políticas en beneficio de los pacientes.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	806.830,12	36,28
Darbhanga, nutrición	840.338,49	37,78
Bihar, kala azar	571.808,80	25,71
Plan de preparación para emergencias	5.151,16	0,23
Total gastos	2.224.128,57	100,00

Financiaciones		
Inditex	1.000.000,00	44,96
MSF Holanda	600.000,00	26,98
MSF España	624.128,57	28,06
Total fondos privados	2.224.128,57	100,00
Total financiaciones	2.224.128,57	100,00

 Darbhanga, Bihar	Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda severa en niños menores de 5 años	
Localización	Distrito de Darbhanga, estado de Bihar	
Población diana	118.143 personas	
Fechas de inicio y fin	Enero de 2009 - Diciembre de 2015	
Objetivo del proyecto	Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda severa en niños menores de 5 años	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	840.338,49 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	40,29	3,72
No sanitarios	28,78	2,08

En 2013, la Sociedad Estatal de Salud de Bihar (SHS, *State Health Society*) presupuestó en su planificación anual la expansión de la gestión comunitaria de la desnutrición aguda severa en el distrito de Darbhanga. Este sistema se basa en el modelo de atención que MSF ha puesto en marcha en uno de los 38 distritos de la región de Biraul: enfoque comunitario, trato cercano con los pacientes y sus familias, e integración y cuidado de la desnutrición dentro de los recursos del Ministerio de Salud en todas las aldeas y distritos, todo ello velando por que el sistema no ponga en peligro la precaria situación económica de las familias afectadas.

Gracias a este importante compromiso por parte del SHS, MSF decidió ampliar sus actividades a cuatro distritos más y, para finales de 2013, ya apoyaba a un total de 11 centros de salud, en parte a cargo de personal del Ministerio.

En julio, MSF inició la construcción de una Unidad de Cuidados Intensivos de Desnutrición en el Hospital Universitario de Darbhanga, donde serán atendidos los niños con desnutrición aguda severa con complicaciones. La UCI, inaugurada en marzo de 2014, es el primer centro de este tipo en India. Además, en 2014, publicaremos de forma oficial los resultados de nuestras actividades de nutrición desde 2009: con este movimiento, MSF pretende continuar con su estrategia de *advocacy*, para asegurar que las autoridades ponen en práctica un modelo de atención eficaz a los niños con desnutrición severa.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Hospitalizaciones	90
CNT hospitalario	90
CNT ambulatorio	2.066

 Bihar	Reducción de la morbilidad y la mortalidad por kala azar	
Localización	Distrito de Vaishali, estado de Bihar	
Población diana	41.451 personas	
Fechas de inicio y fin	Enero de 2009 - Diciembre de 2015	
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y la mortalidad debida al kala azar en el estado de Bihar	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	571.808,8 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	40.24	2.1
No sanitarios	30.33	1.5

El 50% de los casos mundiales de kala azar se dan en India y, de estos, el 90% se concentran en el estado de Bihar: en esta región, se dan más de 10.000 casos cada año. De todas formas, MSF ha podido confirmar una reducción en el número de afectados, y se estima que, a lo largo de 2014, se colocará por debajo del umbral de los 10.000.

Durante 2013, MSF siguió prestando apoyo a cinco centros de salud primaria, a través de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Salud: en total, 50 camas destinadas exclusivamente a los pacientes de kala azar están a cargo de MSF. Hasta el momento, el proyecto ha tratado a más de 10.000 pacientes afectados por la enfermedad.

Desde agosto de 2012, en colaboración con la iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi), MSF puso en marcha un proyecto piloto para evaluar, en puestos de salud y hospitales rurales, la seguridad y eficacia de las nuevas modalidades de tratamiento del kala azar. Los resultados iniciales de la primera fase del estudio, que incluía a 300 pacientes, fueron excelentes, por lo que se decidió pasar a una segunda fase con 2.000 pacientes más. Para poder llegar a ellos, MSF ampliará enormemente la disponibilidad de tratamientos en seis distritos adicionales en 2014, en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Kala azar	1.453

Irak

MSF trabaja en este país desde 2003, y MSF-E desde 2010. Los otros centros operacionales presentes son MSF-CH, MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 131.

Esperanza de vida: 69,6 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 3.557 dólares/año (2.574 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de conflicto armado.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	8,82	37,57	39	85,39
Internacionales	4,01	12,02	—	16,03

Irak tiene una historia reciente de violencia, con tres décadas de opresión bajo el régimen de Saddam Hussein, una intervención internacional liderada por Estados Unidos en 2003, y el caos y la violencia sectaria extrema que todo ello produjo. La actual situación política sigue siendo frágil y hace difícil que se pueda hablar de una verdadera gobernabilidad del país. Las comunidades suníes culpan al Gobierno central de no cumplir las promesas hechas en las últimas elecciones: mejor reparto de la riqueza, modernización de las infraestructuras, revisión del impuesto sobre el petróleo y avances significativos en educación y salud.

A lo largo del año, la violencia sectaria se intensificó, llegando a niveles comparables a los de 2006, cuando el país se encontraba en plena guerra civil. En 2013, se cometieron una media de 10 asesinatos de civiles al día: unas 5.000 muertes en todo el año, en ataques con artefactos de fabricación casera, atentados suicidas, etc. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25 % de la población iraquí se ha visto directamente afectada por la violencia, que no solo ha causado decenas de miles de muertos y heridos, sino también millones de desplazados.

A pesar de la relativa riqueza del país, el conflicto ha dado lugar a una población muy vulnerable en términos de necesidades básicas: alimentos, agua, vivienda, salud, etc. Algunos grupos – etnias concretas, comunidades de desplazados o comunidades de determinadas zonas– han sufrido incluso más esta situación.

En este marco de deterioro crónico y lento de la calidad de vida, el acceso a bienes y servicios básicos se resiente poco a poco, incluyendo el acceso a la salud, especialmente para las poblaciones rurales. La población general ve continuamente interrumpida su rutina diaria: trabajos, escuela, actividades sociales y culturales se ven afectados por la amenaza de la violencia. Los valores de la sociedad se erosionan, y la confianza en las autoridades locales, regionales o nacionales queda en entredicho. La población no tiene protección contra las milicias y desconfía de la Policía y del sistema judicial.

En lo relativo a las actividades que MSF desarrolla en el país, la elección de trabajar en Najaf se basó en la evaluación médica realizada en el Hospital Al Zahra en 2011: los datos revelaban elevadas tasas de mortalidad neonatal, vinculadas a una mala praxis ginecológica y obstétrica.

Por otra parte, a raíz de la crisis de Siria, el equipo de coordinación con base en Jordania (Ammán) llevó a cabo una evaluación de la situación de los refugiados sirios con un equipo especializado, enviando una propuesta de proyecto sobre enfermedades no transmisibles para el área de Ramtah, en la frontera entre ambos países.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	623.020,66	34,72
Najaf, cuidados neonatales y obstétricos	1.155.683,36	64,41
Jordania, exploratoria	15.472,04	0,86
Total gastos	1.794.176,06	100,00
Financiaciones		
MSF Suiza	1.000.000,00	55,74
MSF España	794.176,06	44,26
Total fondos privados	1.794.176,06	100,00
Total financiaciones	1.794.176,06	100,00

	Najaf	Cuidados neonatales y obstétricos	
Localización	Najaf		
Población diana	24.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Octubre de 2010 – Septiembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Mejorar la calidad de la atención médica materna y neonatal en el Hospital de distrito de Al Zahra		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	1.155.683,36 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	5,37	9,3	
No sanitarios	32,2	2,73	

En Irak, el plan inicial de MSF-E pretende responder a las necesidades de salud de las zonas afectadas por la violencia, pero la alta inseguridad en algunas de ellas ha limitado nuestra capacidad de acceso para atender las necesidades de estas poblaciones. Debido a esta

limitación, MSF-E está interviniendo en Najaf, una región más estable, en el hospital público Al Zahra. Es el principal hospital de la zona: en él tienen lugar el 60% de los partos de toda la región.

MSF intenta reducir la elevada tasa de mortalidad neonatal en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y mejorar la calidad de la atención en la maternidad. La intervención se centra en la Unidad de Nivel 2, la sala de maternidad y el área de recepción de recién nacidos, así como en áreas transversales como el control de la gestión hospitalaria y de infecciones.

Las principales actividades de este proyecto en 2013 fueron el manejo de casos y el desarrollo de capacidades basadas en los protocolos y guías médicas. Se ha trabajado desde un enfoque participativo del personal del hospital, con lo que se espera lograr resultados óptimos. El apoyo estructural es también una actividad clave: se han rehabilitado la sala de cuidados posnatales y la Unidad de Esterilización que sirve a todo el hospital.

En 2013 y 2014, MSF empezó a poner en marcha alianzas y acuerdos con otras instituciones médicas, concretamente con el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, especializado en pediatría, ginecología y obstetricia.

Después de casi cinco años de presencia de MSF-E en Najaf, y tras la evaluación realizada en octubre de 2013, en el Plan Anual de 2014 se tomó la decisión de cerrar el proyecto en septiembre, dejando hasta enero de 2015 una pequeña presencia de personal local de MSF que dé seguimiento a la fase de cierre y al volátil contexto en Irak.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Hospitalizaciones	1.866

Kenia y Somalia

MSF trabajaba en Somalia desde 1991, y MSF-E desde 1992. Los otros centros operacionales presentes eran MSF-CH, MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Somalia:

Clasificación del país: n/a.

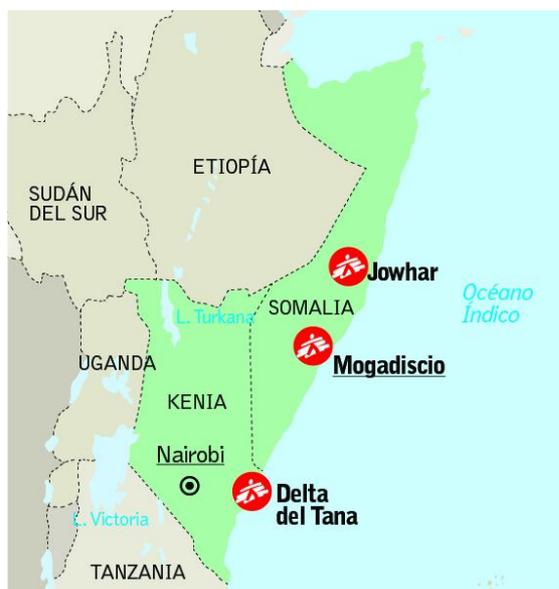
Esperanza de vida: 51,5 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: n/a.

Contexto de intervención: conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflictos armados.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	32,22	194,46	226,68
Internacionales	5,64	2,02	7,11



A pesar de haberse dado una mejora en las condiciones de seguridad en Somalia, los ataques, los atentados y los asesinatos selectivos siguen siendo frecuentes tanto en la capital, Mogadiscio, como en el resto del país. El control del grupo islamista Al Shabab se extiende a las áreas de Somalia meridional y central, mientras que la presencia de soldados kenianos (ahora bajo el paraguas de la Misión de la Unión Africana AMISOM) y del Ejército etíope contribuye a generar tensiones en toda la zona.

En Kenia, se produjeron continuos actos terroristas en la zona somalí del país, en la Provincia Costera y en Nairobi. En septiembre, Al Shabab atacó el centro comercial Westgate (en el barrio de Westland, en Nairobi), provocando cerca de 70 muertos, entre ellos unos 60 civiles y 6 guardias de seguridad, y casi 175 heridos. El grupo Al Shabab prometió seguir con otras acciones similares en Kenia mientras este país no retire a sus soldados de Somalia.

En medio de este contexto de tensión, en Somalia, después de dos décadas de guerra civil, la mayoría de la población vive en un estado casi permanente de crisis. La mayor parte de las infraestructuras de salud han sido destruidas y, según la ONU, solo hay cuatro médicos por cada millón de habitantes. A pesar de la mejora de la situación alimentaria y nutricional, después de la crisis aguda de 2011, se estima que 870.000 personas todavía se enfrentan a una inseguridad alimentaria aguda. De hecho, en muchas regiones del sur y centro del país, así como entre los desplazados internos, persisten niveles críticos de desnutrición aguda, superiores al 15% (según datos de la Unidad de Análisis sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición, FSNAU).

Aunque, en comparación con años anteriores, se produjo una disminución del número de personas que abandonan el país en busca de una mayor seguridad, el flujo a través de las fronteras de Kenia, Etiopía, Yemen y otros países sigue siendo enorme. En cuanto a los desplazados internos, según el Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados (ACNUR), suman cerca de un millón de personas, que viven en condiciones extremadamente difíciles: su acceso a alimentos, agua, saneamiento, servicios de salud y refugio es insuficiente e irregular.

En Somalia, ya que no se cumplen los criterios de seguridad necesarios, MSF no cuenta con personal internacional, a excepción del *staff* de origen somalí, ni en Jowhar (bajo control de Al Shabab) ni en Mogadiscio. El personal internacional para los proyectos tiene su base en Nairobi.

En julio, por fin fueron puestas en libertad nuestras compañeras Blanca Thiebaut y Mone Serra, secuestradas en el campo de refugiados somalíes de Dadaab (Kenia) en octubre de 2011. Lamentablemente, la acumulación de ataques impunes contra los equipos de MSF obligaron a la organización a tomar una dolorosa decisión: en agosto, anunció el cierre de todos sus proyectos en Somalia, constatando la falta de voluntad de los actores locales a la hora de garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud y la seguridad de personal médico y pacientes.

A pesar de disponer de tan poco tiempo desde que se tomó la decisión del cierre de la misión, todas las actividades médicas de MSF-E fueron traspasadas a ONG locales e internacionales (International Medical Corps en el caso de Jowhar) o a las autoridades del país.

Además, en Kenia, MSF apoyó a los desplazados internos y a la población general afectada por las inundaciones en la zona del delta del Tana, en los distritos Río Tana (en las áreas de Bura y Garsen), Garissa, Narok y Nakuru (Gilgil). También respondió a los enfrentamientos étnicos entre los ormas y los pokomos en esta misma región, prestando apoyo psicológico y médico a las poblaciones afectadas.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general en Nairobi	968.266,46	17,71
Mogadiscio, asistencia médica integral	2.100.998,34	38,43
Jowhar, asistencia médica integral	1.995.188,88	36,5
Plan de preparación para emergencias	259.369,08	4,74
Delta del Tana, asistencia a víctimas de violencia	85.397,35	1,56
Delta del Tana, inundaciones	57.716,88	1,06
Total gastos	5.466.936,99	100,00
Financiaciones		
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)	149.974,38	2,74
Total fondos institucionales	149.974,38	2,74
MSF Estados Unidos	771.510,45	14,11
MSF Japón	1.687.542,60	30,87
MSF España	2.857.909,56	52,28
Total fondos privados	5.316.962,61	97,26
Total financiaciones	5.466.936,99	100,00

	Mogadiscio y Yaqshid	Atención médica a la población
Localización	Sur de Mogadiscio	
Población diana	254.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Octubre de 1992 – Julio de 2013	

Objetivo del proyecto	Proporcionar atención primaria integral de calidad y servicios de salud secundarios específicos en el área de Mogadiscio (distritos de Wadajir y Dharkenley) y en los distritos de Yaqshid y Balcad, para reducir la mortalidad y la morbilidad de la población diana, con énfasis en la mortalidad infantil	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	2.100.998,34 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	59,31	0,42
No sanitarios	54,38	0,28

Nuestras estructuras proporcionan consultas externas, atención en salud materno-infantil, servicios nutricionales (incluyendo cuidados intensivos, con una capacidad de 25 camas), y servicios de vacunación y referencia. La intervención se complementa con un equipo nutricional móvil que examina a la población desplazada y refiere a los niños desnutridos a los servicios de atención nutricional.

En 2013, MSF llevó a cabo una campaña de sensibilización en la comunidad a través de los agentes de salud, para transmitir la importancia de que las mujeres embarazadas acudan al centro de salud para revisiones antes y después del parto; también explicaron la necesidad de reportar y buscar asistencia en caso de violencia sexual. Respecto a este último punto, este año fueron atendidas más de 45 mujeres supervivientes de violencia sexual.

Al cierre del proyecto fueron traspasadas todas las actividades a ONG locales y a las autoridades. Además, MSF hizo donaciones de material logístico, médico y para cubrir posibles emergencias (reservas del plan de preparación para emergencias).

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	98.450
Hospitalizaciones	3.057
Malaria (total)	894
Malaria (confirmados)	872
CNT hospitalario	59
CNT ambulatorio	2.117
Consultas prenatales (totales)	15.836
Consultas prenatales (nuevas)	8.425
Atención posnatal	2.205
Violencia sexual	47
TB (total)	24
Vacunación sarampión (rutina)	6.135
Meningitis (tratamiento)	5
Salud mental, consultas individuales	26

	Jowhar	Atención primaria y secundaria	
Localización	Kulmis, Bulu Sheik, Gololey y Mahaday		
Población diana	105.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Octubre de 1992 – Julio de 2013		
Objetivo del proyecto	Proporcionar atención médica primaria y secundaria, incluyendo nutrición, a las víctimas de violencia		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	1.995.188,88 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	51,71	0,42	
No sanitarios	29,06	0,3	

El 9 de diciembre de 2012, la ciudad de Jowhar fue tomada por las fuerzas del Ejército somalí (SNAF) y la AMISOM, y Al Shabab se replegó hacia el norte. Una de nuestras estructuras, la de Mahaday, siguió estando en zona controlada por esta milicia. Las actividades continuaron, aunque el equipo no pudo visitar la estructura y el aprovisionamiento fue todo un reto.

En 2013, MSF siguió siendo una de las dos únicas organizaciones que ofrecían servicios médicos gratuitos a la población de Jowhar, desde seis centros de salud (cuatro urbanos y dos rurales) que cubrían las necesidades en atención primaria de salud, vacunación, nutrición y salud reproductiva.

A su vez, la maternidad de MSF era la única estructura en Jowhar que ofrecía servicios obstétricos gratuitos (incluidas las urgencias). Además, los pacientes eran referidos a esta maternidad desde varios centros de salud apoyados por MSF en zonas urbanas y rurales. En 2013, MSF abrió la unidad neonatal y reforzó su trabajo con los agentes comunitarios de salud, con el objetivo de lograr un mayor compromiso por parte de la comunidad.

Al cierre del proyecto, todas las actividades fueron traspasadas a la ONG internacional International Medical Corps (IMC).

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	38.168
Hospitalizaciones	1.493
Cirugía	84
Malaria (total)	840
Malaria (confirmados)	840
CNT ambulatorio	817
Consultas prenatales (totales)	5.884
Consultas prenatales (nuevas)	5.022
Partos	1.046

Atención posnatal	1.101
Violencia sexual	6
Violencia directa	129
Víctimas de tortura	27
TB (total)	175
Sarampión (tratamiento)	29
Vacunación sarampión (rutina)	3.339
Salud mental, consultas individuales	184

	Delta del Tana, violencia	Asistencia a las víctimas de enfrentamientos étnicos	
Localización	Distrito Río Tana, Provincia Costera		
Población diana	32.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Febrero – Abril de 2013		
Objetivo del proyecto	Proporcionar asistencia médica y ayuda humanitaria a las víctimas de la violencia		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	85.397,35 EUR €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	0.06	
No sanitarios	—	—	

Gran parte del distrito Río Tana es propenso a la sequía, y las inundaciones son comunes cada vez que llueve. Esta zona ha experimentado históricamente conflictos entre los agricultores sedentarios (pokomos) y las comunidades pastorales (ormas), principalmente por el acceso a las tierras de pastoreo y cultivo y al agua, especialmente durante la estación seca, cuando tanto el agua y como los pastos escasean.

MSF asistió a las víctimas de los enfrentamientos con consultas de apoyo psicosocial, actividades de agua y saneamiento y distribución de bienes de primera necesidad, y también ayudó a complementar la acción de otros actores presentes, como Cruz Roja de Kenia. La intervención continuó hasta abril de 2013.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Consultas externas	9.214
Malaria (total)	2
Malaria (confirmados)	2
Consultas prenatales (totales)	244

Consultas prenatales (nuevas)	244
Atención posnatal	27
Violencia directa	7
Salud mental, consultas individuales	168
Salud mental, consultas en grupo	183
Vacunación sarampión (rutina)	120
Artículos de primera necesidad	3.086
Saneamiento	72

	Delta del Tana, inundaciones	Asistencia a las víctimas de las inundaciones
Localización	Distrito Río Tana, Provincia Costera	
Población diana	32.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Abril – Mayo de 2013	
Objetivo del proyecto	Proporcionar asistencia médica y ayuda humanitaria a las víctimas de las inundaciones	
Tipos de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Inestabilidad interna	
Coste del proyecto	57.716,88 €	

La temporada de lluvias comenzó con inusual fuerza, causando numerosas muertes, desplazamientos y múltiples pérdidas materiales en las zonas más pobres. MSF intervino en los campos de desplazados internos, respondiendo a las necesidades que otros actores no eran capaces de cubrir, principalmente el Gobierno y Cruz Roja de Kenia.

Se llevaron a cabo clínicas móviles, que proporcionaron casi 4.000 consultas médicas; además, se realizó seguimiento epidemiológico y distribución de bienes de primera necesidad (3.086 kits). Las actividades de agua y saneamiento realizadas en los 15 campos de desplazados habilitados para la emergencia completaron la intervención. Finalmente, a través de las actividades de incidencia política se implicó a otros actores para cubrir las necesidades básicas, principalmente la distribución de alimentos.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Consultas externas	4.245
Malaria (total)	19
Malaria (confirmados)	4
Consultas prenatales (totales)	7
Consultas prenatales (nuevas)	7
Atención posnatal	1
Artículos de primera necesidad	3.086

Somalia y MSF: una ausencia aún palpable, unos riesgos que persisten

Por Will Robertson, responsable de Célula de MSF España

El informe mejor documentado sobre la hambruna de Somalia de 2011-2012 indicaba que en dicho periodo se produjeron más de 264.000 fallecimientos. Y durante 2013, mientras la seguridad alimentaria mejoraba, el acceso de los equipos de MSF a muchas zonas del centro y sur del país seguía igual o empeoraba. La sombra del secuestro de Mone y Blanca en octubre de 2011 ejercía una gran presión sobre nuestras operaciones, al tiempo que muchos proyectos quedaban *congelados* (ni ampliación, ni apertura de nuevas actividades). En 2013, seguían en el mismo estado, lo que nos impedía ajustar nuestra respuesta a las cambiantes necesidades humanitarias de los somalíes. Entonces, en agosto de 2013, tras una presencia ininterrumpida desde 1991 (1992 para MSF-E), MSF decidió retirarse de Somalia.

La liberación de nuestras compañeras en julio de 2013 nos despejó el terreno para evaluar nuestra presencia en Somalia sin la sombra de un incidente en curso. El legado de los numerosos incidentes sufridos, incluidos los asesinatos de Philippe Havet y Andrias Karel Keiluhu en diciembre de 2011, había impulsado la reflexión sobre los riesgos que MSF estaba asumiendo en este país. Tras mucho debatir y reflexionar, todas las secciones de MSF tomaron la decisión de proceder a una retirada total de Somalia, es decir a cierre de todos los programas.

Una vez acordado el cierre en ambas plataformas, el proceso operacional se puso en marcha con bastante rapidez. Antes de proceder a la declaración pública oficial, los jefes de misión y responsables de célula definieron un plan de cierre y comunicación interna, que guio las actividades hasta que todos los proyectos fueron traspasados o cerrados.

La decisión fue recibida con consternación por los equipos de todas las misiones de Somalia. En los días inmediatamente posteriores al cierre, no resultaba fácil adivinar el estado de ánimo de las autoridades somalíes clave ni del público en general. Esta dificultad aún persiste, ya que nuestra marcha provocó reacciones diversas en Somalia y en toda África. Pudimos comprobar que, en Somalia y en los actores locales, nuestra monolítica decisión generó posturas de todo tipo, desde el silencio, el arrepentimiento personal y la indiferencia, hasta la ansiedad y la conmoción.

En el plazo de un mes, MSF se retiró de las actividades médicas y las traspasó allí donde fue posible. Fue un proceso doloroso que se consiguió principalmente gracias a nuestro personal en Somalia y Kenia. La mayoría de este personal, de gran experiencia, ha sido contratado por otras organizaciones, que pueden beneficiarse ahora de personas de gran profesionalidad y compromiso; esta ha sido, de alguna manera, una de las pérdidas más duras. Aunque MSF no esté operativa en Somalia, durante 2014 se han realizado algunos intentos de retomar la lectura de las dinámicas del país; este proceso está en manos de una delegación interseccional, representada por Fiona Terry, en Nairobi.

Durante 2014, aunque MSF no esté operativa en Somalia, hemos realizado algunos intentos de retomar la lectura de las dinámicas del país. Desde luego, en estos momentos no estamos en posición de juzgar completamente el sentir de los principales actores implicados. Las repercusiones de la salida son difíciles de evaluar: ha transcurrido bastante tiempo desde que MSF cerró o traspasó sus actividades y los servicios médicos se han degradado.

Lo que resultó bastante interesante, tras la retirada, fue el aluvión de proveedores de servicios de salud: Somalia sigue siendo un lugar en el que la combinación de dinero, microdinámicas y clanes facilita una narrativa de gran diversidad, que a menudo se traduce en ofertas a la baja. En este contexto mercantilista, ofrecer la atención sanitaria de más calidad no es el factor más determinante para lograr el acceso.

Somalia es un contexto problemático, y MSF lo sabe muy bien tras 22 años de trabajo allí. La retirada nos brinda la oportunidad de observar sin estar sometidos a la presión derivada de tener en marcha actividades médicas vitales. Nos corresponde utilizar con astucia este lapso de tiempo (cuyo coste de oportunidad es muy alto para muchos somalíes).

MSF sale beneficiada cuando define y acepta por anticipado su nivel de tolerancia al riesgo, y ello le permite reaccionar rápidamente en caso de darse un incidente, y darle respuesta de forma adecuada. Debemos juzgar y evaluar nuestro trabajo continuamente, incluso antes de que sucedan incidentes desagradables, con el fin de que el proceso de toma de decisiones se desarrolle de forma correcta y objetiva, sea cual sea la decisión final. Debemos ser capaces de generar un análisis exhaustivo de la situación y de nuestros propios factores de aceptación de riesgos antes de volver a este contexto.

Mali

MSF trabaja en Mali desde 1992, y MSF-E desde 2012. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B y MSF-F.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 182.

Esperanza de vida: 51,9 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 853 dólares/año (622 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna y conflicto armado.

Población asistida: víctimas de violencia social y población excluida del acceso a asistencia sanitaria; víctimas de conflicto armado.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	7,42	38,45	60	105,87
Internacionales	5,44	6,75	—	12,19

La situación general de inestabilidad vivida durante 2012 cambió en enero de 2013 con la intervención militar del Ejército francés (Operación Serval), y puede decirse que la integridad territorial y el orden constitucional fueron restablecidos en casi todo el país. Las elecciones presidenciales y legislativas de noviembre se desarrollaron sin incidentes destacables, pero la situación todavía es incierta, en particular en el norte y específicamente en Kidal, en el extremo norte. No obstante, siguieron dándose incidentes como el asesinato de dos periodistas franceses el 2 de noviembre, o la intervención del Ejército contra los manifestantes el 28 de ese mes, que se saldó con 50 muertos.

Las fuerzas armadas (francesas y de la Misión de Naciones Unidas MINUSMA) intentan conseguir una cierta calma y seguridad en la zona norte, mientras persisten las tensiones intercomunitarias y los episodios de violencia localizada que provocan inseguridad e impactan en la población. Los grupos armados reprochan al Gobierno central que no tenga voluntad de diálogo para establecer un modelo de Estado más federal.

Debido a la crisis de 2012, el sistema sanitario de Mali, basado en la descentralización, se desplomó abruptamente en el norte; desde 2013, el nuevo Gobierno y sus socios internacionales insisten en la necesidad de aplicarle reformas de gran alcance, aunque algunos analistas consideran que estos cambios serían prematuros, en el contexto de un Estado que aún se recupera de la crisis reciente.

En el norte es donde la situación en términos sanitarios es peor: a pesar de que no se define como crisis humanitaria aguda, existe un enorme vacío en los servicios de salud, ya que la inseguridad impide la vuelta de los funcionarios del Ministerio, y el abastecimiento de medicamentos en las estructuras sanitarias no está garantizado.

A finales de 2012, la misión de MSF tuvo un marcado carácter emergencista, y trabajó principalmente en apoyo de tres centros de atención primaria: en Gossi, Wabaria y Chabaria, en la provincia de Gao. Después de la intervención militar francesa, y con un contexto de cierta

estabilidad, MSF redefinió su estrategia y enfocó su intervención en Ansongo (también en Gao), donde hay un centro de salud de referencia con servicios mínimos de hospitalización.

En el ámbito de la seguridad, basándose en un análisis de riesgo específico de la región y subregión, la estrategia adoptada para reducir el riesgo de secuestros sigue siendo la de optar por ciertas nacionalidades para cubrir los puestos en la misión y en los proyectos.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	721.737,17	32,56
Ansongo, asistencia médica integral	689.395,17	31,10
Plan de preparación para emergencias	83.722,06	3,78
Gao, intervención de emergencia	721.886,67	32,57
Total gastos	2.216.741,07	100,00
Financiaciones		
Inditex	200.000,00	9,02
MSF Estados Unidos	521.805,79	23,54
MSF España	1.494.935,28	67,44
Total fondos privados	2.216.741,07	100,00
Total financiaciones	2.216.741,07	100,00

	Gao, emergencia	Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia	
Localización	Ansongo, Chabaria, Wabaria y Gossi, en la provincia de Gao		
Población diana	212.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Julio de 2012 – Julio de 2013		
Objetivo del proyecto	Contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en las poblaciones desplazadas y residentes, afectadas directa o indirectamente por la crisis humanitaria en el norte		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	721.886,67 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	2,43	
No sanitarios	—	4,32	

MSF-E enfocó su intervención en tres centros de salud comunitarios (Gossi, Wabaria y Chabaria), donde se ofrecieron servicios de salud primaria, así como en el centro de salud de referencia en Ansongo, donde los servicios eran de salud primaria y secundaria.

MSF proporcionó servicios de consulta externa —incluyendo nutrición y salud sexual y reproductiva—, laboratorio, vacunación, hospitalización, cirugía y referencias. Además, se formó a personal en respuesta a emergencias y cuidados a víctimas de la violencia, y se preposicionaron materiales para una posible respuesta a emergencias.

Las actividades fueron desarrolladas por el personal de salud del Ministerio que había permanecido en la zona de intervención, y al que MSF dio apoyo mediante incentivos económicos.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	12.617
Hospitalizaciones	405
Cirugía	48
Malaria (total)	3.660
Malaria (confirmados)	3.171
Violencia directa	1
Sarampión (tratamiento)	36

	Ansongo	Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia	
Localización	Ansongo, provincia de Gao		
Población diana	212.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Julio de 2013 - Octubre de 2014		
Objetivo del proyecto	Contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en las poblaciones desplazadas y residentes		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	689.395,17 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	16,44	—	
No sanitarios	22,01	—	

Pensado como continuación del proyecto de Gao (este último, de carácter más emergencista), el proyecto de Ansongo tiene por objetivo trabajar junto con las mermadas autoridades sanitarias para fortalecer las estructuras, mejorar la formación del personal, realizar el seguimiento epidemiológico, verificar el correcto funcionamiento del sistema de referencia y mejorar la

preparación y respuesta ante emergencias, todo ello acompañado de actividades de incidencia para implicar a otros agentes nacionales e internacionales.

El perfil epidemiológico de la región se basa sobre todo en las tres enfermedades de mayor impacto: malaria, desnutrición e infecciones respiratorias agudas.

Durante el periodo 2012-2013, uno de los puntos importantes estuvo relacionado con el acceso gratuito a los servicios de salud de una población muy vulnerable. La presencia de equipos de MSF desempeña un rol muy importante en el seguimiento de dicha gratuidad y la denuncia de su incumplimiento.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	51.718
Hospitalizaciones	1.305
Cirugía	61
Malaria (total)	20.201
Malaria (confirmados)	19.012
Partos	547
Sarampión (tratamiento)	8
Meningitis (tratamiento)	4

Marruecos

MSF, y MSF-E en particular, trabajaban en Marruecos desde 1997. No hay ningún otro centro operacional presente en el país.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 130.

Esperanza de vida: 72,4 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 4.384 dólares/año (3.200 euros/año).

Contexto de intervención: estable.

Población asistida: víctimas de la violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	1,48	2,59	4,07
Internacionales	1,96	0,63	2,59



En relación con la problemática de la migración, Marruecos sigue siendo un país de tránsito y de destino. Actualmente, los datos médicos demuestran que en algunas partes del país se ha producido una mejora considerable en el acceso de los migrantes a las estructuras de salud y al reconocimiento por parte de las autoridades del derecho a la salud como un derecho universal y que, por lo tanto, comprende a los migrantes.

Quedan muchos desafíos a los que responder, especialmente en lo relacionado con la salud mental y la violencia sexual. La situación médico-humanitaria ha mejorado considerablemente desde 2005, pero ahora son necesarias soluciones a largo plazo, sobre todo en materia de protección, cuestión esta que queda fuera del mandato de MSF como organización humanitaria.

La presencia de MSF-E en Marruecos se debe a la apuesta estratégica por atender las necesidades de poblaciones migrantes sometidas a situaciones de violencia no ligadas directamente a un conflicto armado. La misión de Marruecos, la más antigua de MSF-E en un contexto de migración, ha sido una fuente de aprendizaje continuo, y precisamente las lecciones que hemos aprendido deben ayudarnos a proponer nuevas maneras de abordar la migración tanto desde el punto de vista humanitario como desde el punto de vista médico.

Desde el punto de vista operacional, 2013 supuso tres meses de actividad relacionada con el cierre definitivo de la misión.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	259.903,85	68,55
Oujda, asistencia a migrantes	119.234,46	31,45
Total gastos	379.138,31	100,00

Financiaciones		
MSF Suiza	100.000,00	26,38
MSF España	279.138,31	73,62
Total fondos privados	379.138,31	100,00
Total financiaciones	379.138,31	100,00

	Oujda, Berkane, Nador	Asistencia médico-humanitaria a migrantes subsaharianos	
Localización	Oujda – Nador		
Población diana	1.000 personas		
Fechas de inicio y fin	2004 – Marzo de 2013		
Objetivo del proyecto	Mejorar el estado de salud, las condiciones de vida y la dignidad de los migrantes subsaharianos más vulnerables		
Tipo de población	Desplazados (migrantes)		
Contexto	Estable		
Coste del proyecto	119.234,46 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	0,52	0,38	
No sanitarios	2,07	0,25	

Tras la decisión de finales de 2012 sobre el cierre definitivo de la misión, la estrategia en 2013 se ha basado en encontrar asociaciones u organizaciones que puedan asumir y reanudar nuestras actividades; concienciar y presionar a los grandes donantes de fondos sobre las necesidades de Oujda y Nador y sobre la necesidad de presencia internacional en la zona; y por último, realizar incidencia política ante las agencias de Naciones Unidas para pedir una presencia continua en la región que cubra el gran vacío de protección que sufre esta población.

El traspaso se llevó a cabo según los planes previstos, incluyendo la donación de material, reuniones con los actores locales, traspaso de información, etc. Tras unos meses, se facilitó la llegada a Oujda de Médicos del Mundo, organización que comenzó a trabajar con la población migrante.

Durante el periodo de cierre, se realizó un gran esfuerzo para, por un lado, capitalizar la experiencia de MSF con la migración en Marruecos y, por otro, insistir ante las instituciones y organizaciones competentes en la necesidad de una solución al que es el principal problema de los migrantes: la protección. En este marco, la realización y difusión del informe de MSF [Atrapados a las puertas de Europa](#) tuvo una gran repercusión entre los actores implicados, y todavía hoy sigue de actualidad.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Salud mental, consultas individuales	20
Salud mental, consultas en grupo	10

México

MSF trabaja en México desde 1985 y MSF-E desde 2010. El otro centro operacional presente es MSF-CH.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 61.

Esperanza de vida: 77,1 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 12.947 dólares/año (9.415 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de otras situaciones de violencia, y personas excluidas de la asistencia sanitaria.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	5,75	40,23	45,98
Internacionales	5,75	6,78	12,53



El fenómeno de la violencia en México se puede abordar desde la dinámica de las organizaciones criminales que operan en una parte significativa del territorio, y cuyos métodos y estrategias tienen serias consecuencias médico-humanitarias para la población.

Por un lado, se dan las consecuencias directas de la propia violencia: homicidios, heridos, violencia sexual, desplazamiento forzado, secuestro, desapariciones, trauma, tortura y consecuencias en el ámbito de la salud mental. Por el otro, allí donde está más presente, la violencia también perjudica el acceso a los servicios de salud: servicios de emergencia desbordados, programas de promoción y prevención suspendidos, estructuras de salud disfuncionales por falta de personal cualificado...

Desde 2006, se han registrado más de 120.000 homicidios en el país, 26.000 desapariciones y 230.000 desplazamientos forzados (aunque esta última cifra sea posiblemente una minúscula fracción de la realidad, al no haber registros oficiales que ilustren la magnitud del problema). En 2012, la cifra de homicidios alcanzó los 26.037 casos.

El debilitamiento del Estado mexicano ha permitido que vastas regiones del territorio nacional se encuentren hoy dominadas por actores armados no estatales. La inseguridad y los ataques vinculados al crimen organizado han propiciado el surgimiento de diversos grupos de autodefensa en al menos una decena de estados, principalmente en Michoacán y Guerrero.

En México, MSF-E asiste a poblaciones víctimas de situaciones de violencia no ligadas directamente a un conflicto armado.

Más concretamente, MSF-E atiende a la población migrante proveniente de Centroamérica, víctima de la violencia en su país de origen y durante su tránsito por México. Este colectivo está constantemente expuesto a asaltos, agresiones, secuestros y violencia sexual por parte de miembros de las estructuras criminales o la propia fuerza pública en las zonas de tránsito. Los recursos disponibles para responder a los principales problemas de salud de las víctimas de la violencia son escasos y/o disfuncionales (especialmente en el caso de los supervivientes de violencia sexual), y hay una carencia absoluta de atención en salud mental.

Por otra parte, a finales de 2013, MSF abrió una intervención de Chagas en el estado de Oaxaca, centrada en el tratamiento de pacientes afectados por esta enfermedad olvidada. Con este proyecto, MSF espera contribuir a mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad.

Finalmente, en relación a la intervención en Acapulco, el objetivo fue reducir la morbi-mortalidad relacionada con el dengue en la Colonia Jardín, donde la situación de violencia impedía el normal desarrollo de los programas de salud y control vectorial. La intervención estuvo centrada en tres ejes: el control vectorial, las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la comunidad y el soporte a las estructuras de salud.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	577.232,03	34,23
México, asistencia médica a migrantes	697.888,06	41,38
Oaxaca, intervención de Chagas	136.013,32	8,06
Acapulco, dengue	258.865,16	15,35
Monterrey, exploratoria en el norte	16.502,24	0,98
Total gastos	1.686.500,81	100,00
Financiaciones		
Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo (AACD)	96.000,00	5,69
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)	282.200,00	16,73
Total fondos institucionales	378.200,00	22,43
MSF España	1.308.300,81	77,57
Total fondos privados	1.308.300,81	77,57
Total financiaciones	1.686.500,81	100,00

	México migrantes	Atención médico-humanitaria a la población migrante víctima de la violencia en México
Localización		Puntos de atención en los municipios de Arriaga e Ixtepec (Oaxaca); municipios de Apaxco y Tultitlán (México); y municipio de Bojay (Hidalgo)
Población diana		91.000 personas
Fechas de inicio y fin		Marzo de 2011 - Diciembre de 2014
Objetivo del proyecto		Mejorar el acceso a la atención médica, psicológica y humanitaria de la población migrante víctima de la violencia
Tipo de población		Desplazados (migrantes)

Contexto	Inestabilidad interna	
Coste del proyecto	697.888,06 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	10,16	1,98
No sanitarios	11,98	2,98

México se sitúa en el centro del corredor migratorio más importante del mundo. Además de los miles de mexicanos que intentan pasar la frontera hacia el norte, se calcula que, cada año, entran a México entre 300.000 y 450.000 migrantes procedentes de todo el mundo, aunque principalmente centroamericanos que huyen de la miseria y la violencia de sus países. Las condiciones del viaje y las situaciones de violencia a las que se enfrentan durante su recorrido provocan importantes necesidades médico-humanitarias.

Las patologías más frecuentes atendidas por los equipos de MSF son consecuencia de las terribles condiciones de su viaje: infecciones respiratorias agudas, enfermedades cutáneas, deshidratación e insolaciones, trastornos gastrointestinales o artromialgia generalizada, a las que se suman traumatismos, laceraciones y secuelas de la violencia sexual. En el caso de la salud mental, la mayoría de los síntomas se asocian a ansiedad y depresión, lo que a su vez está vinculado a situaciones de violencia (tanto durante el viaje como en sus países de origen) o a la separación y pérdida de sus seres queridos.

Según los datos recogidos en el ámbito del proyecto, el 21% de los pacientes migrantes pueden ser víctimas de situaciones de migración forzada, ya que expusieron algún motivo relacionado con la violencia como causa para abandonar su país. Adicionalmente, el 47% de los migrantes atendidos por MSF han sufrido episodios de violencia en México: principalmente, violencia sexual, violencia física, asaltos con violencia, trata de personas y secuestros.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	12.711
Consultas prenatales (totales)	52
Consultas prenatales (nuevas)	52
Violencia sexual	22
Violencia directa	1.257
Víctimas de tortura	9
Salud mental, consultas individuales	838
Salud mental, consultas en grupo	462
Distribución de agua (en litros)	11.761

	Oaxaca, Chagas	Atención integral de la enfermedad de Chagas
Localización	Municipios de San Pedro Pochutla y la localidad de Mazunte (municipio de Santa María de Tomac), en Oaxaca	

Población diana	43.860 personas	
Fechas de inicio y fin	Noviembre de 2013 - Agosto de 2015	
Objetivo del proyecto	Mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en México	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Estable	
Coste del proyecto	136.013,32 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	0,04	—
No sanitarios	1,3	0,91

La enfermedad de Chagas sigue siendo una enfermedad olvidada en México y no ha sido considerada como una prioridad. A partir de 2000, el número de casos diagnosticados empezó a aumentar de forma sistemática. A pesar del conocimiento que se tiene sobre el Chagas, y las evidencias médicas en relación a los beneficios de su prevención y tratamiento, las iniciativas de control, diagnóstico y tratamiento que históricamente han surgido en el país distan de ser las adecuadas

La propuesta del proyecto de Chagas y el modelo estratégico de intervención se diseñaron y acordaron con las autoridades de salud federales y estatales. Desde finales de 2013, Médicos Sin Fronteras se encarga de proporcionar apoyo técnico en una serie de áreas definidas, y de prestar apoyo en la elaboración de un modelo de atención integral desde el primer nivel de atención hasta los niveles superiores. A través de este modelo de colaboración integrado, se espera conseguir un mayor empoderamiento de las autoridades nacionales y, como consecuencia de ello, una mayor continuidad del programa en el tiempo.

Después del periodo inicial, en el que se han desarrollado capacitaciones y se ha trabajado en los protocolos de atención en colaboración con las autoridades de salud, esperamos poder empezar a diagnosticar y tratar a pacientes de Chagas en los primeros meses de 2014.

	Acapulco, dengue	Control del dengue en un contexto de violencia urbana
Localización	Colonia Jardín, municipio de Acapulco (Guerrero)	
Población diana	57.800 personas	
Fechas de inicio y fin	Julio - Noviembre de 2013	
Objetivo del proyecto	Reducir la morbi-mortalidad relacionada con el dengue en la Colonia Jardín (Acapulco), donde de la violencia impide el normal desarrollo de los programas de salud y control vectorial	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Inestabilidad interna	

Coste del proyecto	258.865,16 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	0,11
No sanitarios	16,73	0,8

Los habitantes de la Colonia Jardín (Acapulco) están expuestos a una situación de violencia que limita el normal desarrollo de las campañas de salud pública. Las actividades de IEC y control vectorial del dengue fueron suspendidas en febrero de 2013, a raíz de un ataque directo contra el personal de las brigadas de control vectorial. Desde entonces no se habían realizado acciones preventivas: control de larvas, fumigación, nebulización espacial y actividades educativas con las *activadoras de manzana* (sensibilizadoras comunitarias).

El aumento de los casos de dengue en la zona desde principios de 2013 hacía prever un posible brote epidémico más intenso que en 2012. Se temía también que la falta de un programa de control vectorial tuviera un impacto directo en el número de casos de dengue severo y en el número de personas fallecidas.

La intervención de MSF, con apoyo de la comunidad, el Municipio, la Jurisdicción Sanitaria y la Secretaría de Salud Estatal, permitió implementar estrategias comunitarias innovadoras que lograron contener la enfermedad en zonas especialmente complicadas para la acción médica debido a la presencia de organizaciones criminales y a los altos índices de violencia que se registran.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Distribución de agua (en litros)	2.800
Casas fumigadas	7.172
Casas bajo control larvario (<i>abatización</i>)	5.434
Casas visitadas en actividades de IEC	6.953

Níger

MSF trabaja en Níger desde 1985 y MSF-E desde 2005. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B, MSF-F y MSF-CH.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 186.

Esperanza de vida: 55,1 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 701 dólares/año (509 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de la violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	71,16	420,85	8,6	500,61
Internacionales	15,35	17,2	—	32,55

Desde el desmantelamiento del régimen libio en 2012, los países del Sahel se han visto inmersos en un contexto regional de creciente inseguridad, debido a la proliferación de grupos terroristas y a la circulación de armas en la región. 2013 se caracterizó por la crisis en Mali y su impacto en Níger: afluencia de refugiados malienses hacia este país, participación de Níger en la guerra contra el terrorismo en Mali, y ataques terroristas en suelo nigerino.

Aunque la situación en Mali parece dar una tregua, el contexto regional en su conjunto sigue siendo inestable. Son factores desestabilizantes para Níger su situación fronteriza con Libia y Nigeria, la presencia de intereses estratégicos franceses, y la falta de efectivos militares que realmente puedan garantizar su integridad territorial: todo ello hace de Níger uno de los países más vulnerables y propensos a la instalación de grupos terroristas.

MSF ha centrado su intervención en la reducción de la mortalidad infantil por causas relacionadas con la desnutrición en los dos proyectos regulares de Madaoua y Bouza, enfocados en tratar la desnutrición, la malaria y otras enfermedades directamente relacionadas y de alta prevalencia en los niños menores de 5 años. Además, ambos proyectos han implantado estrategias innovadoras como el PECADOM (del francés *Prise En Charge À Domicile* o Seguimiento Domiciliario) y la quimioprevención de la malaria estacional.

Además, en mayo de 2013 fue creado el Equipo Médico de Intervención contra el Paludismo y la Desnutrición (EMIPaM), con la idea de mantener durante todo el año un equipo de profesionales expertos listos para actuar durante el pico de ambas enfermedades. El EMIPaM, compuesto por entre 6 y 8 personas, ha permitido reforzar la capacidad de detección y respuesta a emergencias. Así, durante el año, ha trabajado identificando brotes de meningitis y sarampión y apoyando a los proyectos cuando había necesidad de recursos humanos. Este ha sido el primer paso, y ahora el reto más importante consiste en consolidar su funcionamiento y su *modus operandi*.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	1.576.528,64	18,23
Madaoua, nutrición	3.770.178,96	43,59
Bouza, nutrición	3.174.311,50	36,70
Plan de preparación para emergencias	29.502,31	0,34
EMIPaM	46.278,44	0,54
Madaoua, vacunación contra el sarampión	52.730,44	0,61
Total gastos	8.649.530,29	100,00
Financiaciones		
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)	800.000,00	9,25
Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SIDA)	565.326,63	6,54
Ministerio alemán de Asuntos Exteriores	400.000,09	4,62
Total fondos institucionales	1.765.326,72	20,41
MSF Estados Unidos	1.330.855,37	15,39
MSF España	5.553.348,20	64,20
Total fondos privados	6.884.203,57	79,59
Total financiaciones	8.649.530,29	100,00

	Madaoua	Prevención y tratamiento de las enfermedades pediátricas	
Localización	Distrito de Madaoua, provincia de Tahoua		
Población diana	94.480 niños menores de 5 años		
Fechas de inicio y fin	Principios de 2005 – Diciembre de 2015		
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad infantil en el distrito de Madaoua		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	3.770.178,96 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	176,2	6,21	
No sanitarios	74,42	2,4	

Madaoua cuenta con un hospital de distrito, 12 centros integrados de salud (CSI) en la periferia y 164 puestos de salud. MSF apoya de forma regular durante todo el año a ocho de los CSI, para

garantizar el correcto manejo de enfermedades infantiles como la malaria y la desnutrición aguda grave; además, durante el periodo de transmisión de alta prevalencia de malaria, MSF amplía este apoyo a los otros cuatro.

Los resultados han sido satisfactorios en 2013, gracias a actividades como la formación y contratación de personal médico y paramédico para la quimioprevención de la malaria en niños menores de 5 años. También ha sido crucial la implantación del PECADOM y de los *hogares nutricionales* en los pueblos a través de las *mamans lumière* (mujeres que reciben formación sobre cocina nutricional y a su vez la transmiten a otras mujeres). Finalmente, el programa ha sido posible gracias también a la total disponibilidad de suministros médicos y nutricionales.

En 2013, la quimioprevención se llevó a cabo con una primera fase piloto que involucró a tres áreas de salud en los tres distritos. En todas ellas, se consiguió un impacto positivo sobre la mortalidad y la morbilidad de la malaria.

La construcción de la sala pediátrica y del Centro de Nutrición Terapéutica (CNT) hospitalario era una necesidad obvia. Esta nueva estructura facilita el trabajo médico y mejora considerablemente las condiciones de higiene y salud respecto a las de las estructuras provisionales anteriores.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	267.890
Hospitalizaciones	8.869
Malaria (total)	146.585
Malaria (confirmados)	120.132
CNT hospitalario	3.801
CNT ambulatorio	14.979
Vacunación sarampión (rutina)	15.635
Sarampión (tratamiento)	41
Meningitis (tratamiento)	50
Cólera	13

	Bouza	Prevención y tratamiento de las enfermedades pediátricas
Localización	Distrito de Bouza, provincia de Tahoua	
Población diana	80.162 niños menores de cinco años	
Fechas de inicio y fin	Principios de 2005 – Sin fecha de finalización determinada	
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad infantil en el distrito de Bouza	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Inestabilidad interna	
Coste del proyecto	3.174.311,50 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	122,55	6,32
No sanitarios	47,68	2,12

2013 comenzó con la firme intención de revitalizar el proyecto de Bouza y mejorar la respuesta a los desafíos en el manejo de la desnutrición, la malaria y otras enfermedades infantiles, sobre todo para los menores de 5 años. Para ello, se incrementaron significativamente los recursos humanos y se impartieron cursos para fortalecer la capacidad del personal sanitario y mejorar la calidad de los servicios médicos. Más concretamente, el refuerzo del personal ha permitido incrementar el volumen de actividad (con la introducción del PECADOM y la quimioprevención).

El PECADOM, cuya implantación comenzó en julio, se centra en la detección y el tratamiento domiciliario de la malaria simple y la referencia de los casos de malaria complicada, con el fin de reducir la mortalidad y aliviar la ocupación de camas en el hospital. MSF apoyó ocho áreas de salud, de las 13 que hay en el distrito: todos los centros y puestos de salud quedaron cubiertos en lo relativo a test rápido de diagnóstico y disponibilidad de medicamentos antipalúdicos.

La promoción de la salud partió de enfoques innovadores adaptados a la realidad sociocultural, con actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) que han catalizado la participación de la comunidad en el necesario proceso de cambio de hábitos. Gran parte de este trabajo se basó en sinergias entre el equipo de IEC de MSF y voluntarios de la comunidad.

Además, al igual que en Madaoua, la construcción de la sala pediátrica y del CNT hospitalario han mejorado las condiciones estructurales de trabajo y de higiene y salud.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	129.827
Hospitalizaciones	5.182
Malaria (total)	69.450
Malaria (confirmados)	65.886
CNT hospitalario	2.484
CNT ambulatorio	6.263
Vacunación sarampión (rutina)	7.442
Sarampión (tratamiento)	11
Meningitis (tratamiento)	2
Artículos de primera necesidad	58.000

	Madaoua	Intervención de sarampión
Localización	Distrito de Madaoua, provincia de Tahoua	
Población diana	94.480 niños menores de 5 años y 18.896 mujeres embarazadas	
Fechas de inicio y fin	Mayo – Julio de 2013	
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad y morbilidad relacionadas con la malaria en la población materno-infantil	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Inestabilidad interna	
Coste del proyecto	52.730,44 €	

Tras aparecer los primeros casos de sarampión a principios de abril, el distrito de Madaoua declaró la emergencia y pidió ayuda a MSF para llevar a cabo una campaña de vacunación contra el sarampión destinada a los niños de entre 6 meses y 14 años de edad, en los centros de salud de Madaoua y Sabon Guida.

Teniendo en cuenta que en un mes iba a comenzar la temporada de lluvias, con el consiguiente aumento de la desnutrición y la malaria, así como la existencia de un brote de sarampión en la vecina Nigeria, se llevó a cabo una campaña masiva de vacunación con una duración total de tres semanas y ocho días, todo ello en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Vacunación sarampión (brote)	84.468
Sarampión (tratamiento)	54

La medicina en casa: el PECADOM+

Por Cristian Casademont, técnico sanitario de los programas de MSF España en Níger

Durante 2013, en Níger, con la implementación a gran escala de la estrategia conocida como PECADOM+ (del francés *Prise En Charge À Domicile* o Atención a Domicilio), hemos intentado acercar el diagnóstico y el tratamiento de la malaria y otras enfermedades a las zonas rurales, donde previamente no existían. Con ese paso adelante, y la consiguiente mejora espectacular en la cobertura, el acceso a la salud para miles de niños enfermos y mujeres embarazadas ha dejado de ser un imposible.

MSF-E trabaja en Níger desde 2005. En 2013, nuestra intervención siguió centrándose en reducir la mortalidad infantil por causas relacionadas con la desnutrición y otras enfermedades muy comunes en los niños menores de 5 años, como la malaria, en los distritos de Madaoua y Bouza (en la región de Tahoua). El año pasado, reforzamos e implementamos estrategias innovadoras para lograr este objetivo, como la quimioprevención de la malaria estacional y el PECADOM+.

¿Por qué apostamos por el PECADOM+? En Níger, el sistema de salud está compuesto por pequeños puestos con un agente de salud comunitario, que habitualmente es una persona con tan solo seis meses de formación sanitaria. Luego están los centros de salud integrados, donde debería haber personal de enfermería, aunque por desgracia no siempre es así. Y finalmente están los hospitales de referencia de los distritos. Todas estas estructuras sufren una falta crónica de personal sanitario y continuas rupturas de *stock*, sobre todo en las zonas más aisladas. En consecuencia, la población tiene que superar barreras geográficas, financieras y socioculturales para tener acceso a la salud.

“Damos gracias a Dios y a MSF porque esta nueva estrategia de tratamiento al lado de casa nos ha beneficiado de verdad, teniendo en cuenta la distancia que hay desde aquí al centro de salud, y que el periodo de las enfermedades infantiles coincide con la temporada de trabajo agrícola. Aquí todos los niños son atendidos, tratados y curados rápidamente. Ahora podemos ocuparnos de nuestros cultivos, porque MSF está en el pueblo”. Jefe de la aldea Jirga Mai Daoua (Ourno).

En este entorno, pensamos que vale la pena invertir en el PECADOM+. Estamos convencidos de que la descentralización mediante programas comunitarios es esencial para reducir la mortalidad infantil y garantizar la salud de la mujer embarazada, ya que es la única manera eficiente de asegurar la cobertura. La otra opción sería encerrarnos en el hospital y atender a los enfermos que nos llegan, pero sabiendo que ignoramos lo que está pasando más allá de nuestros muros, y que nuestra cobertura es muy baja, ya que solo tratamos al pequeño porcentaje de enfermos que consiguen llegar hasta nosotros.

Nuestra primera experiencia con el PECADOM en Níger tuvo lugar en Madaoua en 2012. MSF formó a agentes comunitarios (*agentes de malaria* o *agentes PECADOM*) en ocho áreas de salud del distrito, con el fin de que diagnosticaran y trataran los casos de malaria simple, y refirieran los casos severos. Más de 107.000 niños menores de 5 años y 6.213 mujeres embarazadas recibieron tratamiento dentro de este programa. Aun con todos estos esfuerzos, 2012 fue un año muy difícil para Níger, con un pico de malaria especialmente acusado, y una mortalidad infantil por encima del umbral de emergencia.

Sin embargo, convencidos de que esta es la mejor estrategia para adentrarnos en la comunidad, saber qué está pasando y darle respuesta, en 2013 decidimos seguir trabajando en la misma línea, reforzando los puntos más débiles. Así, ampliamos el programa a otras ocho áreas de salud de Bouza. Además, tanto en Bouza como en Madaoua, incorporamos el diagnóstico y tratamiento de la diarrea, la referencia de casos graves y pacientes con infección respiratoria, el despistaje de

la desnutrición y la comprobación de la cobertura de vacunaciónⁱ. Este programa ampliado recibió el nombre de PECADOM Plus (PECADOM+).

Los resultados fueron más que alentadores. Por ejemplo, en Bouza, en 2012, cuando nuestra actividad principal se concentraba en el hospital, solo tratamos 2.300 casos de malaria; en 2013, atendimos a más de 117.000 niños menores de 5 años dentro del PECADOM+, de los cuales unos 54.000 (46%) por malaria. Dado que en 2013 no se había producido un pico especialmente alto de paludismo durante el periodo de mayor transmisión, este gran cambio vino dado por el aumento de la cobertura.

El PECADOM+ tuvo un impacto claro en la mortalidad infantil en Bouza. Según la encuesta de mortalidad de 2013, en la que medimos el impacto de nuestra intervención en los distritos, la mortalidad se redujo en más del 85% respecto a 2012, situando este indicador por debajo del umbral de emergencia: 0,9 muertes al día por cada 10.000 niños menores de 5 años (siendo el umbral de 2/10.000/día).

Además, una encuesta de cobertura del PECADOM+ en Madaoua y Bouza, realizada a principios de 2014, muestra que un 56% de los niños que tuvieron fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta fueron atendidos a nivel comunitario. Si añadimos los casos tratados en los centros de salud y en los hospitales, la cobertura llega al 76,2%.

"Estoy muy orgulloso del trabajo que he hecho este año como agente de PECADOM+, porque realmente he ayudado a mi gente y he aliviado su sufrimiento. Al tratar a los niños enfermos, hemos reducido la distancia entre el centro de salud y el pueblo". Agente de PECADOM+ en Guidan Jihadi (Aouloumat).

La dificultad del PECADOM+ es su estructura pesada y compleja, lo que hace difícil supervisarlos y garantizar su calidad. Para que funcione es imprescindible la colaboración del personal del Ministerio de Salud, muchas veces desmotivado o simplemente ausente. Y además es una estrategia que debe implementarse a largo plazo, para garantizar un buen impacto.

El desafío de descentralizar programas médicos y aumentar las responsabilidades de personal sanitario con escasa capacitación pasa por garantizar una formación continuada, una buena supervisión y recogida de datos, y un sistema de referencia eficiente. La simplificación de protocolos tiene sus riesgos, como es confiar en exceso en las herramientas diagnósticas o el uso dogmático de protocolos médicos. Por tanto, debemos seguir perfeccionando esta estrategia y seguir adaptándola a los riesgos identificados.

Tenemos que invertir todavía más en formar y supervisar a los agentes del PECADOM+ y al personal de las estructuras de salud. Y debemos beneficiarnos de nuestro trabajo en otros proyectos y contextos. En Guinea-Bissau estamos trabajando en la definición de un modelo que permita simplificar el diagnóstico de fiebres, para así tratarlas a nivel comunitario. Esta experiencia podría sernos muy útil para implementarla en Níger dentro del PECADOM+.

El PECADOM+ en Níger supone, de hecho, un refuerzo de la primera línea de estructuras de salud (el 85% de ellas preexistentes y pertenecientes al Ministerio). El enorme aumento de la cobertura y su impacto en la mortalidad no deben desligarse de los conceptos de sostenibilidad y apropiación, con vistas a un traspaso definitivo al Ministerio de Salud, objetivo que es prioritario.

"Este año recibimos a los niños con malaria grave o neumonía con sus hojas de referencia bien cumplimentadas, y llegan al hospital del distrito a tiempo para que les tratemos correctamente y les curemos". Dr. Patrick, médico nigerino de la unidad de desnutrición y pediatría del hospital de distrito de Madaoua.

ⁱ En caso de identificarse niños sin vacunar, eran citados de nuevo (por ejemplo en día de mercado) para vacunarlos en el puesto de salud.

Nigeria

MSF trabaja en Nigeria desde 1996, y MSF-E desde 2007. Los otros centros operacionales presentes son MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 153.

Esperanza de vida: 52,3 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 2.102 dólares/año (1.526 euros/año).

Contexto de intervención: estable e inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de la violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria; víctimas de desastres naturales.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	5,19	—	5,19
Internacionales	0,8	0,07	0,87



Nigeria es la economía más grande de África Occidental y la segunda de África; su población de más de 150 millones de habitantes la convierte en el país más poblado del continente, y el séptimo del mundo. En cuanto a riqueza y desarrollo, su posición en las tablas internacionales varía notablemente: ocupa el puesto 31 en la clasificación por Producto Interior Bruto (PIB), pero baja hasta el 153 en el Índice de Desarrollo Humano.

Los retos a los que se enfrenta Nigeria son enormes: más de un 60% de sus habitantes vive por debajo del umbral de la pobreza (menos de 1,25 dólares, o 0,90 euros, al día), y sus indicadores de salud son de los peores del continente, en especial para las mujeres y los niños. Según el Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF), cada 10 minutos muere una mujer por complicaciones durante el embarazo o el parto. Y cada día mueren más de 500 recién nacidos.

En Nigeria, las enfermedades transmisibles aún son la principal causa de mortalidad y morbilidad. El país sufre brotes de meningitis, sarampión, cólera o fiebre de Lassa, y sigue siendo uno de los últimos países de África subsahariana afectados por la poliomielitis. Las bajas coberturas de vacunación, la falta de acceso a servicios de salud para la mayoría de la población en zona rural y en las áreas urbanas más pobres, así como la situación de frontera con otros países propensos a brotes, hacen que Nigeria sea vulnerable a los picos estacionales (y fuera de estación). La vigilancia es extremadamente débil en todos los ámbitos de la salud.

Pese a los pobres indicadores de salud, tradicionalmente, MSF —tanto MSF-E como los demás centros operacionales que operan en Nigeria— ha tenido dificultades para encontrar proyectos y modelos médico-operacionales adaptados a las necesidades y a la complejidad del país. La respuesta a emergencias en las zonas más aquejadas por la violencia relacionada con el conflicto entre el Gobierno y la milicia Boko Haram está de momento en manos de MSF-F, que afronta importantes retos en términos de gestión de la seguridad.

Así las cosas, 2013 se caracterizó por la búsqueda de nuevas propuestas de actuación, y se contemplaron intervenciones en fiebre de Lassa, salud reproductiva en Lagos y en el norte del país, y articulación de la respuesta a emergencias. Ninguna de estas propuestas fue priorizada, y en mayo de 2013 se decidió el cierre de la misión. No obstante, Nigeria sigue siendo un país

acosado por las necesidades y en una situación de deterioro constante en algunas zonas, por lo que MSF-E sigue explorando otras formas de prestar asistencia a algunas poblaciones concretas, mediante el uso de los recursos de los que ya dispone en la región del Sahel.

De hecho, entre marzo y mayo, la Unidad de Emergencias intervino durante el brote de sarampión registrado en el estado de Kaduna, asumiendo el manejo de casos positivos y en especial el tratamiento de los complicados, mientras el Gobierno asumía la campaña de vacunación.

En total, el equipo de MSF proporcionó tratamiento a casi 1.900 pacientes en Kaduna Norte y Sur, dando por terminada la intervención cuando el número de casos descendió drásticamente.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	287.662,97	77,31
Plan de preparación para emergencias	45.393,04	12,20
Kaduna, emergencia de sarampión	39.053,76	10,50
Total gastos	372.109,77	100,00
Financiaciones		
MSF España	372.109,77	100,00
Total fondos privados	372.109,77	100,00
Total financiaciones	372.109,77	100,00

 Kaduna, emergencia de sarampión	Respuesta de emergencia al brote de sarampión
Localización	Distrito de Kaduna
Población diana	2.506.846 personas (376.031 niños)
Fechas de inicio y fin	Marzo - Mayo de 2013
Objetivo del proyecto	Apoyo de emergencia para contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad relacionadas con el sarampión
Tipo de población	Población general
Contexto	Inestabilidad interna
Coste del proyecto	39.053,76 €

Tras registrarse un incremento de los casos de sarampión en el estado de Kaduna, el Equipo de Respuesta de Emergencia Móvil (MERT) llevó a cabo una evaluación rápida de la zona entre el 28 de febrero y el 1 de marzo de 2013. Durante esta visita, el MERT confirmó que el número de

casos efectivamente crecía siguiendo una tendencia epidémica; también detectó una cobertura de vacunación insuficiente y lagunas en el manejo de casos.

Mientras el Ministerio de Salud llevaba a cabo una vacunación masiva para el grupo de edad más afectado (llegando a 144.490 niños de entre 6 meses y 5 años, según los datos del Gobierno), MSF lanzó una intervención para el manejo de casos positivos a 2-3 meses vista, con una población objetivo de 376.000 niños.

La respuesta de MSF se basó en las siguientes acciones: apoyo al manejo de casos positivos en las siete áreas más afectadas; apoyo al tratamiento de casos complicados en el Hospital Dansoho Yusuf de Kaduna; suministro de medicamentos y material médico para los casos complicados y menos complicados; establecimiento de un sistema de referencia desde las zonas rurales hasta el citado hospital; y actividades de incidencia política para promover una campaña de vacunación masiva en las zonas más afectadas.

La intervención de MSF logró la total gratuidad del tratamiento (que hasta ese momento era de pago) y un mayor compromiso del Ministerio de Salud, que proporcionó medicamentos para la gestión de casos una vez MSF terminó su intervención.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Sarampión (tratamiento)	1.889

República Centroafricana (RCA)

MSF, y MSF-E en particular, trabajan en el país desde 1997. Los otros centros operacionales presentes son MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

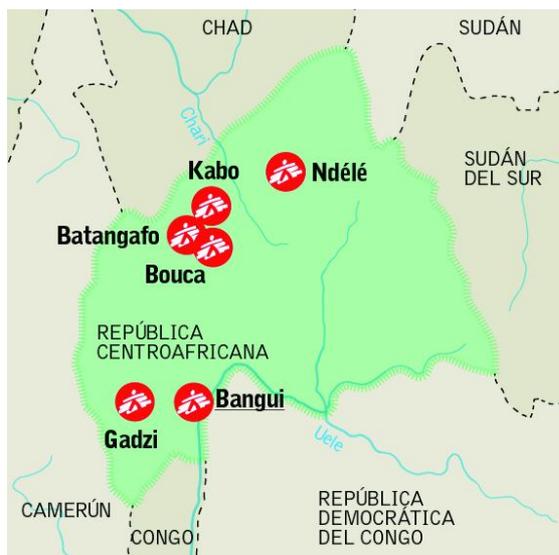
Clasificación del país: 180.

Esperanza de vida: 49,1 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 722 dólares/año (522 euros/año).

Contexto de intervención: conflicto armado e inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de conflicto armado; víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	71,96	573,79	35,6	681,35
Internacionales	22,24	26,18	-	48,42

A finales de 2012, la coalición de grupos rebeldes Séléka provocaba una escalada de violencia en todo el país, que se agudizó a partir del golpe de estado de marzo de 2013. El país ha caído en la anarquía total y, de no ser por la presencia de tropas de la Misión de la Unión Africana (MISCA) y el Ejército francés (Operación Sangaris), las masacres intercomunitarias entre musulmanes y cristianos habrían sido incluso mayores.

Tras los ataques iniciales en Ndelé, Bria y Kobo en diciembre de 2012, Séléka progresó con rapidez hasta llegar a 80 kilómetros de la capital, Bangui. El avance se detuvo al desplegarse la MISCA en Damara, quedando delimitada una *línea roja* que los rebeldes no debían cruzar. Se produjo entonces un intento de negociaciones en Libreville entre Séléka y el Gobierno de François Bozizé, que finalmente fracasaron: los acuerdos no fueron respetados y en pocas semanas los rebeldes traspasaron la línea y tomaron Bangui. La capital permaneció bajo su control 48 horas.

A medida que Séléka se hacía con el control del país, durante muchas semanas se produjeron saqueos generalizados, violaciones y masacres, y poblaciones enteras se vieron obligadas a huir al monte. Entre los desplazados estaban los funcionarios públicos, que se vieron forzados a buscar refugio en Bangui, incluyendo el personal de salud cualificado de las zonas rurales.

En septiembre de 2013, grupos locales de autodefensa, que se hacían llamar anti-Balaka, iniciaron acciones ofensivas contra Séléka y contra las poblaciones musulmanas (chadianos y peuhls). Los primeros ataques se produjeron en los pueblos de los alrededores de Bossangoa y Bouca, para después extenderse a otras áreas, especialmente del centro y oeste del país, ya a manos de grupos que imitaban estos asaltos iniciales.

El 5 de diciembre, se produjo un asalto sorpresa de los anti-Balaka que causó 48 muertos en las filas de Séléka y entre los musulmanes. En las siguientes 72 horas, las represalias de Séléka y sus aliados de Chad fueron terribles: más de 1.000 civiles no musulmanes fueron asesinados.

La intervención de las tropas francesas y la MISCA impidió un baño de sangre mayor. Los anti-Balaka, al comprobar que las tropas internacionales desarmaban a los efectivos vinculados a

Séléka, lanzaron una campaña de ataques contra estos últimos y contra las viviendas musulmanas, y se libraron a saqueos, incendios e incluso la destrucción de casas y propiedades.

En medio de esta inestabilidad permanente, MSF-E ha seguido atendiendo en sus proyectos regulares a las poblaciones de Ndélé, Kabo y Batangafo. Asimismo, ha respondido a las distintas necesidades surgidas de la volátil situación, con intervenciones de emergencia de asistencia médica, vacunaciones masivas y distribución de bienes de primera necesidad.

En los meses de junio y julio, se llevó a cabo una exploratoria en las zonas de Gadzi y Bouca (al sur de Batangafo), a raíz de la cual se decidió iniciar una intervención en esta zona.

Debido a la cuasi desaparición del sistema de salud, nuestra presencia en RCA es imprescindible, tanto para cubrir las necesidades médico-humanitarias de la población como para responder al elevado riesgo potencial de crisis de paludismo (es zona endémica), desnutrición (destrucción de los cultivos y reservas de semillas en 2013), epidemias (baja cobertura de inmunización y desplazamientos recurrentes), desplazamiento y falta de acceso a la salud (debido a la violencia).

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	1.707.065,22	16,89
Batangafo, asistencia médica integral	3.445.762,18	34,10
Kabo, asistencia médica integral	2.137.869,30	21,16
Ndélé, asistencia médica integral	2.126.159,69	21,04
Bangui, taller mecánico para la misión	46.357,82	0,46
RCA, campaña de distribución de bienes de 1ª necesidad	16.322,80	0,16
Gadzi, intervención contra sarampión y polio	312.869,86	3,10
Bouca, intervención de emergencias	192.806,50	1,91
Bangui, intervención de emergencias	45.211,44	0,45
Plan de preparación para emergencias	53.715,29	0,53
RCA, exploratoria	21.285,94	0,21
Total gastos	10.105.426,04	100,00
Financiaciones		
Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA)	547.193,00	5,41
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)	2.000.000,00	19,79
Agencia Sueca de Cooperación Internacional al Desarrollo (SIDA)	565.326,63	5,59
Ministerio alemán de Asuntos Exteriores	400.000,00	3,96
Ministerio noruego de Asuntos Exteriores	621.195,00	6,15
Total fondos institucionales	4.133.714,63	40,91
MSF Grecia	607.917,00	6,02
MSF Suiza	2.110.786,00	20,89
MSF Estados Unidos	1.928.776,12	19,09
MSF España	1.324.232,29	13,10
Total fondos privados	5.971.711,41	59,09
Total financiaciones	10.105.426,04	100,00

	Batangafo	Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia	
Localización	Subprefectura de Batangafo		
Población diana	80.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Junio de 2006 - Diciembre de 2015		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población de la subprefectura de Batangafo		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	3.445.762,18 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	191,16	4,72	
No sanitarios	58,38	5,28	

A lo largo del año, el énfasis en las actividades comunitarias permitió llegar a más población, favoreciendo la prevención sanitaria, la detección precoz de casos clínicos, los riesgos epidémicos y los casos con necesidad de referencia hospitalaria, especialmente en obstetricia. Cabe destacar que durante más de tres meses nos ha sido imposible supervisar los puestos de salud periféricos, debido a la avería de la plataforma que permite cruzar el río con los coches.

A pesar de los desafíos logísticos, las actividades comunitarias mejoraron el acceso de la población a las estructuras de salud, y con ello, la detección y seguimiento de pacientes (TB, VIH, enfermedad del sueño, violencia sexual) y la continuidad de los servicios médicos.

En Batangafo, donde el Ministerio de Salud solo tiene capacidad para asignar a 12 trabajadores, seguimos proporcionando atención de salud primaria y secundaria, gestionando el hospital general de referencia y prestando apoyo a un centro y cuatro puestos de salud.

Además, los equipos respondieron a las necesidades generadas por diversos desplazamientos de población que huía de Batangafo, Kambakota y Ouogo hacia el campo circundante; también lanzaron varias intervenciones de emergencia que se detallan más adelante.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	139.637
Hospitalizaciones	5.960
Cirugía	350
Malaria (total)	68.885
Malaria (confirmados)	65.817
CNT hospitalario	369
CNT ambulatorio	881
Consultas prenatales (totales)	8.278
Consultas prenatales (nuevas)	5.035
Partos	1.416
Atención posnatal	3.501

Violencia sexual	31
Violencia directa	610
VIH (pacientes atendidos)	295
TAR 1ª línea (casos)	271
TAR 1ª línea (nuevos)	48
TAR 2ª línea	10
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	14
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	14
TB (total)	64
THA	49
Sarampión (tratamiento)	4
Vacunación sarampión (rutina)	724
Meningitis (tratamiento)	66
Salud mental, consultas individuales	431
Salud mental, consultas en grupo	295

	Kabo	Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia	
Localización	Subprefectura de Kabo		
Población diana	60.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Junio de 2006 - Diciembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población de la subprefectura de Kabo		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	2.137.869,30 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	121,12	2,87	
No sanitarios	30,17	3,21	

En Kabo, el Ministerio de Salud solo cuenta con siete trabajadores, por lo que MSF sigue gestionando el hospital y apoya a tres puestos de salud, entre ellos el de Moyenne-Sido, al que pudimos acceder de nuevo a finales de 2013. El proyecto ha mantenido sus actividades según lo previsto, a pesar de los continuos movimientos de población, que llevaron a un considerable incremento del volumen de actividad. Por ejemplo, el agresivo pico de malaria entre julio y septiembre duplicó el número de consultas médicas en relación con 2012. Además, la población de Kabo fue muy reacia a salir de la ciudad para ir a los campos de cultivo de las afueras, por miedo a la inseguridad; esto supuso un aumento de las consultas ambulatorias respecto a otros años en los que mucha parte de la población se ausentaba de la ciudad por el trabajo agrícola.

Para 2014, creemos necesario mejorar la cobertura de vacunación y de control prenatal, que han sido muy bajos durante 2013.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	134.732
Hospitalizaciones	2.613
Cirugía	195
Malaria (total)	60.746
Malaria (confirmados)	55.347
CNT hospitalario	183
CNT ambulatorio	571
Consultas prenatales (totales)	4.485
Consultas prenatales (nuevas)	3.913
Partos	1.305
Atención posnatal	404
Violencia sexual	25
Violencia directa	614
VIH (pacientes atendidos)	308
TAR 1ª línea (casos)	262
TAR 1ª línea (nuevos)	52
TAR 2ª línea	6
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	15
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	14
TB (total)	63
Sarampión (tratamiento)	2
Vacunación sarampión (rutina)	416
Meningitis (tratamiento)	18
Salud mental, consultas individuales	626
Salud mental, consultas en grupo	190

	Ndélé	Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia
Localización	Subprefectura de Ndélé, prefectura de Bamingui-Bangoran	
Población diana	40.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Julio de 2010 - Diciembre de 2014	
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población de la subprefectura de Ndélé	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	2.126.159,69 €	

Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	108,02	3,74
No sanitarios	37,88	3,25

A finales de 2013, las tensiones eran continuas en el área de Ndélé: continuaban los desplazamientos de población, y existía un sentimiento general de ausencia de una autoridad formal, debido al debilitamiento de Séléka y la intervención de las fuerzas francesas en la zona. En diciembre, llegaron de otras zonas muchos desplazados internos, y pudieron beneficiarse de nuestros servicios médicos.

Este año, fuimos capaces de poner en marcha una estrategia de integración de las comunidades de pastores nómadas en la cobertura de los servicios de salud de MSF; esto fue posible gracias a la contratación de trabajadores de cada comunidad para las actividades que iban a desarrollarse en cada una de ellas.

En 2013, la malaria siguió siendo la principal patología: representó el 36,9 % de la morbilidad y el 26% de los ingresos hospitalarios, con una letalidad del 1,82%.

MSF sigue trabajando en el hospital de la prefectura de Ndélé y en ocho puestos de salud en los ejes de Ngarba y Miamani. La capacidad del Ministerio de Salud sigue siendo muy débil, con tan solo 18 trabajadores sanitarios en las estructuras apoyadas por MSF.

Los equipos respondieron a las alertas de emergencia en el área, como en Chari en noviembre. MSF también ha respaldado al Ministerio de Salud con recursos humanos y apoyo logístico en las vacunaciones masivas contra la tos ferina (junio) y el sarampión (noviembre).

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	112.868
Hospitalizaciones	1.701
Cirugía	115
Malaria (total)	38.589
Malaria (confirmados)	38.390
CNT hospitalario	71
CNT ambulatorio	246
Consultas prenatales (totales)	5.017
Consultas prenatales (nuevas)	2.187
Partos	1.042
Atención posnatal	935
Violencia sexual	5
Violencia directa	275
VIH (pacientes atendidos)	146
TAR 1ª línea (casos)	108
TAR 1ª línea (nuevos)	41
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	18
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	16
TB (total)	38
Sarampión (tratamiento)	9

Vacunación sarampión (rutina)	509
Meningitis (tratamiento)	41
Salud mental, consultas individuales	506
Salud mental, consultas en grupo	97

	RCA	Campaña de distribución de bienes de primera necesidad
Localización	Sur de Batangafo - Bouca	
Población diana	1.050 hogares	
Fechas de inicio y fin	Junio - Julio de 2013	
Objetivo del proyecto	Suministrar asistencia médico-humanitaria de urgencia a la población desplazada por la violencia	
Tipo de población	Desplazados	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	16.322,80 €	

En junio de 2013, se llevó a cabo una distribución de *kits* de bienes de primera necesidad para 1.050 familias cuyas viviendas habían sido incendiadas entre febrero y mayo. Esta intervención fue gestionada por el equipo de Batangafo.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Artículos de primera necesidad	1.047

	Bouca	Asistencia médica a la población afectada por la violencia
Localización	Prefectura de Bouca	
Población diana	54.847 personas	
Fechas de inicio y fin	Julio - Octubre de 2013	
Objetivo del proyecto	Suministrar asistencia médico-humanitaria de urgencia a la población desplazada por la violencia	
Tipo de población	Desplazados	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	192.806,50 €	

Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	3,74	0,59
No sanitarios	5,4	0,69

Bouca fue atacada por Séléka el 20 de marzo, y los días que siguieron a la toma de la ciudad estuvieron marcados por los saqueos, que afectaron también al hospital. Gran parte de la población urbana tuvo que esconderse en el monte en condiciones de gran precariedad. Los casos de malaria aumentaron en la ciudad, y era de suponer que habría muchos más entre los desplazados.

Tras la exploratoria realizada en abril, MSF se encargó durante tres meses del seguimiento y tratamiento ambulatorio de enfermedades comunes, refiriendo al Hospital de Batangafo los casos más complicados. También estableció un sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria y de la desnutrición infantil, y puso en marcha clínicas móviles para los menores de 15 años (también para los mayores de 15 si se detectaban casos graves) en un área de 15 kilómetros a la redonda alrededor de Bouca.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	19.469
Malaria (total)	13.475
Malaria (confirmados)	11.658
CNT ambulatorio	153
Partos	10
Violencia directa	95
Salud mental, consultas individuales	57
Salud mental, consultas en grupo	97

	Bangui	Asistencia médica a la población afectada por la violencia
Localización	Bangui	
Población diana	900.000 personas, con énfasis en mujeres embarazadas, heridos y niños menores de 5 años	
Fechas de inicio y fin	Diciembre de 2013 – Febrero de 2014	
Objetivo del proyecto	Contribuir a la reducción de la mortalidad tras el colapso agudo de los servicios de salud de emergencia debido a los violentos acontecimientos en Bangui	
Tipo de población	Desplazados	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	45.211,44 €	

Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	0,14	0,02
No sanitarios	3,05	0,04

Semanas después de los violentos acontecimientos que sacudieron Bangui en diciembre de 2013, el sistema de salud seguía colapsado, sin perspectivas de recuperar la normalidad. Por tanto, no podían atenderse los casos más complicados, el sistema de referencia no funcionaba, y no podían cubrirse las necesidades más básicas de los desplazados en los campos de los alrededores.

MSF respondió con una intervención de emergencia en el Hospital Central de Castor, proporcionando asistencia ginecológica y obstétrica, atención a víctimas directas de la violencia, y asistencia a niños menores de 5 años. También ofreció asistencia sanitaria a los menores de 5 años en los campos de desplazados de Don Bosco y Saint Charles Lwanga. A principios de 2014, esta intervención fue traspasada a la Unidad de Emergencias para su seguimiento.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	14
Cirugía	85
Malaria (total)	582
Partos	128
Violencia directa	412
Violencia sexual	9
Salud mental, consultas individuales	4

	Gadzi	Vacunación contra el sarampión y la polio
Localización	Municipios de Topia y Mbali, Gadzi	
Población diana	67.450 personas (menores de 15 años: 27.452)	
Fechas de inicio y fin	Julio - Septiembre de 2013	
Objetivo del proyecto	Campaña de vacunación contra el sarampión y la polio, y tratamiento de la malaria y la desnutrición severa para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad en menores de 15 años	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	312.869,86 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	5,24	0,71
No sanitarios	9,48	1,04

En junio, MSF realizó una exploratoria en los municipios de la subprefectura de Gadzi, que reveló la existencia de elevadas tasas de desnutrición y de una tasa bruta de mortalidad entre los menores de 5 años por encima del umbral de emergencia; un reducido acceso a la atención de salud en los pueblos de Topia y Mbali, y una escasa capacitación técnica del personal de salud. En consecuencia, MSF decidió lanzar una intervención de emergencia, que se inició con la llegada del primer equipo a finales de julio.

La intervención tenía dos objetivos claros. En primer lugar, lanzar una campaña de vacunación contra el sarampión y la polio, con dispensación de suplementos de vitamina A y antiparasitarios (albendazol) y detección de la desnutrición mediante el MUAC (medición del perímetro mesobraquial) en toda el área de salud de Topia. El segundo objetivo fue reforzar los servicios de salud en dicha zona. Fue una estrategia integrada dentro del sistema nacional de salud, con una duración aproximada de dos meses. Casi 9.000 niños fueron vacunados.

La decisión de intervenir solo en el municipio de Topia se basó en las dificultades de acceso a causa de la lluvia, las distancias y el mal estado de los caminos, todo lo cual impedía el transporte de fluidos y no garantizaba tampoco la seguridad de los equipos de MSF.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	6.414
Hospitalizaciones	119
Malaria (total)	3.326
Malaria (confirmados)	3.242
CNT hospitalario	27
CNT ambulatorio	166
Vacunación sarampión (brote)	8.470
Sarampión (tratamiento)	135

República Centroafricana: no es suficiente

Por Enrica Picco, asesora de Asuntos humanitarios de MSF España para RCA

Parece como si en la actualidad todos hablasen de República Centroafricana (RCA). Parece como si el país hubiese caído ahora en una espiral de violencia, caos y anarquía. Parece como si el mundo entero se movilizara para salvar lo salvable, con tropas internacionales, con un incremento de la financiación, con llamamientos al sistema humanitario para que intervenga con la máxima premura. Parece como si ya no pudiera hacerse nada más de tanto que se está haciendo. Sin embargo, en lo que a mí respecta, parece como si ni eso bastase, e intentaré explicar por qué.

Lo que estamos viendo desde hace más de un año en RCA no se ha producido por arte de magia. El país vivía ya desde hacía años inmerso en una crisis crónica y silenciosa, donde la mortalidad superaba a la de los campos de refugiados y desplazados de Kenia y Somalia. Sin que nadie se percatase, sin que nadie hiciese nada para evitarlo. Hace años que Médicos Sin Fronteras venía denunciando esta situación, haciendo llamamientos que en la mayoría de los casos quedaban sin respuesta.

En el informe publicado en diciembre de 2011, [República Centroafricana: una crisis silenciosa](#), hicimos sonar la voz de alarma sobre los graves problemas que ya sufría la población del país, empezando por las altísimas tasas de mortalidad debidas a enfermedades fácilmente prevenibles y curables y a más de tres décadas de conflicto latente. Pero ya por aquel entonces, lo más preocupante eran los datos que emanaban de los análisis del sistema sanitario del país: un sistema fantasma que solo existía sobre el papel, que no disponía de medicamentos para los pacientes ni de personal cualificado para pasar visita, ni de un sistema de alerta capaz de prevenir epidemias.

Durante años, las advertencias de MSF cayeron en saco roto. La mayor parte de los donantes internacionales no tenían interés alguno en aumentar los fondos para un país con tan poco peso en la agenda política internacional, y casi la totalidad de organizaciones no gubernamentales (ONG) carecían de la capacidad de intervenir en un contexto que por definición requería presencia a largo plazo.

Mientras tanto, MSF seguía siendo el principal actor sanitario del país —con un presupuesto superior al del propio Ministerio de Sanidad—, garantizando la asistencia médica a las poblaciones más vulnerables, sobre todo afectadas por malaria (la primera causa de muerte en los niños menores de 5 años). Pero no era difícil prever lo que la suerte deparaba a RCA.

Por una vez, la realidad superó a la ficción. A partir de diciembre de 2012, RCA fue presa del caos. La coalición rebelde Séléka se hizo con el control del país con un golpe de Estado, el 23 de marzo de 2013, que propició la huida al extranjero del presidente François Bozizé. En poco menos de un mes, RCA quedó devastada, sumida en la anarquía total. Ministerios, oficinas públicas, escuelas, hospitales... todo fue saqueado y destruido tanto en la capital, Bangui, como en el resto del territorio. Las organizaciones humanitarias tampoco se salvaron. RCA fue privada de su historia y de su identidad, y la población civil se quedó sin nada a lo que aferrarse.

En un escenario así, todas las agencias de Naciones Unidas y ONG evacuaron a su personal. Durante más de seis meses, RCA se quedó sin asistencia, justo cuando las necesidades de la población civil eran aún más evidentes. MSF no solo se quedó trabajando activamente en todos sus proyectos, sino que incluso incrementó su actividad, para llegar a los rincones más remotos e intentar responder a unas necesidades que no dejaban de crecer.

En julio de 2013, MSF lanzó un nuevo llamamiento a la comunidad internacional, mediante el informe [República Centroafricana: ¿abandonada a su suerte?](#): MSF alertaba de que, si la comunidad internacional no se movilizaba política o humanitariamente con recursos adecuados a

la gravedad de la situación, el país se convertiría en un enorme agujero negro en la escena africana.

De nuevo, los hechos se adelantaron a las previsiones. A partir de septiembre, y sumándose a una situación ya de por sí extremadamente precaria, RCA fue presa de una espiral de violencia sin precedentes, no solo por su alcance sino también por su tipología. Por primera vez en la historia del país, la gente era asesinada por lo que era o representaba.

La población centroafricana, cristiana en su mayoría, había empezado a armarse y a defenderse contra quienes eran percibidos como *opresores*, es decir los miembros del grupo rebelde que se había hecho con el poder, procedente en su mayor parte del noreste del país y de confesión musulmana. La violencia se propagó de forma indiscriminada por aldeas enteras, por comunidades en las que ambas confesiones habían convivido siempre pacíficamente. La milicia anti-Balaka, que había nacido como un grupo de autodefensa ante Séléka, se transformó en una verdadera fuerza armada tan organizada que, el 5 de diciembre, asestó un golpe mortal contra la capital.

Hoy, Bangui, una ciudad de poco más de 700.000 habitantes, cuenta con más de 500.000 refugiados. La gente ha abandonado sus casas y sus barrios para buscar refugio y seguridad en iglesias y edificios públicos. En el único aeropuerto de la ciudad hay más de 100.000 desplazados desde hace meses en condiciones extremadamente precarias.

Ante esta nueva emergencia, MSF aumentó sus actividades, abriendo dispensarios en la gran mayoría de asentamientos de desplazados, construyendo letrinas y puntos de agua, organizando vacunaciones de emergencia para prevenir la propagación de epidemias, y, por enésima vez, denunciando la inercia del sistema humanitario en una carta abierta a la secretaria general adjunta de la ONU y encargada de Asuntos Humanitarios, Valérie Amos. Esta vez, la reacción fue inmediata, con una respuesta a la crisis que iba a movilizar rápidamente fondos y recursos, pero cuyos resultados en el terreno todavía están por ver.

En enero de 2014, el presidente Michel Djotodia, en el poder desde marzo de 2013, se vio obligado a dimitir a causa de las presiones internacionales. Las calles de Bangui se llenaron de personas que celebraban el fin de la invasión. Pero, políticamente, el país seguía, y sigue hoy, en un vacío de poder y el riesgo de que la población civil sea de nuevo quien sufra las consecuencias es muy elevado.

En una situación tan imprevisible, el personal humanitario de MSF sigue trabajando con premura en el terreno, aportando asistencia médica a las personas más vulnerables, como los niños huérfanos a causa del conflicto y las mujeres solas expuestas a la violencia. Al mismo tiempo, MSF no olvida ni su deber ni su derecho de dar testimonio al más alto nivel sobre la gravedad de la situación en República Centroafricana y de movilizar todos los recursos necesarios para aportar esperanza a este atormentado país.

República Democrática del Congo

MSF trabaja en el país desde 1981, y MSF-E desde 2001. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B, MSF-CH, MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 186.

Esperanza de vida: 48 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 319 dólares/año (233 euros/año).

Contexto de intervención: conflicto armado e inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de conflictos armados; víctimas de violencia social; población sin acceso a sistemas de salud; víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	108,53	181,05	559,2	848,78
Internacionales	18,02	27,46	-	45,48

Durante 2013 se confirmó el proceso de retorno de parte de los desplazados internos en el este de República Democrática del Congo (RDC), sobre todo en la zona de Kalonge, aunque las cifras oficiales indican que a lo largo del año el número de desplazados de hecho aumentó. A pesar de ello, la situación sigue siendo inestable: hubo enfrentamientos y desplazamientos en todo el país.

En Kalonge, 2013 empezó con la repatriación masiva a Ruanda (organizada por la ONU) de gran parte de los elementos de las Fuerzas Democráticas para la Liberación de Ruanda (FDLR) que aún quedaban en las zonas limítrofes. En consecuencia, desapareció el peligro de un ataque de las FDLR contra los Raia Mutomboki (RM) o las Fuerzas Armadas congoleñas (FARDC). No por ello se redujo la violencia: en febrero se produjeron fuertes enfrentamientos entre los Raia y las FARDC (con muertos y heridos en ambos bandos) a causa de la presencia de ruandeses en las filas del Ejército.

En la zona de Kalehe y Minova, 2012 estuvo marcado por la aparición del Movimiento 23 de Marzo (M23), un grupo rebelde apoyado por Ruanda que se hizo con el control de amplias zonas de Kivu Norte, y cuyo enfrentamiento con el Ejército congoleño provocó decenas de miles de desplazados. Tras la resolución 2.098 del Consejo de Seguridad de la ONU de marzo de 2013, la constitución de la nueva Brigada de Intervención internacional (bajo el mando de la Misión de la ONU en RDC, MONUSCO) complicó más aún el panorama militar de toda la región.

Tras semanas de fuertes combates, el M23 fue desalojado de toda la zona, y el 5 de noviembre se hizo oficial su rendición. Muchas de las personas forzadas a desplazarse debido a este conflicto pudieron volver a sus casas. Sin embargo, la coalición formada por las FARDC y la MONUSCO ha proseguido con sus operaciones militares, con el fin de expulsar a los demás grupos armados que operan en la región. Las consecuencias humanitarias son aún difíciles de prever.

Esta volatilidad obliga a los equipos de MSF a un seguimiento y análisis permanentes del contexto, lo que en 2013 ha sido posible gracias al equipo de vigilancia y respuesta a emergencias de MSF en Kivu Sur (RUSK, del francés *Réponse d'Urgence Sud Kivu*). Debido a que las

emergencias derivadas de la violencia o las epidemias son numerosas, el RUSK sigue evaluando e interviniendo allí donde surgen las necesidades. A lo largo de 2013, desarrolló dos intervenciones de vacunación de sarampión, tres contra el cólera y una contra la malaria.

Al mismo tiempo, en lo que concierne a los proyectos regulares, surgieron dudas sobre la pertinencia de la presencia de MSF en ciertas áreas geográficas. MSF-E tiene tres proyectos en el norte de la provincia, donde los conflictos son frecuentes y la población desplazada es mayor. Actualmente, responden a las necesidades de las víctimas de la violencia relacionada con el conflicto y de los desplazados, mediante el apoyo a las estructuras de salud primaria y secundaria.

Para 2014, el objetivo de la misión es aumentar la calidad de la vigilancia y la capacidad de respuesta al contexto.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general (Bukavu)	1.816.450,94	20,48
Oficina de representación de MSF-E, Kinshasa	109.546,01	1,24
Kalonge, asistencia médica integral	1.865.449,04	21,03
Shabunda, asistencia médica integral	2.565.444,17	28,92
Minova (Kalehe), asistencia médica integral	1.517.531,68	17,11
Equipo de Respuesta a Emergencias (RUSK)	301.855,87	3,40
Bunyakiri, vacunación de sarampión	79.434,56	0,90
Kamanyola, intervención de cólera	81.810,34	0,92
Lulingu, intervención de malaria	418.919,01	4,72
Uvira, intervención de cólera	44.490,36	0,50
Kitutu, campaña de vacunación de sarampión	37.286,76	0,42
Bukavu, intervención de cólera	31.770,98	0,36
Total gastos	8.869.989,72	100,00
Financiaciones		
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)	500.000,00	5,64
Ministerio noruego de Asuntos Exteriores	604.156,60	6,81
Total fondos institucionales	1.104.156,60	12,45
Fundación la Caixa	160.982,00	1,81
MSF Japón	980.745,88	11,06
MSF Grecia	168.249,00	1,90
MSF Estados Unidos	1.762.872,14	19,87
MSF Bélgica	3.491.844,00	39,37
MSF España	1.201.140,10	13,54
Total fondos privados	7.765.833,12	87,55
Total financiaciones	8.869.989,72	100,00

	Kalonge	Asistencia médica a la población desplazada por el conflicto armado y a la población local	
Localización	Zona de salud de Kalonge, territorio de Kalehe (Kivu Sur)		
Población diana	142.779 personas		
Fechas de inicio y fin	Julio de 2008 - Agosto de 2014		
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad y morbilidad de la población desplazada y la población local		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	1.865.449,04 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	15,25	3,5	
No sanitarios	31,66	3,17	

MSF-E siguió asegurando la asistencia médica gratuita, primaria y secundaria, a través del apoyo al Hospital General de Referencia de Kalonge y a ocho centros de salud (de los 18 existentes en la zona). Gracias a la estabilización del contexto, MSF-E pudo retomar las actividades en el centro de salud de Cibinda, cerrado desde principios del 2012 por culpa de los enfrentamientos entre el FDLR y los Raia Mutomboki.

Las actividades de apoyo en Kalonge incluyen parte del suministro de medicamentos y materiales, formaciones y capacitación del personal del Ministerio de Salud, y mantenimiento y rehabilitación de las estructuras a las que apoya.

En 2013, tras cinco años de intervención, MSF también llevó a cabo una evaluación de la pertinencia de sus actividades en Kalonge, con el fin de decidir el futuro del proyecto. Esta evaluación constató una mejora del contexto, la ausencia de nuevos desplazados, una situación sanitaria normalizada, y el refuerzo de la capacidad del personal de Ministerio de Salud. En consecuencia, el proyecto cerrará en agosto de 2014.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	134.138
Hospitalizaciones	7.198
Cirugía	841
Malaria (total)	7.967
Malaria (confirmados)	7.967
CNT hospitalario	337
CNT ambulatorio	4.523
Apoyo nutricional selectivo	625
Consultas prenatales (totales)	15.728
Consultas prenatales (nuevas)	5.171
Partos	4.852

Atención posnatal	4.161
Violencia sexual	287
Violencia directa	130
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	7
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	7
TB (total)	23
Sarampión (tratamiento)	18
Vacunación sarampión (rutina)	1.046
Meningitis (tratamiento)	17
Cólera	7
Salud mental, consultas individuales	13.218
Salud mental, consultas en grupo	1.770

	Shabunda	Asistencia médica a la población desplazada por el conflicto armado y a la población local	
Localización	Zona de salud de Shabunda, territorio de Shabunda (Kivu Sur)		
Población diana	172.774 personas		
Fechas de inicio y fin	Julio de 2011 - Diciembre de 2015		
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad y morbilidad de la población desplazada y la población local afectadas por el conflicto		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	2.565.444,17 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	22,35	5,49	
No sanitarios	58,36	4,61	

2013 estuvo marcado por un recrudecimiento del conflicto en el eje sur del proyecto, que incluso obligó a MSF a interrumpir actividades durante algunos meses.

Por tercer año consecutivo, MSF sigue desarrollando actividades en Shabunda, apoyando dos hospitales (Shabunda y Matili) y siete centros de salud en diferentes ejes de la zona. Este año se han producido algunos cambios, siendo el principal de ellos la apertura de actividades en el noreste de Shabunda, en el área de Tchombi, una zona a la que no es posible acceder más que caminando entre 8 y 10 horas. Este trayecto para llegar al centro de salud supone todo un reto para nuestro equipo logístico. A día de hoy, consideramos que el 90% de la población de la zona tiene un centro de salud de MSF a menos de 15 km de su casa.

En general, han aumentado las visitas a todos nuestros servicios y estructuras (por ejemplo, la cifra de consultas externas ha crecido en un 20%). Los servicios de maternidad y pediatría se han visto desbordados en ciertos momentos del año, sobre todo en Matili. En 2013 se reforzó también nuestro apoyo al programa nutricional ambulatorio.

Además, el esfuerzo de sensibilización e incidencia de MSF comienza a dar sus frutos: parte de la comunidad ha comenzado a trabajar con vehemencia en la reconstrucción de algunos puentes, y una ONG internacional ha recibido financiación para rehabilitar varias carreteras en 2014.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	157.563
Hospitalizaciones	11.843
Cirugía	783
Malaria (total)	47.537
Malaria (confirmados)	37.931
CNT hospitalario	307
CNT ambulatorio	963
Consultas prenatales (totales)	10.231
Consultas prenatales (nuevas)	4.580
Partos	4.657
Atención posnatal	6.508
Violencia sexual	182
Violencia directa	202
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	31
Sarampión (tratamiento)	1
Sarampión (rutina)	2.013
Meningitis (tratamiento)	79
Salud mental, consultas individuales	8.495
Salud mental, consultas en grupo	1.206

	Minova, Kalehe	Asistencia médica a la población desplazada por el conflicto armado y a la población local	
Localización	Zona de salud de Minova, territorio de Kalehe (Kivu Sur)		
Población diana	146.126 personas		
Fechas de inicio y fin	Mayo de 2012 - Diciembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Reducción de la mortalidad y morbilidad de la población de la zona de salud de Minova y los Hauts-Plateaux de Kalehe		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	1.517.531,68 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	13,84	3,13	
No sanitarios	22,07	3,7	

MSF presta apoyo de forma permanente a un centro de salud de los seis que hay en la zona, y mediante clínicas móviles a otros tres. Toda la zona montañosa del proyecto se ha convertido en prioritaria, por lo que para 2014 aumentaremos el respaldo permanente a cuatro centros. Ya se ha instalado una base secundaria en las montañas de Numbi, para facilitar la regularidad y eficacia de la intervención. Una vez más, el acceso físico es un desafío para los equipos, ya que solo dos de los centros son accesibles en coche: al resto debe llegarse en moto o caminando.

Además, seguimos gestionando directamente dos centros de salud más (Minova centro y Kalungu) y el Hospital General de Minova, y aseguramos las referencias al Centro Hospitalario de Kalungu. Durante 2013, se reforzaron sobre todo los servicios de urgencia y la capacidad quirúrgica de los hospitales. La población más vulnerable han sido los niños (la pediatría ha estado cerca del colapso durante varios momentos del año, lo que obligó a MSF a ampliar su capacidad); las mujeres embarazadas; y los supervivientes de violencia sexual.

Mención especial merece el cólera, endémico en Minova, ciudad a orillas del lago Kivu: fue la primera causa de hospitalización. A partir de mayo, MSF rehabilitó y tomó a su cargo un centro de tratamiento (CTC), en el que atendió más de 600 casos (solo cinco pacientes fallecieron).

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	110.839
Hospitalizaciones	4.417
Cirugía	738
Malaria (total)	8.721
Malaria (confirmados)	2.809
Consultas prenatales (totales)	6.616
Consultas prenatales (nuevas)	5.576
Partos	4.798
Atención posnatal	3.438
Violencia sexual	319
Violencia directa	452
Sarampión (tratamiento)	15
Vacunación sarampión (rutina)	5.886
Meningitis (tratamiento)	68
Cólera	606
Salud mental, consultas individuales	5.616
Salud mental, consultas en grupo	800

	Respuesta a emergencias	Equipo de Respuesta a Emergencias en Kivu Sur (RUSK)
Localización		Base principal en Bukavu, con movilidad en todo Kivu Sur
Fechas de inicio y fin		2010 - Sin fecha de finalización determinada
Objetivo del proyecto		Asegurar una vigilancia activa de la provincia y dar respuesta oportuna y adecuada a las emergencias médicas y humanitarias
Tipo de población		Mixta: desplazados / población general

Contexto	Inestabilidad interna y conflicto armado	
Coste del proyecto	301.855,87 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	6,81	0,48
No sanitarios	10,72	2,25

El RUSK sigue siendo uno de los pilares de la misión de MSF-E en RDC. Debido a la inestabilidad del contexto, a la cantidad de brotes epidémicos y a las pequeñas pero numerosas emergencias por desplazamientos de población, la capacidad de reacción inmediata es una prioridad absoluta y una necesidad para MSF.

Durante 2013, el RUSK llevó a cabo seis intervenciones, explicadas detalladamente en los siguientes apartados. Fue un año de gran actividad, en el que el RUSK recibió apoyo de los equipos de Barcelona en dos ocasiones: vacunación masiva de Bunyakiri e intervención contra la malaria en Lulingu.

Una de las prioridades sigue siendo reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica en toda la provincia. El aislamiento de algunas zonas, la inexistencia de medios de comunicación y la falta de estructuras de salud con personal activo en algunas áreas pueden provocar el retraso en las alertas y en la respuesta.

El próximo año se presenta como un reto para el RUSK, ya que su capacidad se verá aumentada, con el objetivo de ser capaz de responder a dos emergencias al mismo tiempo.

	Bunyakiri	Vacunación contra el sarampión	
Localización	Zona de salud de Bunyakiri, territorio de Kalehe (Kivu Sur)		
Población diana	86.770 niños de entre 6 meses y 15 años		
Fechas de inicio y fin	Diciembre de 2012 – Enero de 2013		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbi-mortalidad asociada al sarampión en Bunyakiri		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	79.434,56 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	0,07	
No sanitarios	—	0,16	

En diciembre, y tras varios retrasos por problemas de seguridad relacionados con la inestabilidad en el contexto, el RUSK implementó una vacunación masiva contra el sarampión para niños de

entre 6 meses y 15 años de edad. El brote empezó en octubre, pero las autoridades sanitarias se negaron a declararlo. Ante el alto número de casos —más de 500 a finales de noviembre— y la vigilancia de nuestro equipo en la zona, finalmente este recibió autorización para vacunar. La vacunación fue un éxito y se logró cubrir al 85% del grupo más vulnerable (de 6 a 59 meses), llegándose al 75% de la población objetivo total en cuatro semanas. Pasadas dos semanas al término de la vacunación, la tendencia de casos acumulados desapareció.

Paralelamente, todos los niños vacunados menores de 5 años (33.610) fueron examinados para detectar desnutrición. Los constantes desplazamientos a lo largo del año debido a la violencia y la inseguridad no parecieron tener efecto sobre el estado nutricional de la población. La tasa global de desnutrición aguda (GAM, por sus siglas en inglés) estaba por debajo del 2%.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Hospitalizaciones	677
Vacunación sarampión (brote)	65.082
Sarampión (tratamiento)	677

	Kamanyola	Intervención contra el cólera
Localización	Kamanyola, zona de salud de Nyangezi (territorio de Walungu, Kivu Sur)	
Población diana	17.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Abril – Mayo de 2013	
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad provocada por el cólera	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	81.810,34 €	

Esta fue la primera de las tres intervenciones contra el cólera a las que MSF-E respondió a lo largo de 2013 en Kivu Sur. Tras ser alertado el 8 de abril de la existencia de 28 casos en tan solo dos días (con siete muertes en la comunidad), el RUSK visitó la zona y apenas cuatro días después lanzó la intervención.

El equipo realizó la formación sobre el tratamiento al personal sanitario, habilitó un CTC (con 30 camas de hospitalización y 25 de convalecencia), y trasladó allí a los pacientes. Además, puso en marcha una estrategia de sensibilización en la comunidad y organizó la fumigación de todos los hogares sospechosos de haber albergado a personas infectadas.

El RUSK también aseguró el sistema de referencias las 24 horas del día al Hospital General y estableció puntos de rehidratación oral para estabilizar a los pacientes en todos los centros de salud a los que pudieran llegar. Todo ello, acompañado por la gratuidad del tratamiento (que anteriormente costaba entre 20 y 25 dólares por persona, alrededor de 15 euros), tuvo unos resultados muy positivos y no volvió a registrarse ninguna muerte por cólera.

Tras reducirse el número de casos y admisiones, el 15 de mayo la presencia de los equipos en el terreno terminó, y se dejó material y suministros suficientes para asegurar los tratamientos gratuitos al menos por dos semanas más. Asimismo, se continuó con la vigilancia epidemiológica y se volvió a visitar la zona en la primera semana de junio.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Hospitalizaciones	161
Cólera	161

 Lulingu	Intervención contra la malaria	
Localización	Zona de salud de Lulingu, territorio de Shabunda (Kivu Sur)	
Población diana	148.069 personas (población total de la zona de salud)	
Fechas de inicio y fin	Abril – Julio de 2013	
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad asociada al pico de malaria en Lulingu	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	418.919,01 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	0,47
No sanitarios	—	0,42

Tras las alertas recibidas, el RUSK hizo una misión exploratoria a Lulingu, que arrojó unas cifras alarmantes: la mortalidad del pico de malaria sobrepasaba los umbrales de emergencia. La situación se agravaba debido a los desplazamientos: Lulingu se había convertido en refugio de la población que había huido de los combates en localidades vecinas entre las FARDC y los Raia en marzo.

Las ciudades más afectadas fueron Lulingu, Tchonka y Lukala, todas dentro de un radio de 8 km. El 90% de los casos de pediatría, así como el 44% de medicina interna, eran de malaria grave. No en vano, se daba una combinación nefasta de falta de tratamientos antipalúdicos y de personal formado, imposibilidad de hacer transfusiones sanguíneas seguras y una gratuidad que no estaba asegurada.

Todo ello llevó al RUSK a intervenir, esta vez con el apoyo de la sede: se aseguró la dispensación correcta y gratuita de los tratamientos contra la malaria y también contra la desnutrición en el Hospital General de Lulingu y en el centro de salud de Tchonka, y se reforzaron las capacidades del personal sanitario del Ministerio de Salud. Asimismo, se aseguraron las transfusiones sanguíneas y se mejoró la higiene intrahospitalaria y la gestión de desechos.

También se puso en marcha un sistema de referencias al hospital las 24 horas del día y durante los siete días de la semana. Respecto a la prevención, se llevaron a cabo actividades de sensibilización y una distribución de mosquiteras en las áreas de Lulingu, Tchonka y Katchungu. Una vez que la letalidad asociada al paludismo grave se mantuvo por debajo del 1% (nuestro criterio de salida), la intervención se dio por finalizada a principios de agosto.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	10.044
Hospitalizaciones	847
Malaria (total)	7.325
Malaria (confirmados)	7.325

 Uvira	Intervención contra el cólera
Localización	Zona de salud de Uvira, territorio de Uvira (Kivu Sur)
Población diana	16.000 personas
Fechas de inicio y fin	Septiembre – Octubre de 2013
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad provocadas por el cólera
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general
Contexto	Conflicto armado
Coste del proyecto	44.490,36 €

El 2 de septiembre se inició una intervención del RUSK en el Hospital General de Uvira para asumir la gestión de su CTC, que cuenta con 56 camas. La epidemia se había extendido por todas las áreas de salud de esta zona del litoral del lago Tanganica.

MSF instaló el circuito estándar, formó al equipo de higienistas del hospital, y dotó al CTC de los materiales necesarios para desinfección y limpieza. También se renovaron y adaptaron todas las camas, y se incentivó y formó a un equipo del Ministerio de Salud.

La colaboración con otras organizaciones fue muy positiva. Un equipo de Oxfam asumió las tareas de prevención en la comunidad y la cloración de agua en 20 puntos diferentes de la ciudad (entre 7.000 y 10.000 litros al día), mientras Cruz Roja Congoleña se encargaba de la fumigación de las casas de los pacientes.

Las actividades se desarrollaron durante siete semanas, en las que el número de casos se controló y la epidemia desapareció. MSF dejó una donación de materiales para asegurar una buena transición tras la clausura de su intervención. Unos 15 días después, una parte del equipo se desplazó de nuevo a la zona con más materiales y para comprobar la situación; durante esta visita, se desinfectó completamente el CTC y se confirmó que la situación seguía bajo control.

Actividades		
Indicadores cuantitativos		Total
Hospitalizaciones		383
Cólera		383

 Kitutu	Campaña de vacunación contra el sarampión
Localización	Zona de salud de Kitutu, territorio de Mwenga (Kivu Sur)
Población diana	Pacientes ya contagiados (población de la zona: 12.811)
Fechas de inicio y fin	Octubre - Diciembre de 2013
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad por sarampión
Tipo de población	Población general
Contexto	Inestabilidad interna
Coste del proyecto	37.286,76 €

La zona de salud de Kitutu no es endémica de sarampión y, tras recibir una alerta del Ministerio de Salud por un registro anormal de casos, el RUSK lanzó una misión exploratoria en octubre. Se decidió iniciar una intervención para tratar a los pacientes apoyando a dos estructuras: el centro de salud de Mapale (para casos simples) y el centro hospitalario de Kigumo (para simples y severos). La intervención se centró en asegurar tratamientos gratuitos, transferir los casos severos a Kigumo desde Mapale y Makalanga, y formar al personal del Ministerio de Salud. Este trabajo se completó con acciones de sensibilización comunitaria en las áreas afectadas y con la implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica.

La intervención se extendió hasta principios de diciembre, momento en el que el Ministerio de Salud realizó una vacunación masiva, tras la cual el equipo regresó para asegurarse de que la situación ya estaba controlada, y para realizar una donación de material.

Actividades		
Indicadores cuantitativos		Total
Hospitalizaciones		382
Sarampión (tratamiento)		382

 Bukavu	Intervención contra el cólera
Localización	Ciudad de Bukavu, capital de Kivu Sur
Población diana	316.813 habitantes en la zona directamente afectada
Fechas de inicio y fin	Diciembre de 2013 – Enero de 2014

Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad provocadas por el cólera
Tipo de población	Población general
Contexto	Inestabilidad interna
Coste del proyecto	31.771 €

El 2 de diciembre, el RUSK recibía una alerta del Hospital General de Bukavu, avisando de la llegada de 30 casos de cólera el día anterior; el mismo día 2, llegaron 25 casos más. Es decir, en apenas dos días casi se había alcanzado el umbral de epidemia (establecido en 60 casos por semana en esta ciudad, endémica de cólera, a orillas del lago Kivu). Además, se habían registrado cuatro muertes en la comunidad y una en el hospital.

Así, el día 3 de diciembre comenzaba la intervención; ese mismo día, llegaban otros 30 casos más. El RUSK asumió la gestión del CTC: amplió su capacidad hasta las 100 camas, aseguró el circuito estándar para los pacientes, y proporcionó el material y personal necesarios. Entre el 1 y el 4 de diciembre se registraron 113 casos, casi el doble del umbral de epidemia.

Gracias a las acciones de incidencia política desarrolladas por el equipo, se estableció un sistema de colaboración entre agencias, y rápidamente Oxfam, el Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF), International Rescue Committee (IRC) y Cruz Roja Congoleña se pusieron en marcha para reforzar la distribución de agua, la cloración y la sensibilización en las 12 áreas afectadas. Oxfam limpió y desinfectó los pozos contaminados e IRC aseguró la distribución de agua hasta que estuvieran de nuevo disponibles. Al mismo tiempo, Cruz Roja se encargaba de la cloración de las fuentes y puntos de agua comunitarios.

Esta intervención llegó justo dos años después de la última realizada por MSF-E en esta misma ciudad y por la misma razón. Así, la experiencia de nuestro equipo y la rapidez en la respuesta facilitaron el control de la epidemia, y esta se consideró terminada a las ocho semanas de haberse declarado.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Hospitalizaciones	690
Cólera	690

Siria

MSF, y MSF-E en particular, trabajan en Siria desde 2009. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B, MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 166.

Esperanza de vida: 76 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 4.674 dólares/año (3.385 euros/año).

Contexto de intervención: conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflicto armado.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	17,09	135,38	152,47
Internacionales	7,98	18,74	26,72



La guerra siria continuó cobrándose numerosas víctimas durante 2013. La cifra de fallecidos desde la primavera de 2011, cuando empezaron las primeras protestas que luego derivaron en una guerra abierta, supera ya los 100.000 muertos, y a finales de año había más de 2,3 millones de sirios refugiados en países vecinos. El aumento de la violencia llevó aparejado un grave deterioro de la situación médico-humanitaria en el país. Una de las zonas más castigadas por la violencia fue la provincia de Alepo, donde MSF-E tiene dos hospitales y sigue llevando asistencia a una población muy vulnerable.

MSF-E lanzó en 2009 un programa de atención a los refugiados iraquíes en Damasco. Semanas después del inicio de las primeras protestas contra el Gobierno en marzo de 2011, MSF-E tuvo que suspender sus actividades y finalmente se vio obligada a dar por terminada la intervención. Se abrió entonces un paréntesis que se cerró en junio de 2012, cuando MSF consiguió por fin volver a Siria. Al no lograr la autorización del Gobierno para trabajar en el territorio bajo su control, se limitó durante este periodo a dar apoyo a redes médicas locales y proporcionar material médico de primera necesidad y para cirugía y transfusiones. Finalmente, en junio de ese año, MSF-F instaló un hospital de campaña en Idlib, y poco después MSF-B hizo lo propio en la vecina provincia de Latakia.

MSF-E abrió su primer hospital en septiembre de 2012 en Al Salamah, cerca de la frontera turca. El centro sigue hoy abierto, y durante 2013 no solo ha ofrecido consultas regulares, sino que ha atendido partos y ha prestado servicios de cirugía. En 2013, MSF-E logró abrir otro hospital, en este caso en la ciudad industrial de Alepo. Además de la actividad en estos dos hospitales, el apoyo a las estructuras médicas de Alepo ciudad y provincia ha sido una de las acciones humanitarias más importantes de MSF-E en Siria durante 2013.

Este apoyo incluye la donación de medicamentos y material médico, además de formaciones y preparación de planes de contingencia para situaciones de ataques con armas convencionales o químicas. El resto de actividades se han centrado en agua y saneamiento y distribución de artículos de primera necesidad.

A finales de 2013, la creciente inseguridad obligó a un gran número de evacuaciones temporales e interrupciones de las actividades médicas. En diciembre, comenzó una ola de bombardeos que dejó centenares de heridos y desbordó los hospitales de Alepo, que fueron apoyados por MSF-E.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	643.945,56	9,01
Alepo, hospital de Al Salamah	3.737.039,18	52,29
Plan de preparación para emergencias	63.523,06	0,89
Alepo, campaña de vacunación	85.467,90	1,20
Alepo, equipos móviles	26.649,28	0,37
Alepo, hospital de la ciudad industrial	1.334.234,34	18,67
Asistencia a refugiados sirios	1.255.353,01	17,56
Total gastos	7.146.212,33	100,00
Financiaciones		
MSF Grecia	305.120,00	4,27
MSF Estados Unidos	683.679,00	9,57
MSF Alemania	2.307.000,00	32,28
MSF España	3.350.413,33	46,88
Inditex	500.000,00	6,99
Total fondos privados	7.146.212,33	100,00
Total financiaciones	7.146.212,33	100,00

	Alepo, hospital Al Salamah	Asistencia médica de salud primaria y servicios quirúrgicos y obstétricos	
Localización	Gobernación de Alepo		
Población diana	241.800 personas (estimación)		
Fechas de inicio y fin	Septiembre de 2012 – Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Asistencia médica de salud primaria y de servicios quirúrgicos y obstétricos		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	3.737.039,18 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	38,28	9,77	
No sanitarios	48,03	4	

Al Salamah es un pueblo cercano a la frontera turca que, durante la mayor parte del tiempo, se ha visto afectado en menor medida por el conflicto. Gracias a esto, MSF ha podido ofrecer una atención constante a la población local, y también servir de referencia a muchos hospitales de la ciudad de Aleppo.

El proyecto tiene un componente muy importante de apoyo a los servicios existentes en la región. Debido al conflicto, estos se habían centrado casi totalmente en la atención a los heridos, dejando fuera a los pacientes con otras patologías. MSF ha apoyado a todas las estructuras funcionales para que pudieran seguir ofreciendo asistencia médica: el apoyo ha consistido en donaciones de material médico y medicamentos, servicios de ambulancias, soporte técnico y reparaciones, preparación para el caso de ataque con armas químicas, y formaciones del personal sanitario. Todo ello ha favorecido que otros centros poco a poco hayan incluido servicios para atender a la población que no era víctima directa del conflicto, en especial de maternidad y vacunación.

Durante 2013, se realizaron donaciones de medicamentos, equipos de soporte vital y material médico en las zonas de Azaz y Aleppo, tanto en los hospitales como en los puestos de salud; se reforzó el sistema de referencias; y se dio apoyo a la estrategia de vacunación.

Más concretamente, en la zona de Azaz se efectuaron donaciones regulares a tres hospitales y a cuatro puestos de salud, además de donaciones puntuales a otros tres hospitales y a un quinto puesto de salud. El apoyo a la estrategia avanzada de vacunación se realizó en el campo de tránsito de Al Salamah y en seis puestos de salud.

En la zona de Aleppo, el apoyo a la estrategia avanzada de vacunación se llevó a cabo en una decena de comunidades, y las donaciones a estructuras de salud consistieron en medicamentos, material médico y equipos de soporte vital. Además, se apoyó en la preparación ante un ataque químico en cuatro hospitales.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	27.942
Hospitalizaciones	1.369
Cirugía	677
Consultas prenatales (totales)	152
Consultas prenatales (nuevas)	75
Partos	1.120
Atención posnatal	152
Violencia sexual	1
Violencia directa	518
Sarampión (tratamiento)	69
Vacunación sarampión (rutina)	118
Salud mental, consultas individuales	121
Salud mental, consultas en grupo	26
Artículos de primera necesidad	1.920
Saneamiento	60
Distribución de agua (en litros)	14.400.000

	Alepo, vacunación	Campaña de vacunación contra el sarampión	
Localización	Ciudad de Alepo		
Población diana	70.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Abril - Mayo de 2013		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbi-mortalidad relacionada con el sarampión mediante el control de su propagación a través de la inmunización de la población		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	85.467,91 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	0,16	
No sanitarios	—	0,31	

En aquellos momentos, Alepo sufría a diario bombardeos aéreos y todo tipo de ataques. El sistema de vacunación existente antes del conflicto estaba funcionando muy por debajo de las necesidades de la población, lo que había llevado a una cobertura ínfima que hacía que el riesgo de propagación de una epidemia hubiera aumentado enormemente.

La campaña de vacunación fue un reto, debido la necesidad de compaginar la seguridad de los pacientes y la movilización de personal necesaria para este tipo de campañas.

Para llevarla a cabo, se movilizaron voluntarios en todos los vecindarios de la ciudad bajo control de la oposición, se utilizaron todo tipo de estructuras para instalar puntos de vacunación y estos últimos se fueron trasladando en función de los combates.

La cobertura de la campaña quedó por debajo de lo esperado, pero permitió reactivar la vacunación en la zona.

Actividades		
Indicadores cuantitativos		Total
Vacunación sarampión (brote)		33.835

	Alepo, equipos móviles	Equipos móviles en la gobernación de Alepo	
Localización	Gobernación de Alepo		
Población diana	241.800 personas (estimación)		
Fechas de inicio y fin	Abril - Junio de 2013		

Objetivo del proyecto	Evaluación y apoyo de las zonas periféricas	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	26.649,28 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	0,18
No sanitarios	—	0,41

La región de Alepo es amplia, y MSF quiso complementar su presencia en las estructuras fijas con equipos móviles que pudieran seguir la situación y prestar apoyo a otras zonas más periféricas.

Con este fin, se movilizaron equipos periféricos dentro de la región de Alepo. La zona de Afrin, de mayoría kurda, fue la más visitada por el equipo, ya que los combates la habían afectado especialmente, lo que había provocado la salida masiva de sus habitantes.

Tras una evaluación de la situación, se decidió hacer una donación de kits de higiene y medicamentos al hospital de Afrin para ayudar a las personas más necesitadas.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Artículos de primera necesidad	700

	Alepo, hospital de la ciudad industrial	Asistencia médica a las víctimas del conflicto
Localización	Ciudad de Alepo	
Población diana	241.800 personas (estimación)	
Fechas de inicio y fin	Mayo de 2013 - Diciembre de 2014	
Objetivo del proyecto	Proporcionar asistencia médica a las víctimas del conflicto mediante la ejecución de un hospital en la ciudad industrial	
Tipo de población	Población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	1.334.234,34 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	13,29	1,5
No sanitarios	23,69	2,42

Alepo es una de las ciudades más castigadas por el conflicto en Siria, y encontrar un lugar adecuado donde poder apoyar a la población representó un verdadero reto. El continuo bombardeo y el ataque a la misión médica habían mermado mucho la capacidad de acceso de la población a los servicios de salud.

La intervención pretendía establecer un hospital, y por ello, en junio, MSF comenzó la rehabilitación de un centro de salud, para convertirlo en un hospital de 60 camas. Para el mes de julio, se abrieron las emergencias y las consultas externas.

En agosto, debido a un serio incidente de seguridad, el equipo de expatriados de Alepo fue evacuado y no volvió hasta octubre, periodo durante el cual el personal nacional siguió trabajando en el hospital.

En octubre comenzaron los bombardeos en la zona industrial, se repitieron en noviembre, y se incrementaron masivamente desde mediados de diciembre, tanto en esta área como en el resto de la ciudad. Por esta razón, en diciembre, el equipo decidió mover el hospital a una zona más segura para los pacientes y para el personal, y lo trasladó a Fafin.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	16.119
Hospitalizaciones	385
Violencia directa	49
Sarampión (tratamiento)	21
Artículos de primera necesidad	5.300

Sudán

MSF trabaja en Sudán desde 1979, y MSF-E desde 2004. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B y MSF-CH.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 171.

Esperanza de vida: 61,8 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.848 dólares/año (1.330 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna y conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflicto armado.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	32,13	233,91	31,3	297,34
Internacionales	6,85	5,2	—	12,05

La situación general sigue siendo inestable en gran parte del país; de hecho, se complicó aún más en el transcurso de 2013, sobre todo en los estados de Kordofán Sur y Nilo Azul. Las conversaciones entre el Gobierno sudanés y los rebeldes del Movimiento de Liberación del Pueblo de Sudán-Norte (SPLM-N) sobre un potencial proceso de paz en esos dos estados se reanudaron el 13 de febrero de 2014, aunque sin grandes logros, al rechazar ambos la hoja de ruta propuesta.

Por otra parte, la crisis desatada en el vecino Sudán del Sur en diciembre de 2013 también influyó en la inestabilidad de Sudán, afectando en especial a los desplazados de Darfur y a las comunidades nómadas del área fronteriza, que vieron impedido su acceso al sur para la migración estacional.

Es probable que en el futuro varios grupos rebeldes de Sudán sigan implicándose en la guerra desatada en su vecino del sur, lo que complicará aún más los esfuerzos para resolver las crisis en Darfur, Kordofán Sur y Nilo Azul, así como la normalización de las relaciones entre los dos Estados. Añadido a todo ello, el Gobierno sudanés sigue limitando el acceso a estas zonas a las organizaciones humanitarias internacionales y a las agencias de Naciones Unidas.

En cuanto a Darfur, la situación sigue siendo inestable, particularmente en términos de violencia étnica y tribal entre comunidades, lo que ha tenido un gran impacto sobre la población civil, provocando nuevos desplazamientos durante 2013. Esta situación, ya difícil de por sí para los civiles, se complica todavía más debido a lo limitado del acceso que los actores humanitarios tienen a los grupos más vulnerables. Por otra parte, los conflictos provocados por el control de los recursos entre las diferentes tribus y etnias sigue siendo una fuente importante de inseguridad. Los enfrentamientos regulares entre el Gobierno y los movimientos armados siguen poniendo en riesgo a la población civil, ya muy afectada y vulnerable debido a tantos años de conflicto.

Asimismo, resulta especialmente preocupante que en 2013 se incrementaran los ataques perpetrados por algunos grupos armados contra las organizaciones internacionales, sobre todo contra las agencias de la ONU, pero también contra los trabajadores humanitarios (incluyendo saqueos, robos, robo de coches, etc.).

Mientras tanto, la situación humanitaria de la población siguió deteriorándose durante el año y se espera que las necesidades sigan siendo grandes en 2014. Se estima que en 2013 se produjeron 400.000 nuevos desplazamientos, más que en 2011 y 2012 juntos, llegando a los dos millones la cifra de desplazados internos que necesitan asistencia humanitaria. El desplazamiento prolongado, la inseguridad alimentaria y la falta de servicios básicos generan una vulnerabilidad crónica difícil de revertir. La desnutrición parece acercarse a los umbrales de emergencia en todo Darfur y se espera que en 2014 el periodo de escasez (el llamado *hunger gap*) se produzca antes y tenga un impacto más grave.

MSF mantiene proyectos regulares en Tawila, Dar Zaghawa y Kaguro para asistir a las poblaciones víctimas de violencia. Por su parte, el Equipo de Emergencias Darfur Norte (NDER, del inglés *North Darfur Emergency Response*), con sede en El Fashir, aparte de sus actividades regulares de apoyo a los proyectos e intervenciones, asegura un seguimiento regular del contexto, administra las reservas de la misión para emergencias y organiza la respuesta a las mismas.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	782.955,68	24,79
Plan de preparación para emergencias	45.754,63	1,45
Tawila, asistencia médica a desplazados	642.889,90	20,35
NDER, Equipo de Emergencias Darfur Norte	590.786,06	18,70
Kaguro, atención primaria de salud	241.240,90	7,64
Dar Zaghawa, asistencia médica	592.352,78	18,75
Jebel Amir, asistencia a víctimas de violencia	224.797,43	7,12
Saraf Omra, vacunación contra la fiebre amarilla	38.011,29	1,20
Total gastos	3.158.788,67	100,00
Financiaciones		
MSF Estados Unidos	385.755,22	12,21
MSF Japón	1.547.692,52	49,00
MSF España	1.225.340,93	38,79
Total fondos privados	3.158.788,67	100,00
Total financiaciones	3.158.788,67	100,00

	Tawila	Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales
Localización	Tawila	
Población diana	63.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Julio de 2007 - Sin fecha de finalización determinada	
Objetivo del proyecto	Dar asistencia médico-humanitaria a las víctimas de la violencia, los desplazados y las comunidades locales	

Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	642.889,90 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	59,43	0,85
No sanitarios	31,51	—

2013 ha sido un año complicado para la población de Tawila y también para el proyecto de MSF en esa localidad. Por una parte, durante los meses de abril a septiembre, la alta inseguridad en la zona obligó a todos los actores presentes a retirarse, dejando a la población sin ningún tipo de ayuda humanitaria. Por otra parte, al perder el Gobierno el control de la zona, el acceso y el suministro de medicamentos y material se vio complicado o directamente denegado.

No obstante, durante el último trimestre de 2013, la situación mejoró notablemente tanto en materia de seguridad como en la relación con las autoridades, lo que permitió a MSF reanudar sus actividades y tener un acceso total a la zona. Asimismo, pudimos retomar el envío de medicamentos y del material logístico necesario para continuar nuestro apoyo al sistema de salud de Tawila.

Desde finales de noviembre de 2013, las actividades médicas en el hospital están funcionando sin mayores problemas y con regularidad. Estas actividades se centran en atención primaria, con programas de nutrición y servicios de maternidad y hospitalización (incluyendo casos de desnutrición complicada), y un sistema de referencia para casos quirúrgicos a El Fashir.

En 2014, la reanudación de las clínicas móviles interrumpidas en 2013 por razones de seguridad será un factor fundamental para garantizar el acceso a la población más distante y ampliar nuestra cobertura de servicios.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	34.951
Hospitalizaciones	857
Malaria (total)	323
Malaria (confirmados)	64
CNT hospitalario	70
CNT ambulatorio	1.263
Consultas prenatales (totales)	5.478
Consultas prenatales (nuevas)	2.500
Partos	162
Atención posnatal	288
Violencia sexual	1
Violencia directa	89
Vacunación sarampión (rutina)	1.767

	Dar Zaghawa	Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales	
Localización	Dar Zaghawa		
Población diana	26.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Julio de 2009 - Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Dar asistencia médico-humanitaria a las víctimas de la violencia y comunidades locales		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	592.352,78 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	25,02	0,87	
No sanitarios	35,88	—	

MSF sigue siendo el único actor médico presente en la zona. El proyecto tiene como objetivo proporcionar atención primaria de salud a la población local y una básica estructura de salud materna las 24 horas del día durante los siete días de la semana. Las actividades incluyen la hospitalización de casos de desnutrición complicada y la referencia a hospitales en El Fashir de los pacientes que necesitan atención secundaria.

De manera general, la asistencia médica prestada a la población de Dar Zaghawa mejoró considerablemente en comparación con el año anterior. En efecto, en 2013 ampliamos nuestras actividades de salud reproductiva a Furawiya, lo que contribuyó a una mejor aceptación en la comunidad y una mayor concienciación acerca de la importancia de la atención prenatal.

También se establecieron salas de observación con personal las 24 horas del día, y apoyo alimentario para los pacientes y sus cuidadores. A finales de año, se firmó un acuerdo con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) para lanzar, a principios de 2014, un programa de distribución de comida suplementaria que palie los altos índices de desnutrición moderada que se dan en la zona.

Por otra parte, durante 2013, MSF-E trabajó en la rehabilitación de los centros de salud del Ministerio, aumentando su capacidad, mejorando las letrinas, las áreas de espera de los pacientes así como la seguridad. Se trabajó también en la formación del personal médico para la gestión de la farmacia, creándose una centralizada en Umbaru, desde donde se despachan los medicamentos hacia los demás centros de salud.

La situación estable en términos de seguridad y los contactos directos y regulares con las autoridades, la comunidad y los diferentes grupos armados consolidó la buena aceptación y percepción que ya tenía MSF en la zona, de forma que el personal internacional pudo pasar varias semanas consecutivas en el proyecto; esto contribuyó a una mejor supervisión y consolidación de las actividades.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	46.897
Hospitalizaciones	787
Malaria (total)	461
Malaria (confirmados)	413
CNT hospitalario	11
CNT ambulatorio	728
Consultas prenatales (totales)	1.772
Consultas prenatales (nuevas)	160
Partos	211
Atención posnatal	270
Violencia sexual	3
Violencia directa	123
Vacunación sarampión (rutina)	749

	Kaguro	Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales	
Localización	Kaguro, área de Jebel Si		
Población diana	110.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Junio de 2011 - Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Dar asistencia médico-humanitaria a las víctimas de la violencia y comunidades locales		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	241.240,90 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	8,95	0,75	
No sanitarios	18,5	—	

MSF lleva presente en la zona desde 2005, haciendo funcionar un hospital desde 2008, además de cinco puestos de salud y un programa de clínicas móviles para ofrecer atención primaria de salud (incluyendo apoyo nutricional e inmunización) y derivación a la atención secundaria. Estas instalaciones sirven a una población permanente de 100.000 habitantes locales y alrededor de 10.000 nómadas estacionales. La mayoría de los pacientes en Jebel Si son mujeres y niños.

La situación ha ido empeorando en los últimos años y durante 2013 la imposibilidad de enviar cualquier suministro obligó a la misión a una reducción gradual del proyecto de atención secundaria de salud, hasta limitarse a una única actividad de vacunación regular y de apoyo a campañas de vacunación. En este sentido, se han realizado tres campañas en 2013: en febrero (fiebre amarilla, incluida dentro de la campaña de Saraf Omra) y en diciembre (sarampión y polio).

A partir de 2014, este proyecto dependerá del equipo de Tawila en términos de supervisión, y las campañas de vacunación estarán organizadas y supervisadas por el Equipo de Emergencias NDER.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	832
Consultas prenatales (totales)	728
Consultas prenatales (nuevas)	497
Partos	7
Atención posnatal	105

	Jebel Amir	Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales
Localización	Localidad de El Sireaf (Jebel Amir)	
Población diana	65.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Febrero de 2013 - Sin fecha de finalización determinada	
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad causadas por crisis médicas o humanitarias	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	224.797,43 €	

De manera general, el contexto ha sido complicado durante la mayor parte de 2013, sobre todo en los seis primeros meses del año, cuando estalló el conflicto entre dos facciones árabes por el control de las minas de oro: la facción de Abala, dispersa por todo Darfur, y la de Beni Hussein, originaria de El Sireaf y que se considera propietaria de este territorio.

Durante ese periodo, se reportaron muchos incidentes violentos: se produjeron arrestos arbitrarios, secuestros, hostigamientos, robos y saqueos de bienes y animales, y unas 42 aldeas fueron incendiadas. Los enfrentamientos directos entre las dos tribus se saldaron con más de 900 muertos por ambas partes. Debido a esa situación de violencia, todas las ONG evacuaron a sus equipos a El Fashir, mientras que el de MSF fue trasladado a Saraf Omra.

Para paliar esta crisis y garantizar el acceso a la salud a los miles de desplazados asentados en la zona, MSF-E implementó actividades de atención primaria de salud en El Sireaf, instalando dos clínicas (norte y sur del asentamiento), y asegurando la atención secundaria mediante apoyo al hospital a partir de noviembre de 2013. Las actividades en las clínicas incluyen consultas externas, salud reproductiva y nutrición. En el hospital apoyamos los servicios de hospitalización, nutrición terapéutica, maternidad y sala de emergencias.

Por otra parte, MSF trabajó en la promoción de la higiene y se instalaron en las siguientes semanas cuatro bombas de agua con paneles solares. También se mejoraron las zonas de residuos y las letrinas, y se rehabilitaron algunos servicios del hospital.

Gracias a la mejora de la situación de seguridad en los últimos meses, algunos expatriados han podido pasar varias semanas consecutivas en el proyecto.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	17.750
Hospitalizaciones	211
Cirugía	21
Malaria (total)	1.209
Malaria (confirmados)	1.148
CNT ambulatorio	307
Consultas prenatales (totales)	439
Consultas prenatales (nuevas)	246
Partos	45
Violencia directa	164

	Saraf Omra	Campaña de vacunación masiva contra la fiebre amarilla
Localización	Localidades de Kaguro y Jebel Si, Darfur Norte	
Población diana	96.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Noviembre de 2012 – Marzo de 2013	
Objetivo del proyecto	Detener la transmisión de la fiebre amarilla y reducir la mortalidad y morbilidad producida por la enfermedad	
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general	
Contexto	Conflicto armado	
Coste del proyecto	38.011,29 €	

Desde noviembre de 2012, MSF-E apoyaba la campaña de vacunación en El Sireaf y Saraf Omra, en Jebel Amir. En febrero de 2013, MSF fue contactada por el Ministerio de Salud para apoyar los servicios médicos en Kaguro y la zona de Jebel Si. Como parte del plan nacional de respuesta de emergencia al brote, se lanzó la tercera fase de la campaña de vacunación. Durante un mes, cubrió toda la población por encima de los 9 meses de edad, alcanzando una amplia cobertura de casi 96.000 personas.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Vacunación sarampión (rutina)	296
Vacunación fiebre amarilla (brote)	95.981

	Equipo de Emergencias Darfur Norte	Equipo de soporte a proyectos y respuesta de emergencia	
Localización	El Fashir, Darfur		
Población diana	Población de Darfur Norte: más de 2,1 millones de personas		
Fechas de inicio y fin	Mayo de 2013 - Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad causada por crisis médicas o humanitarias		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	590.786,06 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	4,89	0,41	
No sanitarios	49,73	2,31	

El Equipo de Emergencias Darfur Norte (NDER) pretende mejorar el acceso y atención a las poblaciones más vulnerables de la región que le da nombre. Su objetivo es responder a las emergencias lo antes posible. El problema recurrente es que algunas de las administraciones estatales alargan los plazos de concesión de sus autorizaciones para intervenciones médico-humanitarias. En este sentido, el NDER espera minimizar el impacto de estos retrasos burocráticos.

El NDER trabaja en colaboración con el Ministerio de Salud mediante la creación de equipos mixtos, preparados para detectar alertas en todo el estado y dar también una respuesta conjunta a las emergencias médico-humanitarias que se detecten.

En los últimos meses se ha compartido de forma satisfactoria con el Ministerio el sistema de alertas médicas. En cuanto a las alertas humanitarias, se recibió del Ministerio de Salud y de la Comisión de Ayuda Humanitaria (HAC, dependiente del Ministerio del mismo nombre) información sobre inundaciones en cinco localidades. MSF fue invitada a participar en una evaluación en cuatro de ellas (Tawila, Malha, Kuma y El Fashir) sin que se detectase la necesidad de dar una respuesta de emergencia. Hasta la fecha no se han recibido más alertas del Ministerio que requiriesen una intervención.

La primera intervención del NDER se produjo tras una exploratoria realizada por el equipo en El Sireaf, en Jebel Amir: se implementaron dos clínicas móviles con consultas externas, programa nutricional ambulatorio, y un paquete de salud reproductiva en consulta externa, y se facilitaron las referencias hacia el hospital de El Sireaf. Estas actividades han sido supervisadas por un médico de MSF, apoyado por personal del Ministerio de Salud (con incentivos por parte de MSF). En una segunda fase de la intervención, se empezó el apoyo al hospital de El Sireaf en atención secundaria de salud.

Además, MSF consolidó la relación del NDER con el Ministerio de Salud en El Fashir, construyendo un edificio donde se ubican sus oficinas y donde trabajan los equipos mixtos de MSF y del Ministerio. Durante el primer cuatrimestre de 2014, el equipo conjunto está siendo formado en la respuesta a emergencias, y está trabajando en la mejora del sistema de alertas.

Sudán del Sur

MSF trabaja en las regiones que hoy pertenecientes a Sudán del Sur desde 1979; MSF-E, desde 2004. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B, MSF-CH, MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: n/a.

Esperanza de vida: n/a.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: n/a.

Contexto de intervención: inestabilidad interna y conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflicto armado; víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas; víctimas de la violencia social y la exclusión sanitaria.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	48,43	258,12	28,6	335,15
Internacionales	13,06	26,12	—	39,18

A lo largo del año, Sudán del Sur se ha enfrentado a varias limitaciones relacionadas con el proceso de independencia, en especial en materia de infraestructuras, recursos y competencias públicas. La fragilidad económica debida a las tensiones producidas por la explotación del petróleo y los diferentes frentes de inestabilidad internos y externos no permiten augurar mejores perspectivas para el futuro.

Así, se confirmaron la inestabilidad creciente en Jonglei y Alto Nilo (dentro de un país históricamente expuesto a tensiones interétnicas) y los enfrentamientos por el control de los campos petrolíferos en las regiones fronterizas con Sudán. Esto ha reabierto problemáticas recurrentes de acceso a la salud, además de dejar a miles de personas expuestas a la violencia y generar muertos, heridos y desplazamientos masivos.

Por otro lado, la situación de seguridad alimentaria sigue representando una amenaza para gran parte de la población desplazada o para las poblaciones de las zonas fronterizas. Resulta difícil anticipar las consecuencias a medio plazo, así como el impacto que tendría el que se produjese una crisis mayor, tanto si es interna como si viene de fuera.

Las deficiencias en acceso a la salud y al agua y saneamiento, la inseguridad alimentaria y la baja cobertura de inmunización son factores que provocan crisis humanitarias recurrentes. Aunque las emergencias han sido rápidamente cubiertas por MSF o por otras agencias, son muchas las que se producen, y siguen agravando una crisis humanitaria que se enquistada cada vez más en el país.

En la mayoría de los estados, se combinan dos factores de riesgo: una baja cobertura de vacunación y desplazamientos masivos y recurrentes de población. Todo ello genera un elevado riesgo de epidemias, y hace necesario realizar vacunaciones masivas en la mayoría de las intervenciones que se plantean.

MSF-E ha reorientado durante el año sus actividades hacia las áreas más vulnerables y cabe destacar la capacidad de respuesta demostrada por la misión ante las distintas emergencias que se han producido.

Las actividades operacionales regulares mantienen el enfoque de atención integral en salud materno-infantil. En el proyecto regular de Yambio (Ecuador Occidental), MSF-E desarrolla las actividades de atención comunitaria, primaria y secundaria en el hospital estatal, así como en la periferia a través de la supervisión de cuatro estructuras de salud.

A lo largo del año se han abierto dos proyectos de respuesta a emergencias en la zona de frontera con Sudán. El primero, Pamat (Bahr El Ghazal del Norte), brinda atención directa a una población de desplazados internos y refugiados procedentes del sur de Darfur. El segundo nuevo proyecto se encuentra en la parte oriental de la frontera, en Fashoda, y responde a las necesidades de los refugiados procedentes de Kordofán del Sur.

Además, se llevó a cabo una tercera intervención de emergencia, durante la epidemia de meningitis en Alto Nilo (fueron vacunadas más de 130.000 personas), y el equipo de Yambio realizó una vacunación de sarampión para 30.000 niños. Finalmente, con el fin de consolidar la asistencia a las víctimas de la violencia, la misión llevó a cabo diversas exploratorias, principalmente en la zona norte del país.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	1.645.691,29	22,33
Plan de preparación para emergencias	261.616,21	3,55
Yambio, asistencia médica materno-infantil	3.270.431,31	44,38
Bahr El Ghazal del Norte, asistencia médica a desplazados	1.302.122,97	17,67
Yambio, vacunación contra el sarampión	197.751,24	2,68
Fashoda, asistencia médica a desplazados	178.276,02	2,42
Sudán del Sur, asistencia a víctimas de la violencia	37.785,67	0,51
Alto Nilo, misión exploratoria	62.914,65	0,85
Malakal, vacunación contra la meningitis	413.372,49	5,61
Total gastos	7.369.961,85	100,00
Financiaciones		
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)	370.000,00	5,02
Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SIDA)	176.047,99	2,39
Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO)	750.000,00	10,18
Total fondos institucionales	1.296.047,99	17,59
MSF Holanda	4.969.367,00	67,43
MSF Alemania	150.000,00	2,04
MSF España	954.546,86	12,95
Total fondos privados	6.073.913,86	82,41
Total financiaciones	7.369.961,85	100,00

	Yambio	Atención médica materno-infantil por las consecuencias directas e indirectas de la violencia	
Localización	Condado de Yambio (Ecuador Occidental)		
Población diana	187.268 personas		
Fechas de inicio y fin	Junio de 2008 - Diciembre de 2015		
Objetivo del proyecto	Dar respuesta a las necesidades médicas de la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	3.270.431,31€		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	107,39	8,9	
No sanitarios	81,58	7,54	

El Hospital de Yambio es el eje del proyecto. Sus principales actividades se centran en salud materno-infantil, dentro de los servicios de pediatría, maternidad y consulta ambulatoria. El volumen de consultas externas, más de 60.000 (un 62% niños menores de 5 años), refleja el elevado nivel de asistencia. También la cifra de consultas prenatales (más de 9.000) es indicativa de las necesidades en una zona donde la intervención de agencias externas es imprescindible.

No obstante, el acompañamiento y el refuerzo de la capacidad local, en colaboración con el Ministerio de Salud, representan un desafío importante, dadas la escasez de profesionales sanitarios y no sanitarios y la falta de cualificación de la mayoría de ellos. Este problema es aún más evidente en la zona periférica, donde MSF supervisa cuatro centros de salud.

Las principales causas de enfermedad se deben a patologías comunes: malaria, infecciones respiratorias agudas, diarreas o complicaciones del embarazo no detectadas a tiempo. La mayoría de las enfermedades o complicaciones patológicas podrían prevenirse con asistencia primaria de calidad y con una buena red de promotores de salud y educación de la comunidad.

El seguimiento de posibles epidemias, brotes de malaria o diarreas, y la vigilancia de la situación médico-humanitaria, son parte integral de las actividades de MSF. En febrero de 2013, la detección de un brote de sarampión en el condado de Yambio justificó la intervención de emergencia para vacunar a unos 30.000 niños (como se detalla en el siguiente apartado).

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	60.175
Hospitalizaciones	8.209
Cirugía	267
Malaria (total)	26.913
Malaria (confirmados)	26.316
CNT hospitalario	246

CNT ambulatorio	186
Consultas prenatales (totales)	9.130
Consultas prenatales (nuevas)	4.050
Partos	2.574
Atención posnatal	1.807
Violencia sexual	68
Violencia directa	55
VIH (pacientes atendidos)	2.631
TAR 1ª línea (casos)	1.873
TAR 1ª línea (nuevos)	46
TAR 2ª línea	6
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	265
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	212
Vacunación sarampión (rutina)	788
Artículos de primera necesidad	400

	Yambio, sarampión	Vacunación contra el sarampión	
Localización	Condado de Yambio (Ecuadoria Occidental)		
Población diana	30.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Marzo – Abril de 2013		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el sarampión mediante el control de su propagación a través de la inmunización de la población		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	197.751,24 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	0,36	
No sanitarios	—	0,47	

Una vez se dio la alarma de algunos casos reportados en el Hospital de Yambio, en el que trabaja MSF, el equipo del proyecto llevó a cabo la vacunación de 30.000 niños de hasta 5 años de edad. MSF trabaja en el hospital en colaboración con el Ministerio de Salud, y esta cooperación se extendió a la vacunación.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Vacunación sarampión (brote)	13.420
Sarampión (tratamiento)	300

	Pamat, Bahr El Ghazal del Norte	Asistencia médico-humanitaria a la población desplazada y la población general	
Localización	Condado de Aweil Norte (Bahr el Ghazal del Norte)		
Población diana	50.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Marzo de 2013 - Diciembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Dar asistencia médico-humanitaria a la población afectada por la violencia (desplazados, refugiados y población local)		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Víctimas de conflicto		
Coste del proyecto	1.302.122,97 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	16,45	2,64	
No sanitarios	27,03	3,07	

Hasta mediados de 2013, las aldeas sursudanesas de Gok Machar y Pamat recibieron un flujo constante de población desplazada, tanto desplazados internos como refugiados procedentes de Darfur, al otro lado de la frontera con Sudán. Como resultado, cerca de 25.000 personas viven en asentamientos dentro de las tierras de la comunidad dinka. La zona llamada *14 miles* (14 millas) define el territorio donde se producen los movimientos entre grupos nómadas y grupos armados, procedentes tanto de Sudán del Sur como de Sudán.

A raíz del cierre del proyecto de Raga, y con la voluntad de reforzar el seguimiento médico-humanitario de los desplazamientos a lo largo de la frontera con Sudán, se lanzaron dos misiones exploratorias en varios emplazamientos de Aweil Norte. Este condado linda, concretamente, con la disputada región petrolífera de Abyei.

A principios de 2013, se lanzó una intervención de emergencia, basada en un modelo integral de asistencia en agua y saneamiento, atención primaria y distribución de materiales para la temporada de lluvias. Los resultados fueron satisfactorios.

La intervención en Pamat se basa en un modelo dinámico de prevención, detección y tratamiento de las principales causas de mortalidad infantil (desnutrición, malaria, diarreas), completado con un sistema de referencia y supervisión de los casos más complicados hacia otras estructuras. Este modelo flexible nos ayuda a adaptarnos al contexto cambiante y volátil al que nos enfrentamos cada día.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	16.832
Hospitalizaciones	487
Malaria (total)	1.448
Malaria (confirmados)	979
CNT ambulatorio	591

CNS	74
Consultas prenatales (totales)	4.759
Consultas prenatales (nuevas)	2.987
Partos	162
Atención posnatal	321
Violencia sexual	1
Violencia directa	10
Vacunación sarampión (rutina)	238
Artículos de primera necesidad	1.301
Distribución de agua (en litros)	427.000

	Malakal	Campaña preventiva masiva de vacunación contra la meningitis	
Localización	Condado de Malakal (Alto Nilo)		
Población diana	154.445 personas		
Fechas de inicio y fin	Abril – Junio de 2013		
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la meningitis mediante el control de su propagación a través de la inmunización de la población		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	413.372,49 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	0,66	
No sanitarios	25,67	0,89	

MSF respondió a la epidemia de meningitis desarrollando una campaña de vacunación masiva, que llegó a 133.633 personas y contribuyó a detener la expansión del brote y reducir el número de casos. Las características de la vacuna utilizada, la MenAfriVac[®], contribuyen también a disminuir el riesgo futuro de epidemias a las que se encuentra expuesta la población de la zona.

En el Hospital de Malakal, fueron tratados 105 pacientes afectados por meningitis, 79 de ellos durante el periodo en el que MSF apoyó a esta estructura. El tratamiento de pacientes tenía por objetivo reducir la mortalidad asociada a la enfermedad, estimada en 10%; durante la intervención de MSF, se mantuvo por debajo del 5%, señal de la calidad del tratamiento proporcionado a los pacientes.

Al final de la intervención, se llevó a cabo una encuesta de vacunación con el acuerdo de las autoridades locales y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con el objetivo de confirmar la cobertura obtenida dentro de la población diana; identificar las causas de la baja cobertura en algunas áreas; y evaluar el conocimiento de la población acerca de la vacuna de la meningitis.

Según los resultados de la encuesta, la cobertura de vacunación supera el 80% de la población sin tarjeta, y el 95% en el caso de la población con tarjeta o historia de vacunación. Estos resultados están considerados como satisfactorios y suficientes para asegurar la protección contra posibles brotes de meningitis en el futuro.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Vacunación meningitis (brote)	133.633
Meningitis (tratamiento)	79

 Fashoda	Asistencia médico-humanitaria a la población desplazada y refugiada	
Localización	Asentamientos de refugiados de Gholo y Lelo, en los condados de Kodok y Makal (Alto Nilo)	
Población diana	5.000 personas	
Fechas de inicio y fin	Septiembre – Diciembre de 2013	
Objetivo del proyecto	Dar asistencia médico-humanitaria a la población afectada por la violencia (desplazados, refugiados)	
Tipo de población	Desplazados	
Contexto	Inestabilidad interna	
Coste del proyecto	178.276,02 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	—	0,29
No sanitarios	—	0,48

Hace más de dos años que el conflicto recurrente en el estado de Kordofán del Sur (en el vecino Sudán) expone a la población a las consecuencias directas e indirectas de los bombardeos y movimientos armados. Muchas comunidades han perdido sus reservas de alimentos, al no poder cultivar sus campos, y han cruzado la frontera a Sudán del Sur; llegan en condiciones muy precarias y sin ningún reconocimiento oficial por parte de las autoridades y agencias de refugiados.

MSF ha asistido a estos refugiados sobre todo en estados como Unidad; MSF-E por su parte se ha centrado en los grupos llegados a Alto Nilo, enfocándose en la atención directa médica en salud primaria y en el seguimiento y apoyo en materia de nutrición.

La intervención fue suspendida debido a la explosión de violencia en Alto Nilo a finales de diciembre, y en el momento de elaborar este artículo, la Unidad de Emergencias estaba dando seguimiento a la situación.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	1.661
Malaria (total)	28
Malaria (confirmados)	20
CNT ambulatorio	354

	Alto Nilo	Misión exploratoria para evaluar la situación de los desplazados en la zona	
Localización	Alto Nilo		
Población diana	120.000 personas		
Fechas de inicio y fin	Junio – Septiembre de 2013		
Objetivo del proyecto	Seguimiento y evaluación de la necesidad de asistencia a las víctimas del conflicto armado		
Tipo de población	Desplazados		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	62.914,65 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	—	0,16	
No sanitarios	—	0,49	

Con el fin de consolidar la asistencia a víctimas directas de la violencia, se llevó a cabo una misión exploratoria en el estado del Alto Nilo, para dar seguimiento a los desplazamientos de población y evaluar la necesidad de intervenir.

Territorios Palestinos Ocupados (TPO)

MSF trabaja en los Territorios desde 1987, y MSF-E desde 1996. El otro centro operacional presente es MSF-F.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 110.

Esperanza de vida: 73 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 3.359 dólares/año (2.447 euros/año).

Contexto de intervención: conflicto armado.

Población asistida: víctimas de conflicto armado.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	3,16	22,62	25,78
Internacionales	4,02	3,53	7,55



Durante 2013, Cisjordania volvió a registrar un aumento de la violencia. Según la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU (OCHA), la cifra de palestinos heridos ha alcanzado las cotas más altas desde 2005; concretamente, el número de niños heridos se duplicó entre 2012 y 2013. El número de muertes también se incrementó en comparación con los últimos años.

Por el contrario, Gaza ha permanecido bastante estable gracias a la aplicación del acuerdo de paz firmado el año pasado. Sin embargo, al final de 2013, la situación de seguridad comenzó a deteriorarse de nuevo en la frontera entre Gaza e Israel.

Este aumento de la tensión en los Territorios puede explicarse en parte debido a las conversaciones de paz entre la Autoridad Palestina y el Gobierno de Israel que comenzaron en julio de 2013. Las negociaciones fueron promovidas por Estados Unidos como una nueva tentativa de llevar la paz a los Territorios, y como demostración de un cambio de visión sobre el conflicto en Oriente Próximo por parte de la Administración de Washington. Los negociadores se dieron como plazo hasta el 29 de abril de 2014; no obstante, una semana antes de esta fecha, Al Fatah y Hamás anunciaron un acuerdo de reconciliación, e Israel decidió suspender el proceso. Hasta ese momento, se había logrado la liberación de muchos prisioneros palestinos de las cárceles israelíes.

El diálogo entre Hamás y Al Fatah no había conseguido avances significativos durante 2013. No obstante, en la última parte del año, las delegaciones de las dos partes mantuvieron diferentes reuniones que finalmente llevaron al citado acuerdo de reconciliación. Hamás experimenta ciertas dificultades para mantener el control en Gaza después de haber perdido el apoyo de Egipto, cuyo nuevo gobierno, de hecho, les considera un grupo terrorista.

MSF sigue respondiendo a las necesidades sociales, médicas y psicosociales de los palestinos que han sufrido una exposición constante a la violencia: la población sufre a diario limitaciones o prohibiciones de movimiento, acceso restringido a los servicios básicos, entre ellos los de salud, castigos colectivos, demolición de viviendas, violencia de los grupos armados, detenciones arbitrarias, torturas y humillaciones de todo tipo. Todo ello tiene graves consecuencias en la salud mental de la población, y es aquí donde se centra el trabajo de MSF-E en los Territorios.

Los servicios de atención en salud mental proporcionados por la Autoridad Palestina siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades constantes de la población: estos servicios se ven lastrados por la falta de experiencia, por la escasez constante de financiación y de recursos, y por las restricciones de movimientos de los bienes y las personas impuesta por las autoridades israelíes.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	475.489,59	35,28
TPO, estudio sobre salud mental	28.601,22	2,12
Plan de preparación para emergencias	10.603,50	0,79
Hebrón y Jerusalén Este, asistencia psicosocial y médica	833.072,72	61,81
Total gastos	1.347.767,03	100,00
Financiaciones		
MSF Japón	685.587,96	50,87
MSF España	662.179,07	49,13
Total fondos privados	1.347.767,03	100,00
Total financiaciones	1.347.767,03	100,00

	Hebrón y Jerusalén Este	Asistencia médica y psicosocial a víctimas de violencia relacionada con el conflicto (israelo-palestino e intra-palestino)	
Localización	Hebrón y Jerusalén Este		
Población diana	804.977 personas		
Fechas de inicio y fin	Octubre de 2000 - Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Proveer asistencia psicosocial y médica y apoyo social a víctimas de la violencia relacionada con el conflicto		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Conflicto armado		
Coste del proyecto	833.072,72 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	9,92	3,53	
No sanitarios	12,7	—	

Las actividades de MSF siguieron enfocadas en la prestación de apoyo psicológico a la población afectada por la violencia relacionada con el conflicto. El año 2013 supuso la consolidación de la nueva estructura de proyecto y la reorientación ya definidas en 2012.

Esta nueva estrategia consiste en gestionar ambos proyectos (Jerusalén Este y Hebrón) bajo una coordinación única, lo que refuerza la normalización de los aspectos metodológicos, técnicos y estratégicos entre ambas ubicaciones. La implantación de una recogida de datos estándar y de un sistema de información mejorado, y el refuerzo de la identificación de la población objetivo, también ayudaron a consolidar los objetivos del proyecto.

A finales de 2013, se sistematizaron las actividades comunitarias de prevención. Dicha estrategia se basa en el desarrollo de actividades de educación psicosocial y sensibilización, y de incidencia política ante el Ministerio de Salud palestino; esta doble vertiente nos proporciona, por una parte, más oportunidades para detectar posibles pacientes con necesidades psicológicas no cubiertas, y por la otra, más visibilidad sobre el trabajo de MSF. También se reforzó la creación de nexos y redes con otras organizaciones que participan en actividades de salud mental y psicosocial, en especial en Jerusalén Este.

Los equipos realizaron unas 500 consultas de salud mental en grupo y casi 4.000 individuales. Un 97% de los pacientes atendidos en consulta individual tenían como factor desencadenante o de riesgo uno o más eventos relacionados con la violencia y con la pérdida o separación de seres queridos. Los diagnósticos más habituales fueron trastornos de ansiedad (56%), trastornos relacionados con el estado de ánimo (16%) y trastorno adaptativo (6%). El 40% de personas atendidas en consulta individual o familiar eran menores de 18 años.

Además, MSF proporcionó apoyo social a casi 270 personas, principalmente en el acceso a servicios de salud, y realizó 760 consultas externas, principalmente debido a la falta de acceso a los servicios médicos o a la falta de medicamentos en el Ministerio de Salud.

En el último trimestre de 2013, en el marco de la estrategia puesta en marcha en 2012, MSF empezó a estudiar más de cerca el sistema de salud mental del Ministerio de Salud en Hebrón, con el fin de detectar sus deficiencias y debilidades; en este sentido, la misión está estudiando la posibilidad de construir una estrategia de incidencia política que arranque un compromiso de mejora por parte de dicho Ministerio.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	760
Salud mental, consultas individuales	3.937
Salud mental, consultas en grupo	476

Yemen

MSF trabaja en Yemen desde 1994, y MSF-E desde 2007. Los otros centros operacionales presentes son MSF-F y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 160.

Esperanza de vida: 66 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.820 dólares/año (1.317 euros/año).

Contexto de intervención: inestabilidad interna.

Población asistida: víctimas de la violencia social y la exclusión sanitaria.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	31,35	67,42	98,77
Internacionales	8,91	8,76	17,67



Dos años después de la Primavera Árabe, la situación en Yemen en 2013 fue relativamente tranquila. Todas las facciones políticas se reunieron en el seno de la Conferencia de Diálogo Nacional (CDN), con el fin de consolidar la transición política y sentar las bases para la elaboración de una nueva Constitución que establezca un Estado federal y ponga fin a las pretensiones secesionistas de las regiones del sur. Rematarán el proceso un referéndum constitucional y unas elecciones presidenciales.

Pero 10 meses de reuniones no fueron suficientes para limar las asperezas entre las diferentes facciones, poco dispuestas a ceder parte de su poder. De hecho, cuando la Conferencia estaba a punto de terminar, surgieron conflictos armados regionales de carácter sectario y por motivaciones políticas, entre los Al Houti por un lado, y los salafistas y las tribus aliadas a Al Islah por el otro. El conflicto sigue especialmente activo en la capital, Saná.

Mientras tanto, ahora que en 2014 se conmemora el tercer aniversario de la Primavera Árabe, la población está pidiendo la disolución del actual gobierno y la formación de uno nuevo que alivie el sufrimiento del pueblo yemení, ya que los acontecimientos políticos no han provocado grandes cambios reales en su situación. La falta de acceso gratuito a la atención sanitaria primaria y secundaria sigue siendo un problema importante en todo el país, siendo la violencia y la inestabilidad política dos de los principales obstáculos. Además, la afluencia de migrantes africanos y el creciente número de yemeníes que están siendo deportados desde Arabia Saudí vienen a agravar la ya precaria situación.

En el distrito de Haradh, la mejora en el contexto llevó al cierre de las actividades de MSF en el Hospital de Habilain el 31 de enero de 2013; en octubre de 2012, también había comenzado el traspaso gradual del hospital de Al Mazraq de ese mismo distrito, lo que culminó con el cierre del proyecto en julio de 2013.

Por otra parte, se ha reanudado el programa de VIH/sida en Saná con idea de expandir las actividades a otras dos ciudades en 2014, y se ha iniciado un proyecto de salud mental en el centro de detención de migrantes de la capital.

Finalmente, en diciembre de 2013 se llevaba cabo una exploratoria en el distrito de Haradh.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	993.450,55	36,61
Saná, VIH/sida	368.032,39	13,77
Hajjah, asistencia a desplazados	1.125.887,85	42,11
Hospital de Habilain, asistencia médica	81.996,74	3,07
Saná, asistencia a migrantes	45.119,70	1,69
Plan de preparación para emergencias	46.037,09	1,72
Haradh, misión exploratoria	13.077,39	0,49
Total gastos	2.673.601,71	100,00
Financiaciones		
MSF Holanda	1.500.000,00	56,10
MSF España	1.173.601,71	43,90
Total fondos privados	2.673.601,71	100,00
Total financiaciones	2.673.601,71	100,00

	Hajjah	Apoyo a los servicios de salud para desplazados y población local en el distrito de Hajjah	
Localización	Ciudad de Hajjah, distrito de Hajjah		
Población diana	14.713 desplazados y población local de 43.563 personas		
Fechas de inicio y fin	Junio de 2010 - Julio de 2013		
Objetivo del proyecto	Dar apoyo a los servicios de salud para los desplazados y la población local en el distrito de Hajjah		
Tipo de población	Mixta: desplazados / población general		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	1.125.887,85 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	19,85	3,25	
No sanitarios	34,2	2,05	

La intervención, que comenzó en 2010, incluía evaluación y seguimiento nutricional de los desplazados internos, atención integral primaria y secundaria, salud mental y servicios de apoyo psicosocial, al tiempo que se incorporaban tanto las actividades de comunicación y sensibilización en la comunidad como las consultas de salud mental en el hospital.

En los campos de desplazados internos, tanto el Gobierno como Naciones Unidas y otros organismos internacionales han ido tomando medidas en los ámbitos de atención sanitaria, distribuciones alimentarias, programas nutricionales, agua y saneamiento, y reparto de artículos de abrigo y de primera necesidad. Por tanto, en diciembre de 2012, tras una evaluación que demostraba la mejora de los datos nutricionales, se cerraron los servicios de nutrición terapéutica intensiva y de consulta externa.

Durante los últimos seis meses de trabajo, el objetivo fue fortalecer las capacidades de las contrapartes que asumían el proyecto y, a través del equipo de Información, Educación y Comunicación (IEC), asegurar una comunicación efectiva y clara a la comunidad de las razones que han llevado a su cierre y a la salida de MSF.

El 30 de junio 2013, cerraban los servicios médicos de emergencias y hospitalización, de salud sexual y reproductiva y de salud psicosocial y mental. Hasta ese momento, se habían beneficiado de este trabajo cerca de 15.000 desplazados del campo de Al Mazraq y la población local de las comunidades de acogida de toda esa zona, en las áreas de Al Guful, Mustaba y la propia Al Mazraq.

El 31 de julio de 2013, cerró también el servicio de salud mental y apoyo psicosocial para los desplazados, lo que implicaba el cierre definitivo de las actividades de MSF-E en Haradh y Hajjah, de acuerdo con los planes y las prioridades operacionales.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	4.493
Hospitalizaciones	756
Cirugía	38
Malaria (total)	447
Malaria (confirmados)	447
Consultas prenatales (totales)	1.834
Consultas prenatales (nuevas)	1.475
Partos	356
Atención posnatal	236
Violencia sexual	3
Violencia directa	43
Víctimas de tortura	35
TB (total)	38
Kala azar	26
Sarampión (tratamiento)	48
Vacunación sarampión (rutina)	54
Meningitis (tratamiento)	12
Salud mental, consultas individuales	1.297
Salud mental, consultas en grupo	412

	Saná, VIH/sida	Proyecto de VIH/sida en Saná
Localización	Ciudad y distrito de Saná	

Población diana	4.139 personas VIH-positivas (beneficiarias directas)	
Fechas de inicio y fin	Enero de 2013 - Sin fecha de finalización determinada	
Objetivo del proyecto	Reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso a tratamientos de calidad para las personas con VIH/sida	
Tipo de población	Población general (personas con VIH/sida)	
Contexto	Inestabilidad interna	
Coste del proyecto	368.032,39 €	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitarios	4,41	2,29
No sanitarios	7,62	1,19

El de Saná no es un proyecto típico de MSF dentro de la atención a personas con VIH: de hecho, es la primera vez que MSF trabaja con pacientes de VIH en un contexto árabe y en un país de tan baja prevalencia (0,2%). Lo cierto es que el estigma asociado al virus es particularmente fuerte en Yemen, y puede enmascarar una prevalencia real más alta. En todo caso, según el Programa Nacional de Sida (NAP), entre 35.000 y 40.000 personas podrían estar infectadas con el VIH, de las cuales 15.000 necesitarían tratamiento antirretroviral.

En todo el país existe la necesidad de mejorar la prevención y los servicios de tratamiento, asegurar las reservas de medicamentos y mejorar la coordinación y aplicación del Plan del NAP. En el ámbito comunitario, es necesaria una mayor información, una mejora en el conocimiento de la enfermedad, habilitar más recursos, hacer que los servicios sean más accesibles, y trabajar para lograr una mayor aceptación de las personas con VIH.

MSF ha adaptado su *modus operandi* para proyectos de VIH, y trabaja en colaboración con el Programa Nacional de Ayudas, con el fin de aumentar la capacidad de los servicios de salud y empoderar a la comunidad para mejorar la situación de este grupo marginado. MSF no ha creado sus propios servicios, sino que trabaja dentro de los ya existentes, apoyándolos para que puedan atender mejor a las personas con VIH.

En todos los ámbitos (estatal, comunitario, familiar), el estigma y la discriminación ponen en peligro la aceptación de la enfermedad y, por tanto, el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento. Por esta razón, las actividades de promoción, incidencia política e IEC desempeñan un papel clave para el proyecto, así como la capacitación y mejora del conocimiento médico de la enfermedad por parte del personal sanitario. El objetivo es partir de la experiencia en Saná, una vez evaluados los resultados en su primer año, para llevar estos servicios a otros lugares del país.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
VIH (pacientes atendidos)	938
TAR 1ª línea (casos)	551
TAR 1ª línea (nuevos)	180
TAR 2ª línea	14

	Saná, migrantes	Salud mental para migrantes en el centro de detención de Saná	
Localización	Ciudad y distrito de Saná		
Población diana	10.907 personas		
Fechas de inicio y fin	Abril de 2013 - Sin fecha de finalización determinada		
Objetivo del proyecto	Mejorar el bienestar psicológico y aliviar los síntomas de los migrantes con sufrimiento psicológico, sobre todo los supervivientes de la violencia que están a la espera de su repatriación		
Tipo de población	Desplazados (migrantes)		
Contexto	Inestabilidad interna		
Coste del proyecto	45.119,70 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	1,34	—	
No sanitarios	—	—	

Yemen se encuentra en la ruta migratoria que llega a Arabia Saudí desde el Cuerno de África. Muchos habitantes de esta región, una de las más pobres del planeta, asocian a Arabia con la idea de oportunidades y futuro, debido a su desarrollo económico y a una tradición histórica de migración. Pero la afluencia continua y el tránsito de migrantes ha atraído a una red de traficantes que desean sacar buen provecho de esta ruta, que se ha acabado convirtiendo en una de las más peligrosas del mundo para quienes la emprenden. En abril de 2013, el Ministerio yemení de Defensa inició una campaña de deportación de los migrantes, enviándoles al centro de detención de Saná para repatriarlos desde allí.

Este centro pertenece a la Autoridad de Migración, Pasaportes y Naturalización (IPNA) y se encuentra dentro de sus edificios administrativos en la capital. Tiene una capacidad de 200 camas y cuenta con ocho salas de detención, una clínica y un edificio administrativo. En abril de 2013, antes incluso de que comenzara la campaña de deportación, el complejo ya acogía a más de 1.000 migrantes, lo que superaba con creces su capacidad y hacía insostenibles las condiciones de vida para los detenidos, que a veces permanecen semanas y hasta meses allí.

Cuando MSF empezó sus actividades (en abril de 2013), la duración de la intervención no estaba clara, ya que nadie tenía una idea concreta sobre cuándo y cómo iban a producirse las deportaciones. De hecho, ninguna de las organizaciones interesadas en dar apoyo a los migrantes tenía previstas actividades de apoyo psicológico. Por tanto, MSF inició sus actividades como intervención de emergencia, no tanto porque existiera una amenaza de muerte para los migrantes, sino por el valor de prestarles apoyo psicológico antes de que fueran devueltos a sus países.

El 12 de mayo, MSF negoció con las autoridades la posibilidad de abrir una sala de consultas para trabajar todos los días en el centro, y contrató a un psicólogo nacional, un médico y un intérprete.

La intervención se basa en sesiones de prevención (psico-educación), seguimiento de la salud psicológica de los migrantes, asesoramiento en grupo para los que presentan síntomas moderados, y consultas individuales para los casos más graves.

Actividades	
Indicadores cuantitativos	Total
Salud mental, consultas individuales	543
Salud mental, consultas en grupo	246

Zambia

MSF trabaja en Zambia desde 1999. MSF-E, presente desde 2004, era el único centro operacional que quedaba en el país; cerró su misión en septiembre de 2013.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 163.

Esperanza de vida: 49,4 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.358 dólares/año (985 euros/año).

Contexto de intervención: estable.

Población asistida: víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacionales	6,75	31,23	37,98
Internacionales	—	4,06	4,06



A pesar de que Zambia es el primer productor de cobre de África y un país relativamente estable, buena parte de su población vive por debajo del umbral de la pobreza (1,25 dólares, o 0,90 euros, al día). La previsión de crecimiento del Producto Interior Bruto para el periodo 2013–2017 es del 7,4 %, basada en la expectativa de obtener pingües beneficios del comercio de cobre. Zambia ha pasado en los últimos años de ser país de renta baja a ser país de renta media.

La primera intervención de MSF-E tenía como objetivo reducir la alta tasa de prevalencia del VIH – un 16% en 2007–, y se implantaron actividades para ampliar y mejorar el tratamiento y la atención a los pacientes. El segundo objetivo consistía en responder a los recurrentes brotes epidémicos que se registraban en el país, por ejemplo de cólera y sarampión.

En 2010, MSF inició un proyecto de salud sexual y reproductiva con un importante componente de investigación operacional en Luwingu, una zona rural aislada del norte del país. En colaboración con Épicentre, MSF intentó investigar tratamientos más efectivos para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH). En 2012, se concluyó que sería imposible alcanzar una muestra de pacientes suficiente para que el estudio fuera concluyente y este, por tanto, tuvo que suspenderse.

Desde finales de 2012, MSF inició un proceso gradual de reducción de actividades, para finalmente traspasar el proyecto al Ministerio de Salud en junio de 2013. La misión cerró definitivamente en septiembre.

No obstante, la Unidad de Emergencias realizará un seguimiento constante de la situación del cólera, endémico en el país, y de otras potenciales emergencias epidemiológicas.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	243.686,91	25,03
Luwingu, PTMH	710.580,16	72,99
Plan de preparación para emergencias	19.324,68	1,98
Total gastos	973.591,75	100,00
Financiaciones		
MSF España	973.591,75	100,00
Total fondos privados	973.591,75	100,00
Total financiaciones	973.591,75	100,00

	Luwingu	Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo (PTMH) y apoyo a los servicios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales	
Localización	Distrito de Luwingu		
Población diana	138.996 mujeres en edad reproductiva		
Fechas de inicio y fin	Junio de 2010 - Junio de 2013		
Objetivo del proyecto	Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo y apoyar los servicios de salud sexual y reproductiva		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Estable		
Coste del proyecto	710.580,16 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	10,72	2,11	
No sanitarios	20,51	1,95	

Durante 2013, la prioridad fue el traspaso gradual de las actividades al Ministerio de Salud y otros actores. Para ello, se puso especial énfasis en la cualificación del personal. Como resultado del trabajo de MSF, el distrito dispone ahora de más personal sanitario formado en sus centros de salud. En efecto, en junio de 2010, solo había un profesional cualificado en todo el distrito; para agosto de 2013, ya eran 13, repartidos entre diferentes centros (ocho enfermeras, un oficial clínico y cuatro funcionarios de salud ambiental).

Asimismo, se reforzó el sistema de referencia al hospital de distrito mediante la donación de una ambulancia; se mejoró la adherencia de los pacientes al tratamiento antirretroviral, gracias al trabajo con los grupos de apoyo y asesoramiento; y se incrementaron las consultas de atención obstétrica en el hospital, con la presencia de un ginecólogo.

Asimismo, MSF colaboró estrechamente con la comunidad: al final del proceso, han quedado 74 personas a cargo de las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC), que trabajarán en la identificación de pacientes y el contacto con las parteras tradicionales.

Otras actividades importantes fueron el apoyo a las farmacias de los centros de salud y al laboratorio del hospital, así como las tareas de incidencia ante las autoridades locales a favor de la descentralización de servicios, como forma de mejorar el acceso a la salud.

En el ámbito logístico, MSF rehabilitó las estructuras de los centros de salud, con especial énfasis en el área de agua y saneamiento y en las salas de parto y de espera para las embarazadas. MSF donó a las comunidades unas bicicletas con carro llamadas *zambulances*, que habían servido para trasladar a las mujeres embarazadas a los centros de salud.

El proyecto tuvo un impacto positivo en la población de Luwingu, al mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los indicadores de salud del distrito, los peores de la región, pasaron a ser los mejores, destacando un mejor acceso de las mujeres al seguimiento prenatal de calidad, y unos índices de seguimiento durante el parto que pasaron del 27% en 2010 al 89% en 2013.

Todavía quedan pendientes algunos desafíos, por ejemplo que el Ministerio de Salud asigne personal a esta área tan remota y asegure su permanencia en sus puestos.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	7.407
Cirugía	59
Consultas prenatales (totales)	4.053
Consultas prenatales (nuevas)	1.797
Partos	769
Atención posnatal	381
Violencia sexual	6
Prevención de la transmisión vertical (madres)	29
Prevención de la transmisión vertical (hijos)	24

Zimbabue

MSF trabaja en el país desde 2000, y MSF-E desde 2001. Los otros centros operacionales presentes son MSF-B y MSF-H.

Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 172.

Esperanza de vida: 52,7 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 424 dólares/año (306 euros/año).

Contexto de intervención: estable.

Población asistida: víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacionales	43,42	147,27	3,3	193,99
Internacionales	5,04	5,55	—	10,59

En 2013, y a pesar de que los datos generales de los últimos años indican que el VIH y la coinfección con tuberculosis (TB) están retrocediendo en Zimbabue, la situación sigue siendo preocupante, y todavía queda mucho por hacer. La prevalencia nacional es del 14%, y se estima que actualmente hay un millón de adultos y 150.000 niños con VIH.

La falta de liquidez, el hastío de la comunidad internacional, el mantenimiento de parte de las sanciones, los costes asociados al empleo y un reducido Producto Nacional Bruto siguen siendo impedimentos para las inversiones estratégicas a largo plazo y para el refuerzo general del sistema público.

Al mismo tiempo, los avances en el control de la pandemia de VIH han sido posibles por el trabajo conjunto de los actores nacionales e internacionales y la disposición de fondos, sobre todo externos. No obstante, aunque las capacidades y recursos del Ministerio de Salud han crecido, siguen siendo insuficientes. En la actualidad, la mayor parte de las barreras que obstaculizan el acceso a la atención médica pueden vincularse a la falta de recursos.

Por ejemplo, el acceso a tratamiento para el VIH, la TB y la TB multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) tiene que implantarse todavía más en el ámbito comunitario. Tanto en Tsholotsho como en Beitbridge, MSF ayuda a introducir modelos de tratamiento descentralizados y adaptados a la realidad de los pacientes: esto les permite recibir tratamiento a domicilio o cerca de sus casas, en lugar de hacerlo en estructuras centralizadas (y lejanas) a las que les resulta difícil acceder.

MSF también ha optado por la simplificación de los tratamientos (a través de la mejora en los medicamentos) y de los diagnósticos, y el seguimiento de los pacientes. En Tsholotsho, se optó desde el principio por la integración de las actividades con el Ministerio de Salud para evitar duplicidades y facilitar el futuro traspaso.

Después de 13 años en el país, MSF-E ha iniciado un proceso progresivo de reducción de actividades, que culminará a finales de 2014 con el cierre de la misión.

Datos financieros		
	en euros	%
Gastos		
Coordinación general	1.597.681,12	30,52
Tsholotsho, VIH/sida	1.859.840,67	35,52
Beitbridge, VIH/sida	1.723.949,05	32,93
Plan de preparación para emergencias	54.102,27	1,03
Total gastos	5.235.573,11	100,00
Financiaciones		
Ministerio noruego de Asuntos Exteriores	372.717,11	7,12
Total fondos institucionales	372.717,11	7,12
MSF Estados Unidos	2.362.750,74	45,13
MSF Holanda	400.000,00	7,64
MSF España	2.100.105,26	40,11
Total fondos privados	4.862.856,00	92,88
Total financiaciones	5.235.573,11	100,00

	Tsholotsho	Reducción de la transmisión del VIH e incremento del acceso a tratamiento de la población	
Localización	Distrito de Tsholotsho		
Población diana	130.893 personas		
Fechas de inicio y fin	Julio de 2007 - Noviembre de 2014		
Objetivo del proyecto	Reducir la transmisión del VIH y mejorar el acceso a tratamiento para la población		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Estable		
Coste del proyecto	1.859.840,67 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	30,28	2,29	
No sanitarios	46,75	0,45	

MSF ofrece un programa de atención integral a los pacientes VIH positivos en Tsholotsho. Desde el principio, el componente de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo (PTMH) ha sido básico para controlar la transmisión del virus entre los más pequeños, a pesar de las dificultades experimentadas con unos padres poco comprometidos. Con el fin de hacer frente a este problema, durante 2013 se llevó a cabo un programa para implicarles más a través de equipos de

apoyo de la comunidad, actividades que se repitieron también con las madres. En el ámbito logístico, el equipo ha llevado a cabo rehabilitaciones en todas las clínicas donde MSF está trabajando.

Después de 13 años de trabajo en colaboración con las autoridades del distrito, el de Tsholotsho es un proyecto maduro, y se ha iniciado un proceso de traspaso a las autoridades locales que culminará en noviembre de 2014. Desde octubre de 2013, ya está en marcha un comité de traspaso que involucra a todas las autoridades del distrito y que se reúne cada mes.

En todo este tiempo, MSF ha conseguido acercar los servicios de salud a las personas VIH-positivas que viven en zonas remotas, y ha reforzado los servicios del hospital de referencia. Como resultado, se ha conseguido dar asistencia a casi todas las personas VIH-positivas del distrito.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Violencia sexual	25
VIH (pacientes atendidos)	10.343
TAR 1ª línea (casos)	10.303
TAR 1ª línea (nuevos)	1.618
TAR 2ª línea	40
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	771
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	656
TB (total)	421
TB-MDR	18

	Beitbridge	Prevención y tratamiento del VIH y la tuberculosis en poblaciones vulnerables y de riesgo	
Localización	Distrito de Beitbridge		
Población diana	20.533 personas		
Fechas de inicio y fin	Noviembre de 2010 - Diciembre de 2013 (cierre forzado)		
Objetivo del proyecto	Promover la prevención y tratamiento del VIH y la TB en el distrito de Beitbridge con énfasis en los grupos más vulnerables: huérfanos, trabajadoras del sexo, migrantes supervivientes de la violencia sexual y de género		
Tipo de población	Población general		
Contexto	Estable		
Coste del proyecto	1.723.949,05 €		
Recursos humanos	Nacional	Internacional	
Sanitarios	28,57	2,81	
No sanitarios	41,66	—	

En junio de 2013, un mes antes de las elecciones generales, cuatro miembros del equipo de MSF (el coordinador de terreno y su predecesor en el cargo, el logista y la administradora) fueron acusados por las autoridades del distrito de realizar actividades fuera de las establecidas en el acuerdo de colaboración con el Ministerio de Salud, y fueron expulsados del distrito.

A pesar de los esfuerzos de negociación en todas las esferas, no fue posible reconducir la situación: el 31 de diciembre de 2013, el proyecto cerró abruptamente. Dicho cierre no fue decisión de MSF, aunque oficialmente el mensaje fue que la suspensión de las actividades se debía a la expiración del acuerdo con el Ministerio.

En el momento del cierre, las actividades incluían el apoyo a más de 5.000 pacientes que habían iniciado el tratamiento en antirretrovirales, con especial atención a los grupos más vulnerables, como huérfanos, migrantes y trabajadoras sexuales.

A consecuencia del cierre, la carga de la atención de los pacientes recayó enteramente en el Ministerio de Salud, y hay dudas justificadas acerca de su capacidad de absorción de un número tan alto de pacientes, al no haber tenido tiempo de hacer un traspaso adecuado. En este sentido, MSF ha intentado traspasar las actividades a otros actores, pero, en el momento de redactar este informe, ninguna de estas estrategias había tenido éxito.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Violencia sexual	2
VIH (pacientes atendidos)	5.142
TAR 1ª línea (casos)	5.118
TAR 1ª línea (nuevos)	2.013
TAR 2ª línea	24
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	521
Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)	486
TB (total)	848
TB-MDR	5

Datos estadísticos

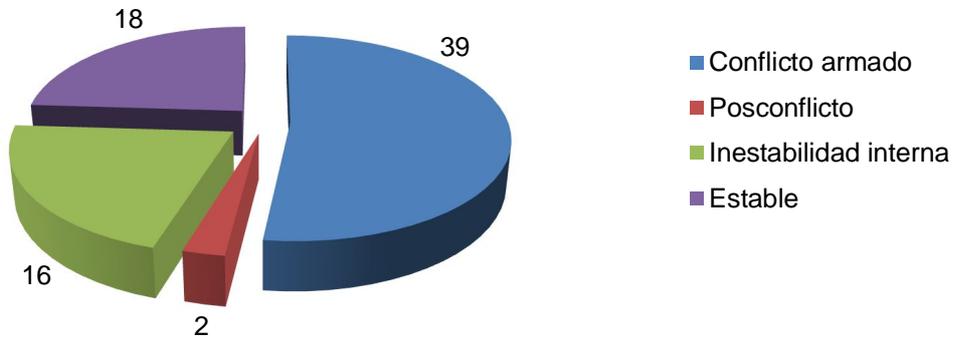
En este apartado se presentan datos estadísticos para complementar la información sobre los proyectos de MSF-E en 2013. La media de datos sobre gasto, duración de proyecto o recursos humanos se obtienen en función de las características de los proyectos.

No obstante, se deben de tener en cuenta algunos aspectos a la hora de valorar esta información:

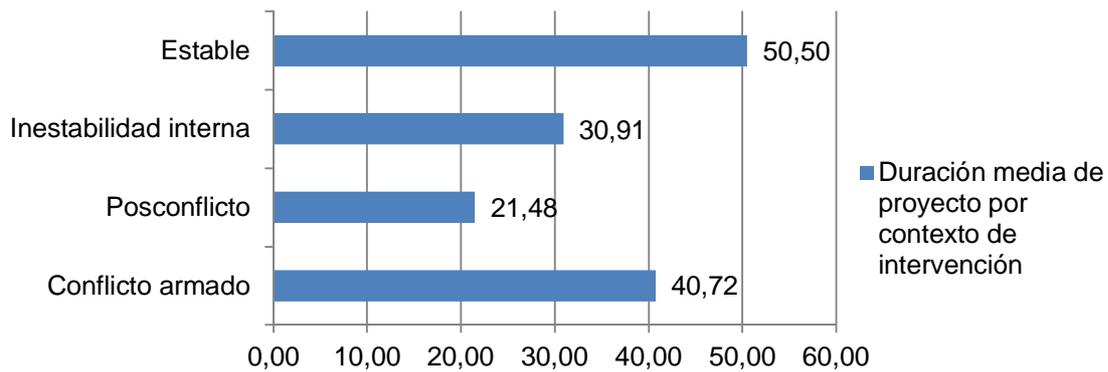
- no se incluyen en el análisis el personal, los gastos de las capitales, las misiones exploratorias, las bases ni los planes de preparación para respuesta a emergencias; las cifras se derivan exclusivamente de la información de los proyectos en terreno.
- los proyectos se han clasificado por acontecimientos que afectan a la población y motivan la intervención, por tipo de contexto y por tipo de población, siguiendo el criterio de MSF internacional.

1. Contextos de intervención

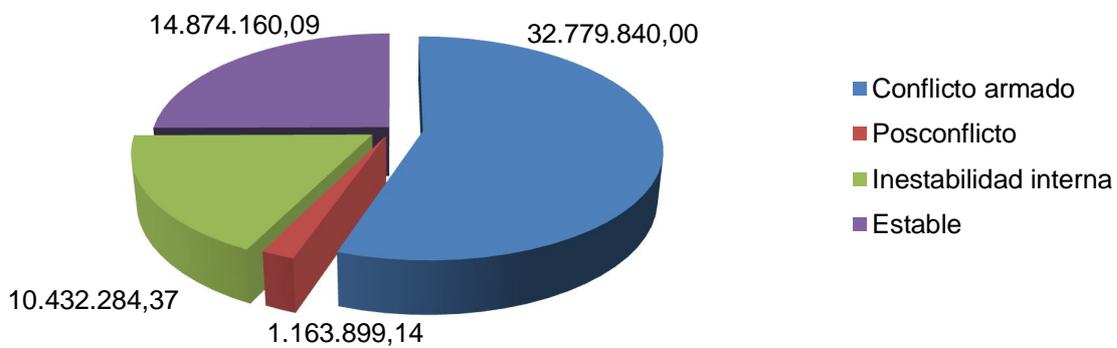
Número de proyectos



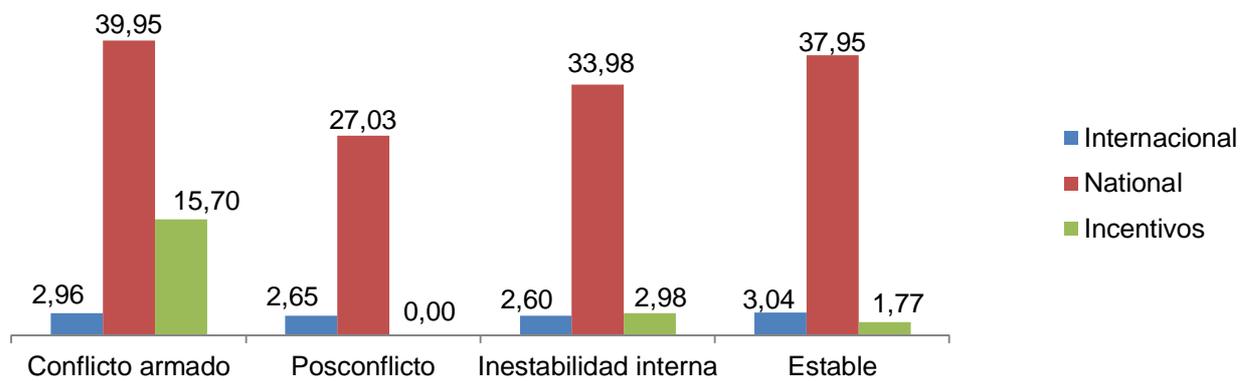
Duración media de los proyectos (meses)



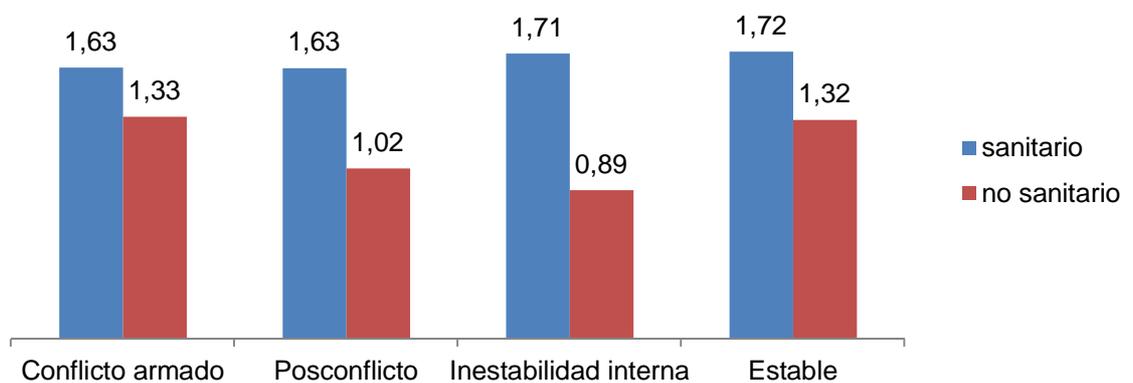
Gasto total (euros)



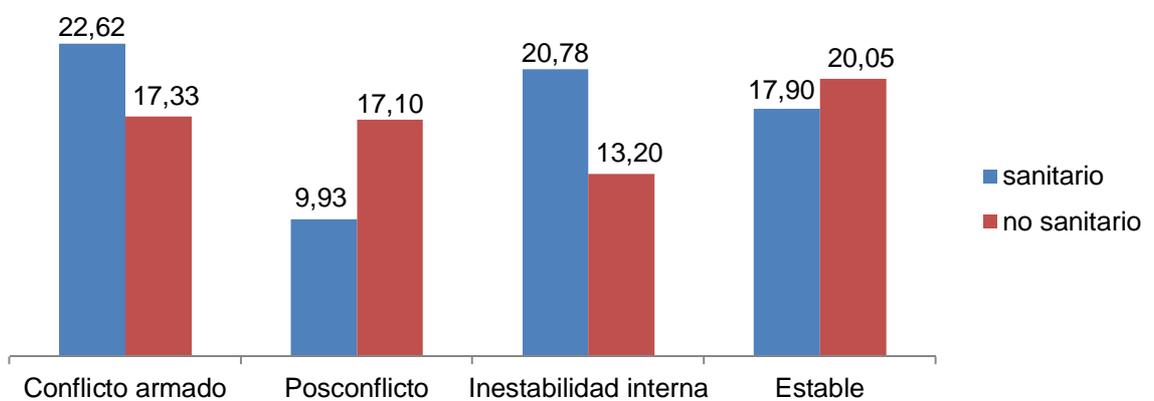
Media de FTE internacional, nacional e incentivos



Media de FTE internacionales

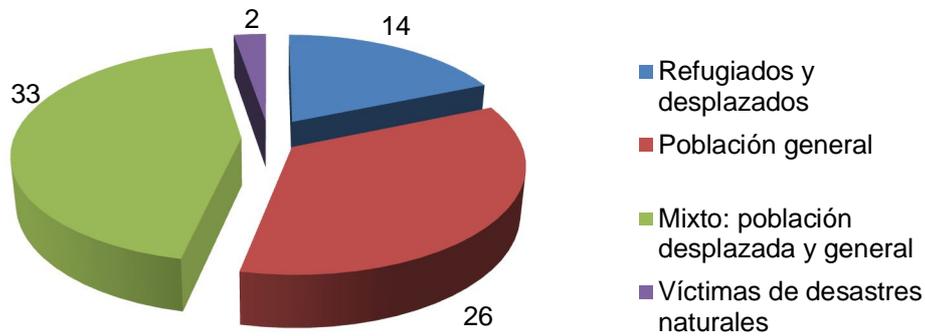


Media de FTE nacionales

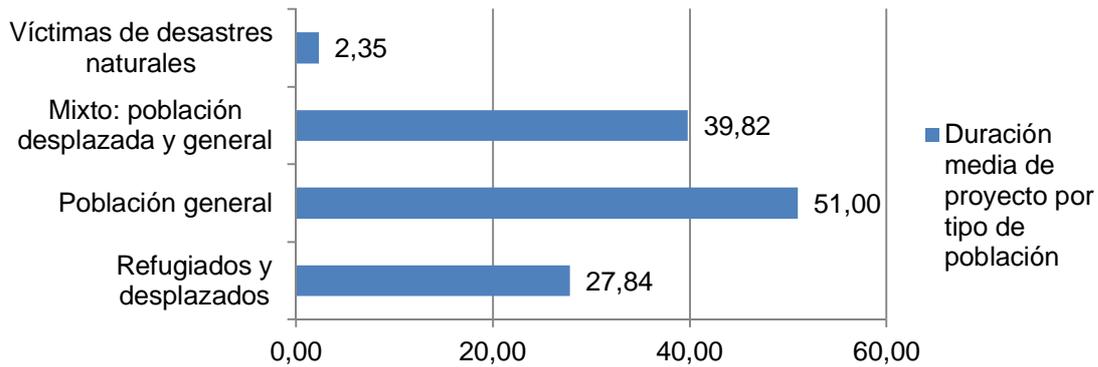


2. Tipo de población

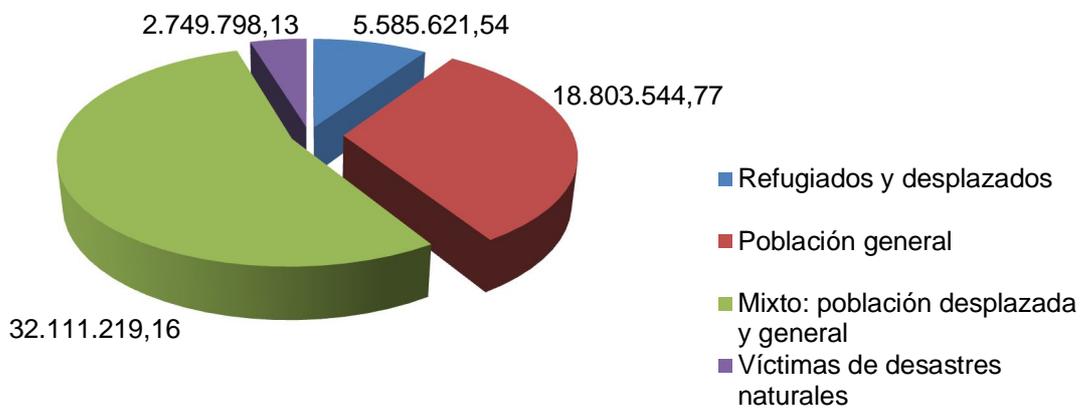
Número de proyectos



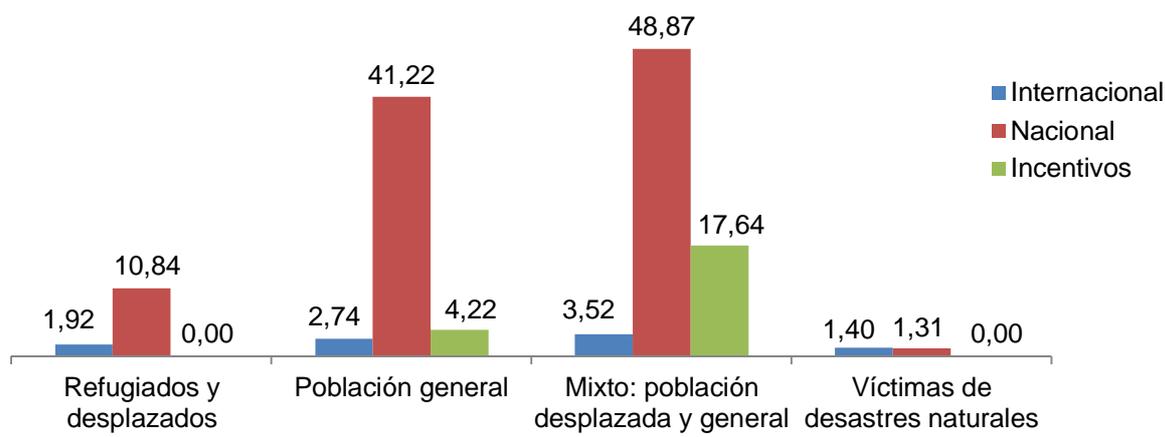
Duración media de proyecto (meses)



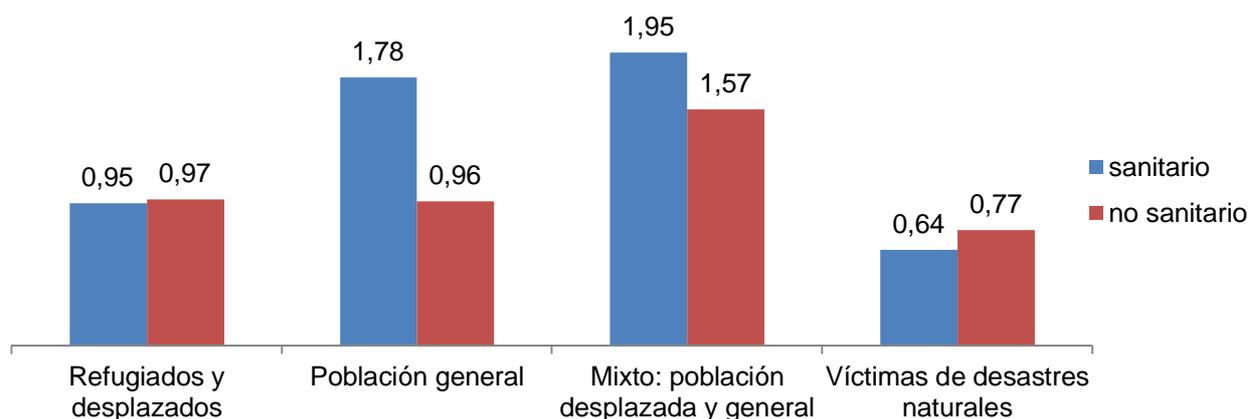
Gasto total (en euros)



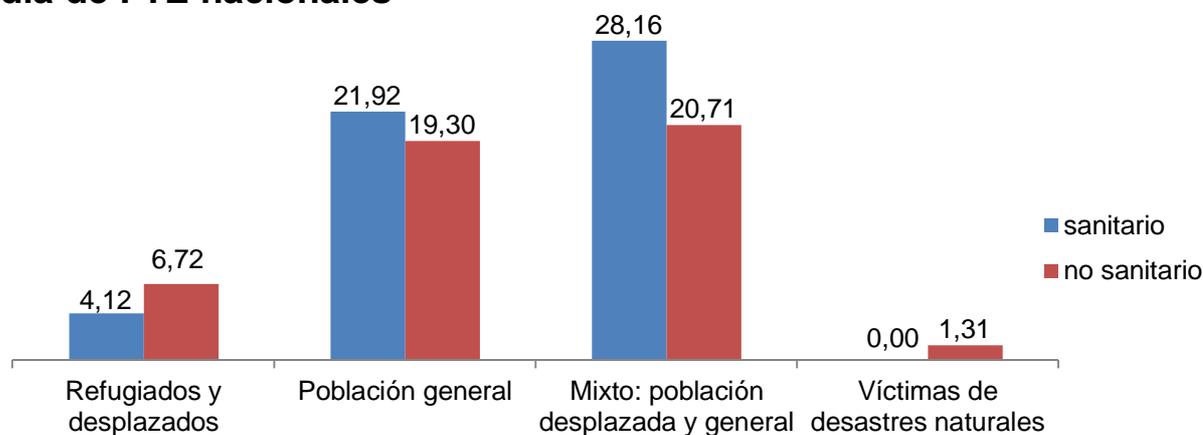
Media de FTE internacional, nacional e incentivos



Media de FTE internacionales

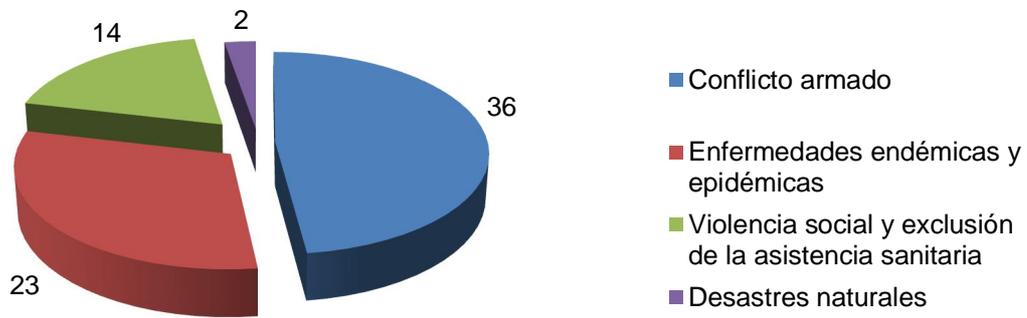


Media de FTE nacionales

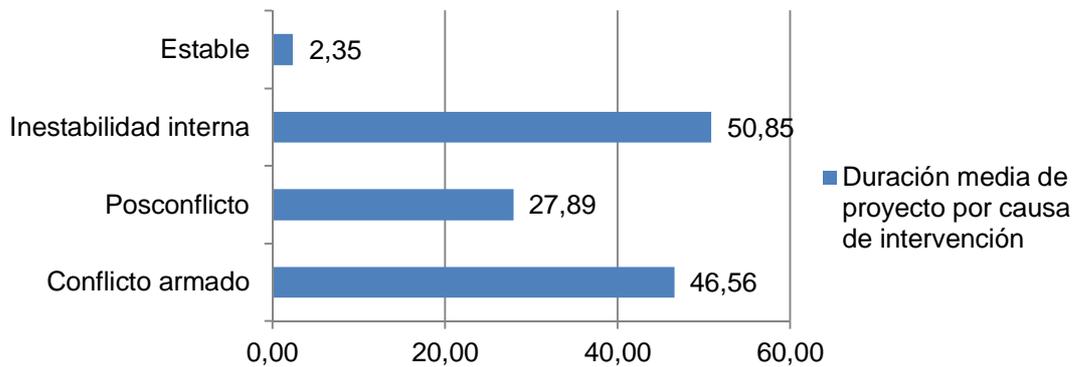


3. Causa de intervención

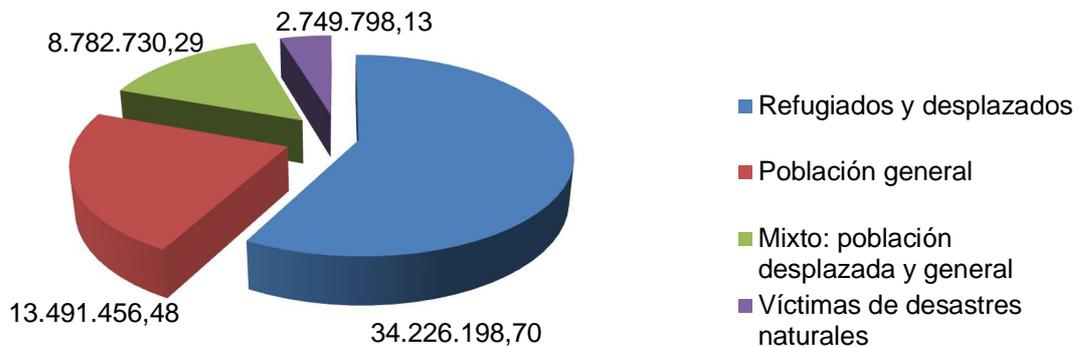
Número de proyectos



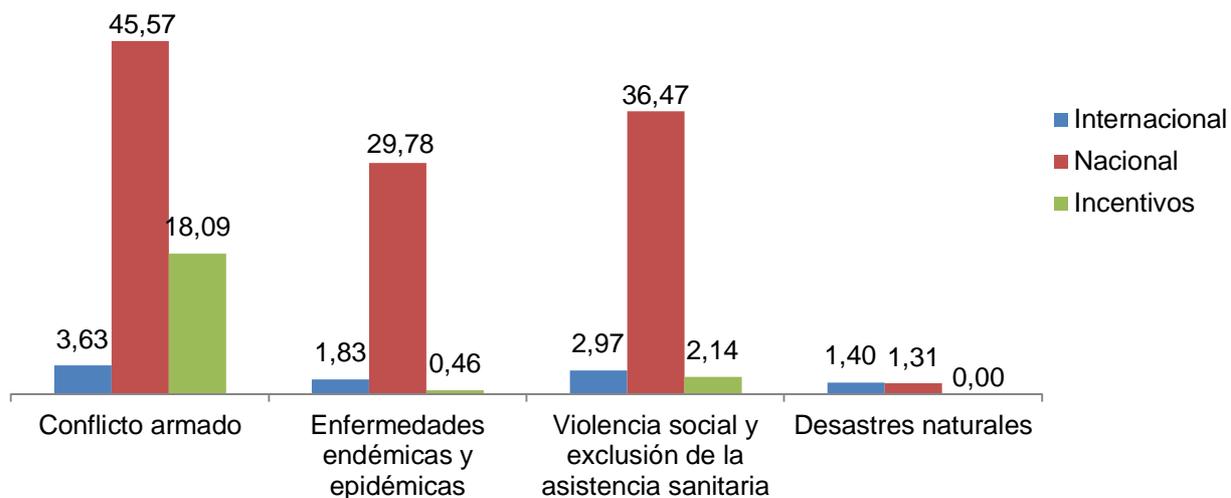
Duración media de los proyectos (meses)



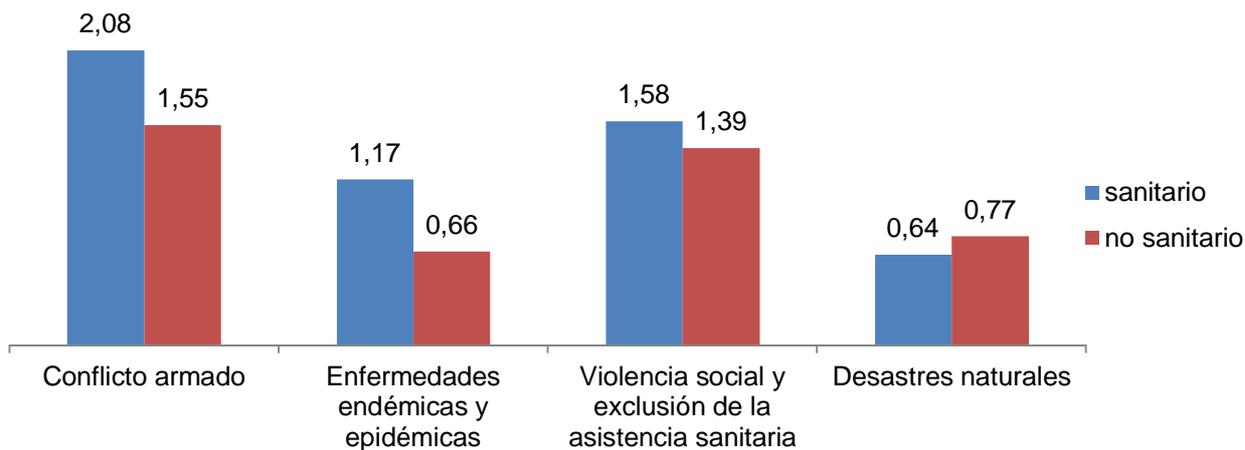
Gasto total (euros)



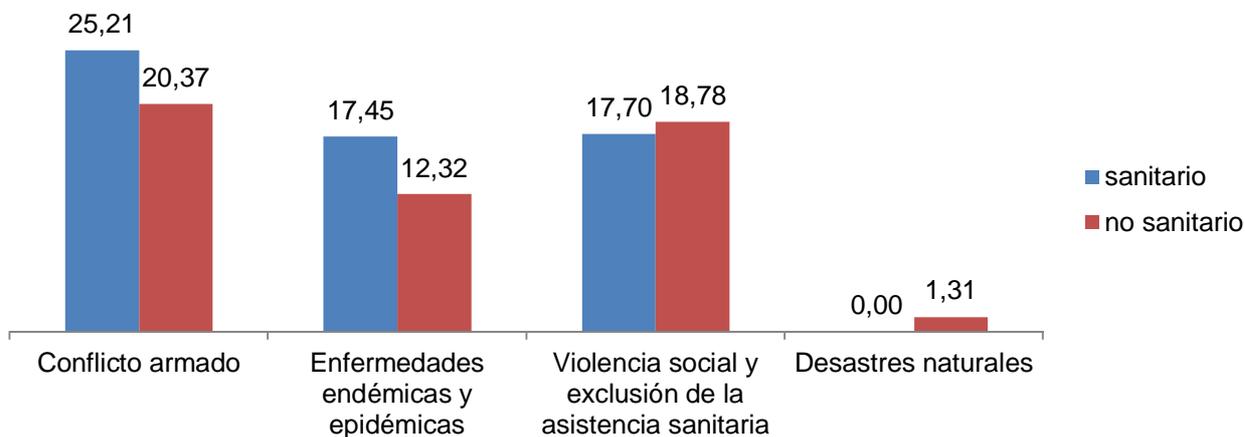
Media de FTE internacional nacional e incentivos



Media de FTE internacionales



Media de FTE nacionales



Glosario

Las páginas de este informe dedicadas a la descripción de las misiones y proyectos de MSF-E en diferentes países incluyen una serie de tablas. A continuación se detalla el significado de algunos de los términos utilizados en ellas.

1. Información introductoria sobre las misiones

Centros Operacionales de MSF:

- **MSF-E:** MSF España o Centro Operacional Barcelona-Atenas (OCBA)
- **MSF-B:** MSF Bélgica o Centro Operacional Bruselas (OCB)
- **MSF-CH:** MSF Suiza o Centro Operacional Ginebra (OCG)
- **MSF-F:** MSF Francia o Centro Operacional París (OCP)
- **MSF-H:** MSF Holanda o Centro Operacional Ámsterdam (OCA)

Índice de Desarrollo Humano (IDH): clasificación de países según el *Informe sobre Desarrollo Humano 2013*, publicado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El IDH es un índice compuesto que mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: vida larga y saludable, conocimientos, y nivel de vida digno. La clasificación de 2013 consta de 187 países, siendo el número 1 el país con mejor índice de desarrollo, y el 187, el país con peor índice.

Contexto de intervención: la clasificación utilizada es la de MSF Internacional. Para cada caso se ha seleccionado la categoría que mejor describe la situación en la zona.

1. **Conflicto armado:** áreas donde existe un conflicto armado o donde lo hubo en los 12 meses anteriores
2. **Posconflicto:** situaciones en las que el conflicto armado acabó en los 24 meses anteriores y que deben ser revisadas tras este período para comprobar que la clasificación sigue siendo pertinente
3. **Inestabilidad interna:** situaciones de colapso político o económico. Incluye situaciones en las que el nivel de violencia no ha alcanzado la intensidad de un conflicto armado
4. **Estable**

Población asistida: la clasificación utilizada para el resumen de la misión ha sido la de MSF Internacional sobre acontecimientos que han afectado a la población y el objetivo de la intervención de MSF:

1. **Víctimas de conflicto armado:**
 - a) Violencia directa contra la población civil; implica que la intervención de MSF ofrece atención médico-quirúrgica o psicológica.
 - b) Refugiados y desplazados internos; implica que MSF les proporciona asistencia directa.
 - c) Ruptura de los sistemas de salud debido a un conflicto; implica que la intervención se basa en el trabajo de los equipos en estructuras de salud y/o hospitales.
 - d) Crisis nutricionales provocadas por un conflicto; implica una intervención basada en centros nutricionales terapéuticos hospitalarios o ambulatorios y otras ayudas alimentarias.
2. **Poblaciones afectadas por enfermedades endémicas o epidémicas:** la intervención se basa esencialmente en atención médica a las personas afectadas por estas enfermedades.
3. **Poblaciones afectadas por violencia social y exclusión del sistema sanitario:** la población sufre violencia social o exclusión de la atención sanitaria debido a su estatus: minorías, detenidos, trabajadores sexuales, niños de la calle, usuarios de drogas, etc. La intervención de MSF procura aliviar su sufrimiento diario, mediante actividades médicas, psicológicas o de otro tipo. Esta categoría incluye proyectos de acceso a la salud, proyectos que responden a los *desiertos sanitarios*, proyectos de recuperación de costes (a favor o en contra), etc.
4. **Poblaciones afectadas por desastres naturales:** implica cualquier tipo de intervención de MSF, incluyendo materiales de primera necesidad.

RRHH / Recursos humanos: recoge el criterio utilizado por MSF Internacional de acuerdo con el equivalente a tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés), que mide la mano de obra en un proyecto durante un período de tiempo determinado, de forma que 1 FTE supone que se requiere un recurso a tiempo completo durante un año entero (1 persona a tiempo completo o varias sumando entre todas el equivalente a tiempo completo). Por ejemplo, 0,5 FTE significaría un recurso al 50% del tiempo durante un año entero.

La información sobre **recursos humanos internacionales** (trabajadores contratados que se desplazan a otro país o expatriados) se calcula sobre el número total de puestos cubiertos en 2013 en FTE; no incluye puestos vacantes. La información sobre **recursos humanos nacionales** (trabajadores contratados localmente) tampoco incluye puestos vacantes ni los recursos humanos nacionales sanitarios de los ministerios de Salud que trabajan en nuestros proyectos mediante acuerdos de colaboración.

2. Fichas de proyectos

- **Población diana:** sector de población al que se dirige un proyecto de MSF.
- **Tipo de población:** la clasificación utilizada ha sido la de MSF Internacional. Para cada caso se ha seleccionado la categoría que mejor describe la situación en la zona.
 1. **Desplazados:** mayoritariamente refugiados o desplazados internos (80%)
 2. **Población general:** mayoritariamente población local no desplazada (80%)
 3. **Mixta: desplazados / población general:** población local y desplazada
 4. **Víctimas de desastres naturales:** poblaciones víctimas de desastres naturales, incluidos desplazados internos o refugiados
- **Contexto:** ver más arriba.
- **Gastos por proyecto:** recoge los gastos reales en euros de cada proyecto por año completo. Los datos económicos facilitados en este informe no son los finales, por lo que puede haber una ligera variación respecto a los auditados. No obstante, los datos reflejados en este documento dan una aproximación de los gastos reales por proyecto.
- **Recursos humanos:** ver más arriba.

3. Actividades: indicadores cuantitativos

Estos indicadores se han establecido de acuerdo con los criterios de MSF Internacional. Todos ellos se refieren al periodo que cubre este informe: año 2013.

- **Apoyo nutricional selectivo:** número total de pacientes que han recibido apoyo nutricional específico (VIH, tuberculosis, etc.). En inglés: *targeted nutritional support*.
- **Artículos de primera necesidad:** número total de familias receptoras de distribuciones de artículos de primera necesidad. Las familias deben ser consideradas como receptores individuales.
- **Atención posnatal:** número total de mujeres a las que se ha realizado al menos un control posnatal en las seis semanas siguientes al parto.
- **Chagas:** número total de nuevas admisiones para tratamiento de Chagas realizadas.
- **Cirugía:** número total de intervenciones de cirugía mayor realizadas, es decir intervenciones que requieren anestesia general o espinal, incluida cirugía obstétrica.
- **CNS (centro de nutrición suplementaria):** número total de niños con desnutrición moderada atendidos en centros de nutrición suplementaria. En inglés: *supplementary feeding centre (SFC)*.
- **CNT (centro de nutrición terapéutica) ambulatorio:** número total de niños con desnutrición severa no complicada atendidos en centros de nutrición terapéutica en régimen ambulatorio. En inglés: *ambulatory therapeutic feeding centre (ATFC)*.
- **CNT (centro de nutrición terapéutica) hospitalario:** número total de niños con desnutrición severa complicada atendidos en centros de nutrición terapéutica en régimen hospitalario. En inglés: *inpatient therapeutic feeding centre (ITFC)*.
- **Cólera:** número total de casos de cólera tratados en centros de tratamiento de cólera (CTC y con sales de rehidratación oral).
- **Consultas externas:** número total de consultas externas realizadas. Incluye consultas de planificación familiar y control prenatal. No incluye programas verticales (VIH, tuberculosis), vacunaciones (de rutina y masivas) y sesiones de asesoramiento psicológico.
- **Consultas prenatales (nuevas):** número total de mujeres que acudieron a consulta prenatal por primera vez durante el embarazo en curso.
- **Consultas prenatales (totales):** número total de consultas prenatales, incluyendo las nuevas y los seguimientos.

- **Distribución de agua:** número total de litros de agua clorada distribuida por MSF. Excluye las estructuras de salud y las casas del personal de MSF.
- **Distribución general de alimentos:** número total de raciones familiares mensuales distribuidas a toda la población. En inglés: *general food distribution* (GFD).
- **Distribución selectiva de alimentos:** número total de raciones individuales mensuales para una población determinada (niños, población vulnerable). En inglés, *blanket feeding*.
- **Fiebre amarilla:** número total de casos de fiebre amarilla tratados.
- **Fiebre hemorrágica:** número total de casos de fiebre hemorrágica tratados (excepto fiebre amarilla).
- **Hepatitis E:** número total de casos de hepatitis E tratados.
- **Hospitalizaciones:** número total de pacientes hospitalizados. Incluye pacientes admitidos en CNT hospitalario. No incluye pacientes admitidos en centro de tratamiento de cólera (CTC), CNT ambulatorio y CNS.
- **Kala azar:** número total de nuevas admisiones para tratamiento de kala azar.
- **Malaria (total):** número total de casos de malaria tratados.
- **Malaria (confirmados):** número total de casos confirmados (con pruebas rápidas o en laboratorio).
- **Meningitis (tratamiento):** número total de casos de meningitis tratados.
- **Partos:** número total de partos atendidos (no de número de nacidos). Incluye cesáreas.
- **PTMH / Prevención transmisión vertical (hijos):** número total de niños nacidos, en estructuras apoyadas por MSF, que recibieron profilaxis ARV posexposición. También puede expresarse como porcentaje.
- **PTMH / Prevención transmisión vertical (madres):** número total de mujeres VIH-positivas que dieron a luz en estructuras apoyadas por MSF tras recibir tratamiento ARV o tratamiento para la PTMH. También puede expresarse como porcentaje.
- **Salud mental, consultas individuales:** número total de consultas individuales realizadas (excepto asesoramiento para diagnóstico voluntario y adherencia al tratamiento del VIH).
- **Salud mental, consultas en grupo:** número total de sesiones de grupo de asesoramiento o apoyo realizadas (excepto asesoramiento para diagnóstico voluntario y adherencia al tratamiento del VIH).
- **Saneamiento:** número total de nuevas letrinas construidas. Excluye el mantenimiento de letrinas y las construidas dentro de estructuras médicas.
- **Sarampión (tratamiento):** número total de casos de sarampión tratados.
- **TAR 1ª línea (casos):** número total de pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR) de primera línea en estructuras apoyadas por MSF al final del período. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **TAR 1ª línea (nuevos):** número total de nuevos pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR) en estructuras apoyadas por MSF al final del período. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **TAR 2ª línea:** número total de pacientes que siguen en tratamiento antirretroviral (TAR) de segunda línea al final del período. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **TB (total):** número total de casos de tuberculosis (TB) atendidos. Incluye pacientes con TB-MDR y a coinfectados con VIH y TB.
- **TB-MDR:** número total de casos de tuberculosis multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) atendidos.
- **THA:** número total de nuevas admisiones para tratamiento de tripanosomiasis humana africana (THA, enfermedad del sueño).
- **Vacunación fiebre amarilla (brote):** número total de vacunaciones de fiebre amarilla en respuesta a un brote epidémico.
- **Vacunación fiebre amarilla (rutina):** número total de vacunaciones de fiebre amarilla realizadas.
- **Vacunación meningitis (brote):** número total de vacunaciones de meningitis en respuesta a un brote epidémico.
- **Vacunación sarampión (brote):** número total de vacunaciones de sarampión en respuesta a un brote epidémico.
- **Vacunación sarampión (rutina):** número total de vacunaciones rutinarias de sarampión realizadas.
- **VIH:** número total de pacientes con VIH atendidos en estructuras apoyadas por MSF al final del período. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **Víctimas de tortura:** número total de casos de tortura que recibieron tratamiento médico o quirúrgico.
- **Violencia directa:** número total de intervenciones médicas y quirúrgicas por violencia directa. No incluye accidentes de tráfico, heridas accidentales, violencia sexual o psicológica (ver otras categorías).
- **Violencia sexual:** número total de casos de violencia sexual que recibieron tratamiento médico.