

# MSF84

Julio 2010  
Médicos Sin Fronteras  
Mugarik Gabeko Medikak  
Metges Sense Fronteres  
Médicos Sen Fronteiras



La revista que te  
informa de las acciones  
que tú haces posibles



## Memoria 2009 Retos, dilemas, logros y fracasos de nuestra acción

# Sumario

Por **Aitor Zabalgogezkoa**,  
Director General MSF España

# Resumen del año 2009

- 2 Resumen del año 2009**
- 6 Proyectos MSF 2009**
- 8** Resumen de operaciones 2009
- 9** Glosario de indicadores
- 10** Bolivia, Colombia, El Salvador
- 11** Etiopía, Grecia, India
- 12** Indonesia, Kenia, Liberia
- 13** Marruecos, Níger, Nigeria
- 14** Perú, República Centroafricana, República Democrática del Congo
- 15** Siria, Somalia, Sudán (Darfur)
- 16** Sur de Sudán, Territorios palestinos, Uganda
- 17** Yemen, Zambia, Zimbabue
- 18 2009 en píldoras**
- 20 Darfur, siempre en la lista de los más violentos**
- 22 VIH/sida: la experiencia de MSF en Busia**
- 24 Apoyo social**
  - Socios y donantes particulares
  - Empresas y entidades colaboradoras
- 26 Testimonio e incidencia política por los enfermos olvidados**
- 28 Emergencias: retos y respuestas**
- 30 Finanzas 2009**
  - Informe de auditoría
  - Gastos e ingresos
  - Equilibrios financieros y cuenta de resultados
  - Ingresos por financiador
  - Gastos por naturaleza del gasto
  - Gastos por tipo de proyecto y por país
  - Cuentas combinadas de MSF internacional 2009

**T**ras hacer balance de nuestra actividad en 2009 ante la Asamblea General anual, es el momento de hacer balance también ante los socios de Médicos Sin Fronteras (MSF), que son nuestro apoyo más sólido y constante. Por desgracia, hay frases que resultan difíciles de eliminar de este informe anual: salen año tras año. Y es que hay situaciones que no cambian o sólo cambian a peor para algunas comunidades y poblaciones. En estas páginas vamos a presentaros lo más importante de las intervenciones del año pasado, mostraros el esfuerzo, la ilusión, los aciertos y también los errores. A grandes rasgos, los retos, dilemas, logros y fracasos de la acción que hacéis posible con vuestro apoyo.

Quizá el cambio más notable en los escenarios de crisis es la utilización como arma arrojada de los mecanismos de justicia internacional. El Tribunal Penal Internacional emitió una orden de arresto contra el presidente sudanés, Omar Al Bashir, por lo que está pasando en Darfur y esto tuvo como inmediata respuesta la expulsión de una docena de organizaciones de ayuda del país, entre ellas, algunos equipos de MSF. La tormenta

política atrapó a los actores humanitarios en medio. Empieza a ser una desagradable costumbre por parte de autoridades y gobiernos, que nos ven como el eslabón más débil de una cadena de la que no queremos ser parte. Mientras, el deterioro de la situación humanitaria en Darfur no hace más que alargarse, sin visos de solución. Y la situación en el sur de uno de los países más grandes de África no va camino de la paz y la reconstrucción.

Al parecer hay cambios en la retórica de la guerra contra el terrorismo, pero la situación de las poblaciones afectadas por este enfrentamiento entre Occidente y una parte del mundo musulmán sigue siendo terrible. Iraquíes, afganos y paquistaníes suman la mayoría de los desplazados forzados y refugiados que hay hoy en el mundo. Millones se esconden de la guerra en Kabul, ciudad que ha multiplicado por cinco su población, en las ciudades fronterizas paquistaníes de Quetta y Peshawar, o en los suburbios de Damasco o de Ammán. Muchos de los migrantes indocumentados que tratan de llegar a Europa provienen de estas zonas. Los centros de detención de Malta, Grecia o Italia están llenos de ellos. No son los únicos:



Miles de somalíes siguen huyendo de la violencia para refugiarse en países vecinos © SPENCER PLATT / GETTY IMAGES

somalíes, eritreos, sudaneses y chadianos también huyen por las mismas razones.

Hay situaciones que no parecen que puedan empeorar. Sin embargo, la Ley de Murphy parece repetirse sistemáticamente en Somalia, el este de la República Democrática del Congo o la región del Ogadén etíope. Conflictos que duran una veintena de años y que parece que nada peor de lo que pasa puede pasar. Entonces, mes a mes, nos encontramos con una vuelta de tuerca más sobre comunidades que no conocen más que la guerra, la violencia y el desplazamiento. Como muestra un botón: por primera vez en 19 años de guerra, el personal somalí de MSF ha tenido que evacuar, ellos y sus familias, del norte de Mogadiscio. Ellos lo saben, pero quiero decir alto y claro que el compromiso y el trabajo de estas personas para con su gente no tiene otro calificativo que el de sobrehumano.

Los efectos de la crisis económica en los contextos donde trabajamos empiezan a dar señales preocupantes, aunque sean paradójicas. En la República Centroafricana tuvimos que intervenir ante una crisis nutricional localizada en una zona de extracción diamantífera. Quién se lo iba a

decir a las familias de estos mineros un par de años antes... El encarecimiento de los precios de los alimentos vuelve a poner en el límite a miles de familias en el Sahel, en el sureste asiático e incluso en algunas zonas de Centroamérica. Los efectos de esta crisis sobre las precarias economías, la alimentación de subsistencia y los conflictos por los recursos todavía están por verse en toda su magnitud. Y podemos salvar de una muerte segura a miles de niños, como hacemos todos los años, pero creemos que la crisis tendrá una repercusión brutal en ciertas sociedades en los meses venideros.

La parte más substancial de nuestra actividad médica y humanitaria se sigue centrando en las víctimas de los conflictos, la violencia y el desplazamiento forzoso. El acceso a muchas de estas gentes sigue siendo muy difícil. Autoridades y actores armados ponen barreras kafkianas y a veces insuperables para poder asistir a los más afectados. No es una cuestión sobre lo remoto del acceso, sino de permisos y trámites que no ocultan su principal objetivo: castigar a las poblaciones. Tal es el caso del bloqueo de Gaza durante y tras la ofensiva militar de principios de 2009, la dificultad de atender a los refugiados en

los suburbios de Damasco o a los cientos de miles de desplazados en las zonas tribales pakistaníes, el rechazo hacia los refugiados somalíes en Kenia o el despotismo de los señores de la guerra o de las facciones armadas en la región congoleña de los Kivus, en Colombia o en Somalia. Estamos haciendo un esfuerzo grande en explicar nuestra acción y en exponer con transparencia nuestra intenciones, pero esto nos obliga a invertir un tiempo y unos recursos preciosos en negociaciones, en vez de invertirlos en ayudar directamente a los más vulnerables.

Estas situaciones de bloqueo y falta de diálogo, de las que en parte también somos responsables, ralentizan a veces nuestra respuesta y nos ponen en la disyuntiva de insistir o tirar la toalla. A pesar de que siempre hemos hablado alto y claro en las crisis más graves de las que somos testigos, nuestra poca capacidad para interactuar con autoridades, comunidades y actores en los conflictos afecta a nuestra capacidad de respuesta que, por cierto, es para lo que mejor estamos equipados. Vemos claro que hemos de cambiar, de una manera proporcionada, parte de nuestro esquema y equipos de trabajo. Tenemos que aprender

a negociar, por duro que suene, nuestro acceso en ciertos contextos. Si no, la alternativa será renunciar a ayudar a esos sectores de población vulnerable que son el eje de nuestra acción médica.

El acceso global a la información tiene también efectos inmediatos para bien o para mal. Una interpretación inexacta de una actividad en un campo en África puede causar reacciones contrarias en una ciudad de Indonesia. O también permite, como se ha dado el caso, que una joven prostituta anónima, de las que trabajan en el centro de Barcelona, venga a hacer una pequeña donación para agradecer que hubiéramos vacunado a sus padres en una aldea remota en Nigeria. Debemos adaptar nuestras acciones en estos contextos cambiantes para ser más efectivos.

Algunos actores se guardan la baza de la violencia para cuando las amenazas no funcionan. La inseguridad nos ha obligado a reducir nuestras intervenciones en algunos lugares. Algunos compañeros lo han pagado con secuestros o la muerte en Somalia, Yemen, Darfur o África Central. Los recursos de los que disponemos para desplegar la ayuda de manera eficaz y rápida son codiciados y esto pone en peligro a nuestros equipos. A la vez estamos convencidos que sólo explicando una y otra vez nuestra acción, sabiendo que muchas de las veces será en vano, será la mejor manera de ayudar a quienes lo precisan.

Otra cuestión en la que debemos poner énfasis es la relativa a los efectos indirectos del desplazamiento y la violencia. La mortalidad en un conflicto es siempre mayor por falta de atención obstétrica que por violencia directa. O por diarrea, el mayor asesino infantil. Si la violencia desestabiliza algo, es precisamente los mecanismos más o menos precarios, más o menos habituales, de una comunidad. Y esto a corto y largo plazo tiene unas consecuencias terribles sobre los sectores de la sociedad que menos recursos o menos mecanismos de defensa tienen. En las guerras, es mejor ser soldado que civil.

Mientras las dificultades en las zonas de conflicto se acumulan, puedo decir con seguridad que la maquinaria y el equipo humano que hacen posibles las intervenciones de emergencia en epidemias y catástrofes naturales son más efectivos que nunca. El pasado año desplegamos una treintena de intervenciones medianas de todo tipo en lugares tan distantes como Indonesia, Bolivia o el noreste de India y, entre todas las secciones de MSF, aten-

dimos y vacunamos contra la meningitis a más de ocho millones de personas en las zonas fronterizas de Nigeria y Níger. El sarampión se revela como una nueva amenaza en el sur de África, poniendo en tela de juicio las vacunaciones regulares que los gobiernos y autoridades deben llevar a cabo.

Quizás estemos cerca de los límites de nuestra capacidad en algunas situaciones. No puedo dejar de mencionar el terremoto de Haití, aunque es parte de nuestra actividad en 2010. A día de hoy, esta intervención es la más grande de la historia de Médicos Sin Fronteras en números absolutos: desde el número de operaciones quirúrgicas realizadas o los equipos desplazados, hasta el volumen financiero destinado a la emergencia. Tengo la certeza de que si las ciudades siguen creciendo de la manera que lo hacen, estamos cerca de los límites de nuestra capacidad de movilizar personal y actividad ante catástrofes naturales o no tan naturales. Al fin y al cabo, lo que mató a más de 230.000 haitianos un día de enero de 2010 fue una construcción deficiente durante un seísmo brutal.

En las crisis médicas, los progresos van lentos pero muy seguros. En las enfermedades tropicales olvidadas, nuestros esfuerzos dan lugar a importantes avances en el tratamiento masivo del kala azar, la enfermedad del sueño o el Chagas. Colaboramos con institutos y universidades para certificar los avances y proponer a las autoridades locales e internacionales ideas y actividades que están salvando miles de vidas. Y también para convencer a las industrias privada, farmacéutica y de investigación de que hacen falta diagnósticos más fáciles de usar, tratamientos estables y adaptados, y precios accesibles.

Las malas noticias vienen de la parte de la crisis económica, crisis que amenaza con destruir muchos de los pasos importantes dados en la extensión del tratamiento del VIH en zonas con recursos escasos. Una mirada miope sobre unas cifras ridículas para la comunidad internacional pueden poner en riesgo de muerte y enfermedad a millones de personas con VIH/sida. También amenazan la ya de por sí clamorosa falta de inversión en algunas enfermedades infecciosas o en la misma tuberculosis. Como la amenaza de la crisis sanitaria de la gripe A ha demostrado con más o menos acierto, cuando hacen falta medios, se sacan de debajo de las piedras...

El respaldo que recibimos de la sociedad es sólido, y a este reconocimiento

debemos corresponder con la explicación clara del uso de los recursos y siendo auto-críticos con nuestras acciones. En la medida de lo posible, os ofrecemos toda la información relevante en diversos medios, en esta revista, en Internet o mediante nuevos actos como los de *MSF por dentro*, celebrados este año en Madrid y Barcelona. Esperamos hacerlo también en otras ciudades para poder explicaros de cerca, en vivo, cómo trabajamos y poder intercambiar opiniones.

El año 2009 ha sido un mal año para muchas familias. A pesar de ello, el apoyo de los donantes privados sigue creciendo. Nuestro compromiso es sacar el máximo provecho a cada céntimo de euro, trabajando con el mayor acierto posible que permita nuestro criterio y experiencia, con honestidad y con humildad. Esto último lo aprendemos día a día de las gentes con las que trabajamos y a las que atendemos. Su amistad y reconocimiento son el motor vital de nuestros médicos, logistas, enfermeros, ingenieras, administradoras,... Y también el reconocimiento de socios y colaboradores en ciudades y pueblos, cada vez que os interesáis por una exposición, una petición de recogida de firmas o atendéis a los compañeros del diálogo directo en las calles. Hacéis que estemos contentos de lo que hacemos. Nuestra capacidad también se ha visto fortalecida por la interacción y el respaldo financiero de la cooperación autonómica, española y europea. Y de nuestra relación cada vez más fructífera con universidades, instituciones científicas o médicas y empresas privadas o fundaciones. La diversidad es también una fuerza de este proyecto.

Los socios y colaboradores de MSF estáis demostrando que, en momentos de crisis, sois el activo más fiable para nuestros equipos y para las personas a las que atendemos, con los medios y la confianza que nos delegáis. Sois la garantía de la independencia y oportunidad de nuestras intervenciones, justo cuando más necesarias pueden ser.

Os agradezco, en nombre de todos los compañeros de MSF y también de los que no tuvieron más remedio que ser nuestros pacientes, el apoyo inquebrantable y la confianza que recibimos por vuestra parte. Gracias por vuestro compromiso, y espero que las líneas, opiniones y datos que vienen a continuación os hagan sentirnos partícipes de nuestro trabajo, tal y como nosotros sentimos que hacéis posible este proyecto de ayuda médica y humanitaria que es Médicos Sin Fronteras.



Nuestros mecanismos de respuesta a epidemias son cada vez más efectivos © ROBIN MELDRUM

# Proyectos MSF 2009

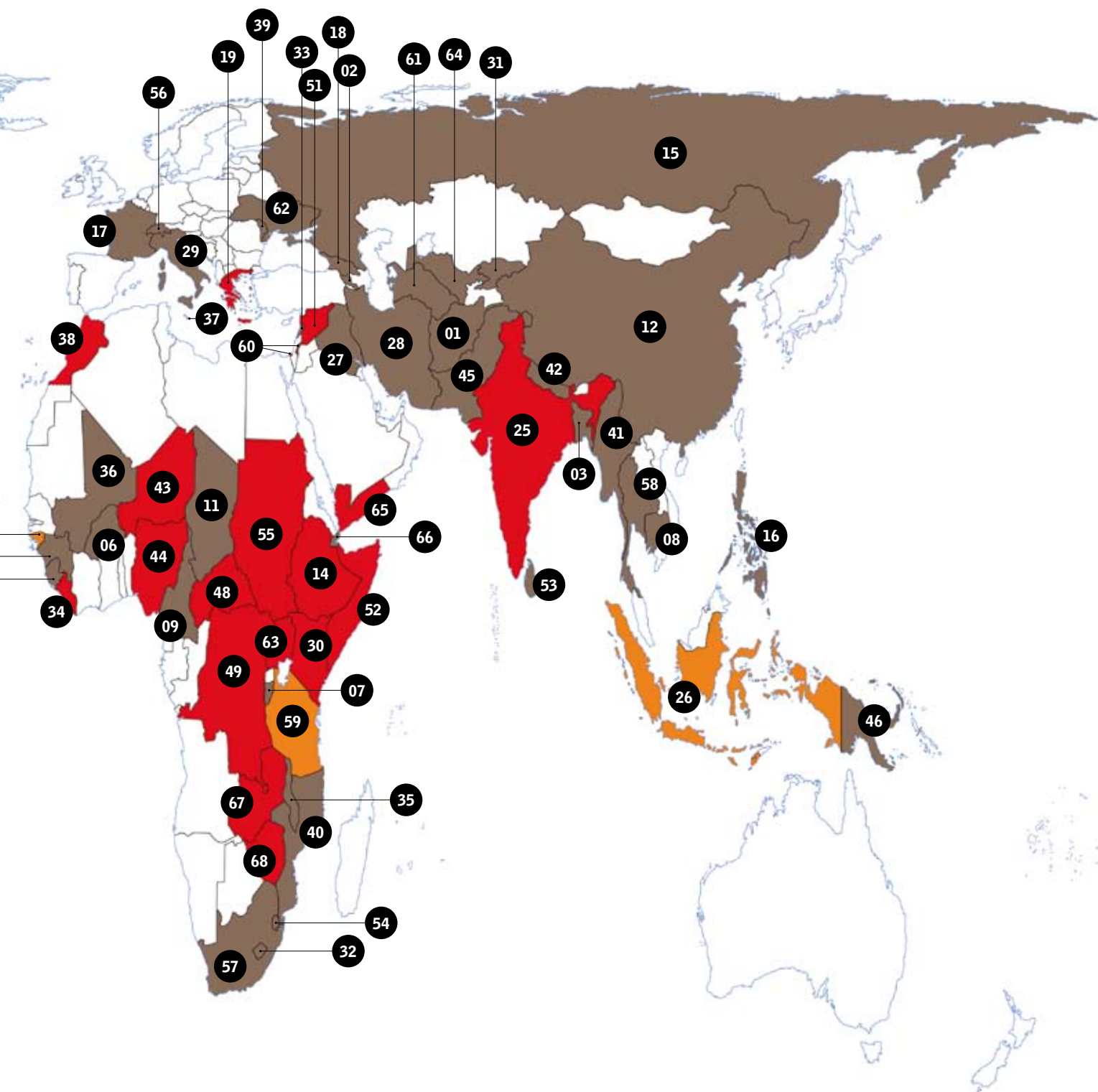
Países con proyectos  
de otras secciones de MSF

**Países con proyectos de MSF España**

Países con intervenciones  
de emergencia de MSF España

- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 01 Afganistán           | <b>38 Marruecos</b>              |
| 02 Armenia              | 39 Moldavia                      |
| 03 Bangladesh           | 40 Mozambique                    |
| <b>04 Bolivia</b>       | 41 Myanmar                       |
| 05 Brasil               | 42 Nepal                         |
| 06 Burkina Faso         | <b>43 Níger</b>                  |
| 07 Burundi              | <b>44 Nigeria</b>                |
| 08 Camboya              | 45 Pakistán                      |
| 09 Camerún              | 46 Papúa Nueva Guinea            |
| <b>10 Colombia</b>      | <b>47 Perú</b>                   |
| 11 Chad                 | <b>48 República</b>              |
| 12 China                | <b>Centrafricana</b>             |
| <b>13 El Salvador</b>   | <b>49 República Democrática</b>  |
| <b>14 Etiopía</b>       | <b>del Congo</b>                 |
| 15 Federación           | 50 Sierra Leona                  |
| Rusa                    | <b>51 Siria</b>                  |
| 16 Filipinas            | <b>52 Somalia</b>                |
| 17 Francia              | 53 Sri Lanka                     |
| 18 Georgia              | 54 Suazilandia                   |
| <b>19 Grecia</b>        | <b>55 Sudán</b>                  |
| 20 Guatemala            | 56 Suiza                         |
| <b>21 Guinea-Bissau</b> | 57 Suráfrica                     |
| 22 Guinea-Conakry       | 58 Tailandia                     |
| 23 Haití                | <b>59 Tanzania</b>               |
| 24 Honduras             | <b>60 Territorios palestinos</b> |
| <b>25 India</b>         | 61 Turkmenistán                  |
| <b>26 Indonesia</b>     | 62 Ucrania                       |
| 27 Irak                 | <b>63 Uganda</b>                 |
| 28 Irán                 | 64 Uzbekistán                    |
| 29 Italia               | <b>65 Yemen</b>                  |
| <b>30 Kenia</b>         | 66 Yibuti                        |
| 31 Kirguizistán         | <b>67 Zambia</b>                 |
| 32 Lesoto               | <b>68 Zimbabue</b>               |
| 33 Líbano               |                                  |
| <b>34 Liberia</b>       |                                  |
| 35 Malawi               |                                  |
| 36 Malí                 |                                  |
| 37 Malta                |                                  |





# Resumen de operaciones 2009

## Mayores intervenciones por gastos de proyectos

MSF internacional

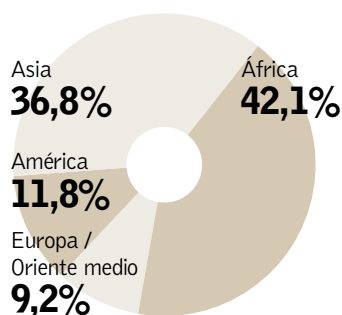
- 1 República Democrática del Congo
- 2 Zimbabue
- 3 Somalia
- 4 Níger
- 5 Sur de Sudán
- 6 Nigeria
- 7 Kenia
- 8 Chad
- 9 Haití
- 10 República Centroafricana

MSF España

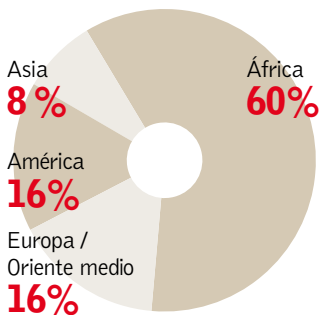
- 1 República Centroafricana
- 2 Níger
- 3 Zimbabue
- 4 República Democrática del Congo
- 5 Etiopía
- 6 Somalia
- 7 India
- 8 Uganda
- 9 Sudán (Darfur)
- 10 Liberia

## Localización de proyectos

MSF internacional



MSF España



## Contextos de intervención

MSF internacional



MSF España



## Motivos de intervención

MSF internacional



MSF España



## Principales actividades

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

	MSF internacional	MSF España
Consultas externas	7.509.512	892.476
Hospitalizaciones	292.347	42.711
Malaria	1.110.495	92.405
CNT (hospitalario y ambulatorio)	154.133	27.191
CNS	41.288	13.897
Partos	110.236	10.192
Violencia sexual	13.624	2.202
Cirugía	49.680	3.897
Violencia directa	88.765	3.615
VIH	190.254	14.477
Tratamiento ARV	164.509	24.076
PTMH (madres)	8.704	378
PTMH (hijos)	10.406	500
TB	21.512	94
Salud mental	117.650	8.135
Cólera	130.220	20.793
Vacunación sarampión (brote)	1.419.427	47.365
Sarampión	28.261	1.019
Vacunación meningitis (brote)	7.932.403	1.008.197
Meningitis	77.901	10.575

# Glosario de indicadores

- **Acontecimientos que afectan a la población y motivan la intervención:**
- 1) **Víctimas de conflictos armados.**
  - a violencia directa contra la población civil: atención médica/quirúrgica/psicológica;
  - b refugiados/desplazados: ayuda médico-humanitaria directa;
  - c interrupción del sistema de salud debido al conflicto: apoyo médico a estructuras de salud/hospitales;
  - d crisis nutricional debida al conflicto: centros nutricionales, distribución de alimentos, etc.
- 2) **Víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas.** Atención médica a las personas afectadas.
- 3) **Víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria.** Intervención directa a través de actividades médicas, psicológicas y sociales. Quedan incluidos en esta categoría todos los proyectos cuyo objetivo sea el acceso a la salud, suplir vacíos sanitarios, sistemas de recuperación de costes, etc.
- 4) **Víctimas de desastres naturales.** Cualquier tipo de respuesta de emergencia, incluida la donación de materiales de ayuda.
- **Población diana:** sector de población al que se dirige un proyecto de MSF.
- **Recursos humanos (RRHH):** Los datos se facilitan según el criterio internacional de *full time equivalent* (FTE) o equivalente al número de personas contratadas a tiempo completo (por ejemplo, dos personas trabajando a media jornada = 1 FTE).  
La información de **RRHH internacionales** está calculada sobre el número total de puestos cubiertos por personal internacional durante el año, en FTE. No incluye puestos vacantes.  
La información sobre **RRHH nacionales** está calculada a partir del número total de puestos cubiertos por personal nacional durante el año, en FTE. No incluye puestos vacantes ni personal sanitario del Ministerio de Salud que trabaja en nuestros proyectos a través de acuerdos de colaboración.
- **Gastos por país:** gastos reales en euros de los proyectos de cada país por año completo.
- **Apoyo nutricional selectivo:** número total de pacientes que reciben apoyo nutricional específico (VIH, TB, etc.) durante el periodo.
- **Artículos primera necesidad:** número de familias receptoras de artículos de primera necesidad distribuidos durante el periodo. Cada familia es considerada como un receptor individual.
- **Atención postnatal:** número de mujeres a las que se ha realizado al menos un control postnatal en las seis semanas siguientes al parto.
- **Chagas:** número de nuevas admisiones para tratamiento durante el periodo.
- **Cirugía:** número de intervenciones de cirugía mayor realizadas durante el periodo con anestesia general o espinal, incluida cirugía obstétrica.
- **CNS:** número de niños con desnutrición moderada atendidos en centros de nutrición suplementaria (CNS) durante el periodo.
- **CNT hospitalario:** número de niños con desnutrición severa complicada atendidos en centros de nutrición terapéutica (CNT) en régimen hospitalario durante el periodo.
- **CNT ambulatorio:** número de niños con desnutrición severa no complicada atendidos en centros de nutrición terapéutica (CNT) en régimen ambulatorio durante el periodo.
- **Cólera:** número de casos tratados (centros de tratamiento de cólera y sales de rehidratación oral).
- **Consultas externas:** número de consultas realizadas durante el periodo. Incluye consultas de planificación familiar y control prenatal. Excluye programas verticales (VIH, TB), vacunaciones (rutinarias y masivas) y sesiones de asesoramiento psicológico.
- **Consultas prenatales:** número total de consultas realizadas durante el periodo.
- **Distribución agua:** número de litros de agua clorada distribuidos durante el periodo. No incluye estructuras de salud ni viviendas del personal.
- **Hospitalizaciones:** número de pacientes ingresados durante el periodo. Incluye pacientes en CNT hospitalarios. Excluye pacientes admitidos en centros de tratamiento de cólera, CNT ambulatorios y CNS.
- **Kala azar:** número de nuevas admisiones para tratamiento durante el periodo.
- **Malaria:** número total de casos confirmados con pruebas rápidas o de laboratorio y tratados durante el periodo.
- **Meningitis:** número total de casos de meningitis tratados durante el periodo.
- **Partos:** número de alumbramientos atendidos (no número de nacidos) durante el periodo, incluidas cesáreas.
- **PTMH (hijos):** Prevención de la transmisión de madres a hijos (PTMH). Número de niños nacidos durante el periodo en estructuras apoyadas por MSF y que recibieron profilaxis antirretroviral (ARV).
- **PTMH (madres):** Prevención de la transmisión de madres a hijos (PTMH). Número de mujeres VIH-positivas que dieron a luz durante el periodo en estructuras apoyadas por MSF y que recibieron tratamiento o profilaxis ARV.
- **Salud mental:** número de consultas psicológicas individuales y sesiones de grupo de asesoramiento/apoyo psicológico durante el periodo. No incluye asesoramiento para análisis voluntarios y adherencia al tratamiento del VIH.
- **Saneamiento:** número total de nuevas letrinas construidas (no mantenimiento) durante el periodo. No incluye letrinas construidas en estructuras sanitarias.
- **Sarampión:** número total de casos de sarampión tratados durante el periodo.
- **Tratamiento ARV:** número total de pacientes en tratamiento antirretroviral (ARV) de 1ª y 2ª línea en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo (no incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos).
- **TB:** número total de nuevas admisiones para tratamiento de tuberculosis (TB) de 1ª y 2ª línea durante el periodo.
- **THA:** número total de nuevas admisiones para tratamiento de la tripanosomiasis humana africana (THA) durante el periodo.
- **Vacunación meningitis (brote):** número de vacunaciones en respuesta a un brote epidémico durante el periodo.
- **Vacunación sarampión (brote):** número de vacunaciones en respuesta a un brote epidémico durante el periodo.
- **Vacunación sarampión (rutina):** número de vacunaciones rutinarias de sarampión realizadas durante el periodo.
- **VIH:** número de pacientes con VIH atendidos en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo (no incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos).
- **Violencia directa:** número total de intervenciones médicas y quirúrgicas por violencia directa durante el periodo. No incluye accidentes ni violencia sexual y psicológica.
- **Violencia sexual:** número de víctimas que han recibido tratamiento médico durante el periodo.



## Bolivia

### Nuevo proyecto de Chagas

La enfermedad de Chagas es uno de los problemas de salud pública más importantes en Bolivia y, en áreas sumamente endémicas, es la causa de mortalidad e incapacidad más común. El año 2009 se celebró el centenario del descubrimiento de la enfermedad y se realizaron numerosos eventos de sensibilización.

El proyecto en la zona urbana de Cochabamba instauró, de manera integrada, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en tres distritos periurbanos de Cochabamba y se formó al personal de salud. Durante el año 2009, 526 personas confirmaron su diagnóstico positivo y 299 de ellas iniciaron el tratamiento.

En febrero, la misión abrió un proyecto adicional de Chagas en una zona rural de Cochabamba. La provincia de Narciso Campero es una de las regiones más endémicas de Chagas del mundo. En mujeres de edad fértil, la prevalencia de esta enfermedad llega hasta el 70%.

A principios de año, con los proyectos de Tarija y Sucre recién traspasados, Bolivia sufrió una epidemia de dengue que afectó a más de 45.000 personas y dejó más de 24 muertos. Un equipo de MSF detectó rupturas de stocks de medicamentos y escasez de recursos de prevención en la zona de Omereque, donde se realizó una donación de mosquiteras impregnadas de insecticida, paracetamol y medicamentos de hidratación.

## Colombia

### Atención a la población víctima del conflicto

El conflicto continuó en Colombia en 2009, aumentando el número de desplazados en el país. También fue un año preelectoral. Para que Uribe pudiera volver a presentarse, eran necesarios cambios constitucionales que finalmente no salieron adelante. Por otra parte, creció la tensión regional por la decisión de instalar bases militares norteamericanas en el país y la acusación a Venezuela de apoyo a los guerrilleros.

MSF trabajó para asistir a las víctimas del conflicto en varias zonas de los departamentos de Nariño, Putumayo, Cauca y Caquetá, en el sur del país. Los equipos trabajaron principalmente con clínicas móviles para mejorar el acceso a la salud de la población desplazada o confinada por el conflicto. En Nariño, entre enero y septiembre, más de 12.000 personas tuvieron que desplazarse, sobrepasando la capacidad de respuesta del Estado y haciendo necesaria la intervención de MSF en 12 ocasiones. En Florencia, la capital de Caquetá, MSF traspasó sus actividades de salud mental después de cinco años, continuando con ellas en varias cabeceras municipales y con brigadas móviles en la zona rural.

MSF atendió a los damnificados por las inundaciones del río Mira en Tumaco, Nariño, ofreciendo atención médica y psicológica, materiales de primera necesidad y una donación médica al hospital Divino Niño de Tumaco.

## El Salvador

### Respuesta al huracán Ida

El Salvador es un país de alto riesgo sísmico y expuesto a ciclones y huracanes, por lo que en las dos últimas décadas ha sido escenario de una docena de desastres naturales. Fue precisamente un huracán, el Ida, el que provocó una intervención de emergencia MSF en noviembre de 2009. A su paso por El Salvador, Ida provocó lluvias, desprendimientos y desbordamientos de ríos, dejando un saldo de casi 300 muertos y desaparecidos, y más de 10.000 desplazados.

Las áreas más afectadas fueron los departamentos de San Salvador, San Vicente, La Paz, La Libertad y Cuscatlán. Tres centros de salud resultaron totalmente destruidos y otros 25 sufrieron graves daños, al igual que los sistemas de agua potable de 31 municipios.

MSF dio apoyo a las brigadas móviles del sistema nacional de salud, prestando atención psicológica a los damnificados y donando medicamentos y material médico. Hasta mediados de diciembre, cuando se dio por terminada la intervención, los equipos de MSF realizaron casi 1.000 consultas médicas y atendieron a unas 3.000 personas en medio millar de sesiones de salud mental.

Asimismo, MSF desarrolló actividades de agua y saneamiento (camiones cisterna, rehabilitación de sistemas de suministro y limpieza de pozos) y distribuyó 2.000 mantas y otros tantos kits de higiene en albergues y comunidades.

Población diana **348.356**

RRHH nacionales **28,72**

RRHH internacionales **7,48**

Gastos por país **691.518**

Chagas **493**

Población diana **395.077**

RRHH nacionales **62,17**

RRHH internacionales **17,84**

Gastos por país **2.004.229**

Consultas externas **16.775**

Consultas prenatales **345**

Violencia sexual **9**

Violencia directa **94**

Población diana **68.795**

RRHH nacionales **0,00**

RRHH internacionales **0,62**

Gastos por país **204.728**

Consultas externas **897**

Salud mental **512**

Artículos primera necesidad **2.000**

Distribución agua **4.045.000**



## Etiopía

### Emergencias y violencia

MSF trabaja en la conflictiva región de Ogadén, fronteriza con Somalia, al sureste de Etiopía. En Deghabur, mejorando el apoyo a la atención primaria y secundaria de salud con una serie de programas en el hospital de referencia del Ministerio de Salud, clínicas móviles para la población rural en zonas aisladas y para víctimas de la violencia, y un programa de nutrición.

En el sur de la región, a esta situación se añade la afluencia de refugiados somalíes, que ha aumentado con el recrudecimiento del conflicto en ese país. MSF ofrece servicios de salud a los refugiados que cruzan la frontera en la zona de Dolo Odo. El programa empezó como una intervención de emergencia, pero MSF seguirá dando apoyo a la población hasta que mejore la situación de crisis humanitaria.

Las intervenciones de emergencia de MSF en 2009 giraron en torno a tres ejes: desnutrición, cólera y violencia. MSF cerró la intervención de emergencia nutricional en la región de Afar y estableció un centro de estabilización y centros de nutrición terapéutica ambulatorios en distintos puntos de la región de Amhara. MSF intervino en diversas regiones afectadas por el cólera: Oromia, Afar, Amhara, Addis Abeba y en la región de los Pueblos del Sur. Las emergencias por violencia fueron atendidas desde los proyectos de Deghabur y Dolo Odo.

Población diana	997.052
RRHH nacionales	137,29
RRHH internacionales	17,94
Gastos por país	3.831.841
Consultas externas	45.704
Hospitalizaciones	1.592
CNT hospitalario	202
CNT ambulatorio	4.390
Vacunación sarampión (brote)	6.453

## Grecia

### Atención médica y psicológica a refugiados y migrantes

La grave crisis económica y el aumento del desempleo afectan a la población más vulnerable, especialmente a los migrantes –legales o no– de la antigua Unión Soviética, Asia y África. Se estima que hay entre 200.000 y 500.000 migrantes indocumentados en Grecia, que también es puerto de entrada hacia otros países europeos. Las necesidades humanitarias de esta población no están cubiertas, debido a la precariedad de los campos improvisados y centros de detención, además de que las solicitudes de asilo son sistemáticamente rechazadas y los refugiados se ven abandonados a su suerte.

De enero a agosto de 2009, MSF gestionó un proyecto de atención médica y psicológica a migrantes afganos y subsaharianos en un asentamiento temporal en Patras, que se cerró en septiembre al bajar el número de migrantes. En julio, MSF abrió un proyecto de atención psicosocial a migrantes indocumentados recién llegados a los centros de detención de las prefecturas de Évros y Rodopi, en el norte de Grecia, y de la isla de Mitilene, en el noreste del mar Egeo.

MSF busca mejorar el acceso de la población migrante al sistema de salud griego. En junio de 2009, se firmó un acuerdo de colaboración con los ministerios de Salud y de Interior, en el que se enmarcan las actividades de MSF y las del Estado para cubrir las necesidades médicas y humanitarias de los migrantes indocumentados en este país.

Población diana	19.000
RRHH nacionales	15,50
RRHH internacionales	1,08
Gastos por país	420.803
Consultas externas	3.806
Violencia directa	80
Salud mental	424

## India

### Kala azar y desnutrición

El estado indio de Bihar es la zona con mayor prevalencia de kala azar de todo el mundo. Allí, la mayoría de las víctimas pertenecen a las clases más desfavorecidas y no tienen apenas acceso a un tratamiento que es demasiado caro para ellos. MSF ofrece atención y tratamiento de esta enfermedad en centros de atención primaria, en “campos de tratamiento” y a nivel hospitalario en el distrito de Vaishali. A lo largo del pasado año, el equipo trató a unos 2.000 pacientes y puso en marcha un sistema de apoyo y seguimiento a estructuras de salud de otros ocho distritos del estado de Bihar.

En el distrito de Darbhanga, MSF constató que el 4,8% de los niños menores de 5 años presentaba desnutrición aguda severa. A principios de 2009, la organización abrió un centro nutricional terapéutico ambulatorio y otro hospitalario para ingresar los casos complicados. A finales de año, más de 2.000 niños desnutridos habían recibido tratamiento.

En 2009, MSF atendió una epidemia de meningitis en el estado de Tripura. El área más afectada por la epidemia fue el bloque de Chawmanu, en el distrito de Dhalai, donde se dieron 112 casos de los 249 reportados. MSF también envió sus equipos a atender la emergencia por el paso del ciclón Aila, que afectó 18 distritos del estado de Bengala Occidental y dejó más de 5,3 millones de damnificados.

Población diana	6.106.620
RRHH nacionales	109,09
RRHH internacionales	15,88
Gastos por país	2.731.244
Hospitalizaciones	1.195
CNT hospitalario	126
CNT ambulatorio	1.719
Apoyo nutricional selectivo	548
Kala azar	1.983
Artículos primera necesidad	5.000

© MSF

© GIORGOS MOUTAFIS

© STEPHANIE SINCLAIR / VII



© JUAN CARLOS TOMASI

## Indonesia

### Terremoto en Sumatra

Tras haber atendido varias catástrofes desde 1995, MSF se retiró de Indonesia en marzo de 2009, cuando el país mostró una mayor capacidad para hacer frente a los desastres naturales.

El 30 de septiembre del mismo año, un terremoto de 7,6 grados y una serie de réplicas posteriores sacudieron las costas de Padang, en la parte occidental de la isla de Sumatra, dejando más de 1.000 personas muertas.

El 3 de octubre, un equipo de MSF estaba en el terreno para evaluar la situación y preparar una intervención de emergencia en el distrito de Padang Pariaman. Las actividades de asistencia a los sobrevivientes consistieron en clínicas móviles, servicios de agua y saneamiento, atención psicológica y distribución de artículos de primera necesidad y kits de higiene a 1.600 familias.

El 31 de octubre, las autoridades anunciaron el final de la fase inicial de emergencia. La recuperación se inició el 1 de noviembre en los distritos afectados de Sumatra Occidental. El día 21 del mismo mes, MSF finalizó su intervención en el distrito de Padang Pariaman, tras un cierre gradual de las actividades médicas y de salud mental, y la donación del material sanitario al hospital de la zona.

Población diana	100.000
RRHH nacionales	0,00
RRHH internacionales	2,16
Gastos por país	704.571
Consultas externas	1.347
Salud mental	381
Artículos primera necesidad	9.350
Saneamiento	24
Distribución agua	730.000



© JUAN CARLOS TOMASI

## Kenia

### Lucha contra el VIH/sida en Busia

Durante 2009 continuaron las tensiones por la violencia generada en torno al proceso electoral de diciembre de 2007. Finalmente, en octubre, el gobierno anunció que cooperaría con el Tribunal Penal Internacional en el juicio de los supuestos instigadores de dicha violencia.

Además de la tensión política, el país se vio afectado por la subida del precio de los alimentos a nivel internacional y por una fuerte sequía. A ello hay que sumarle la llegada constante de refugiados somalíes que huyen del conflicto.

En el año 2000, MSF puso en marcha un proyecto de VIH/sida en el distrito de Busia, fronterizo con Uganda y con una alta prevalencia de la enfermedad. En estos nueve años la situación ha cambiado drásticamente: se ha introducido el tratamiento antirretroviral, se ha reforzado la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos, se ha formado al personal sanitario, se ha descentralizado la atención de los pacientes y se ha implicado a la comunidad y a otros agentes en la lucha contra el sida. Después de evaluar la situación y comprobar que la mayoría de los objetivos se habían cumplido, MSF transfirió sus actividades a las autoridades pertinentes y a una ONG internacional presente en el país.

MSF atendió varios focos de cólera en la provincia Occidental y asistió a los damnificados por las inundaciones del río Tana que se produjeron en octubre.

Población diana	848.884
RRHH nacionales	136,94
RRHH internacionales	8,69
Gastos por país	2.101.392
Consultas prenatales	5.866
VIH	751
Tratamiento ARV	810
PTMH (madres)	82
PTMH (hijos)	65
Cólera	4.559



© ALESSANDRA VILAS BOAS

## Liberia

### Salud materno-infantil en el hospital Benson

La situación política del país se mantuvo estable, pese a la recomendación de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Liberia de establecer un tribunal criminal para juzgar los crímenes contra la humanidad cometidos por los combatientes en el conflicto que asoló el país entre 1979 y 2003. La misma comisión recomendó al Parlamento el procesamiento de 200 personas y la suspensión de algunos cargos públicos, incluida la presidenta Johnson-Sirleaf, por apoyar a Charles Taylor cuando éste inició el conflicto en 1989.

MSF ofrece desde 2005 atención médica en pediatría, obstetricia y ginecología y, hasta 2008, atención a víctimas de violencia sexual en el hospital Benson, situado en el barrio de Paynesville, a las afueras de Monrovia, y habitado mayormente por desplazados por el conflicto. Durante parte de 2008 y en 2009 se traspasaron estas actividades a una ONG local.

El hospital continuó sus actividades, mientras preparaba su traspaso al Ministerio de Salud. Finalizando el año, las pacientes de obstetricia y ginecología eran transferidas a una clínica en Dupont Road, mientras los casos graves y de pediatría seguían en el Benson. Las obras de rehabilitación necesarias antes del traspaso definitivo, que se hará efectivo en 2010, también se llevaron a cabo.

Población diana	331.691
RRHH nacionales	213,00
RRHH internacionales	11,87
Gastos por país	2.147.275
Malaria	2.165
Hospitalizaciones	6.977
Partos	1.152
Violencia sexual	845
Cirugía	2.041
Salud mental	786



© ANNA SURINYACH

## Marruecos

### Atención a migrantes y a víctimas de violencia sexual

Los proyectos de MSF en Rabat y Casablanca de asistencia médico-humanitaria a migrantes subsaharianos han ido cubriendo sus objetivos a lo largo de los últimos años. Las actividades se han reorientado hacia la atención a víctimas de violencia sexual en Rabat, un campo en el que aún hay mucho trabajo por hacer.

El proyecto con base en Oujda ofrece atención médica y artículos de primera necesidad a los migrantes. Mediante clínicas móviles, se atienden urgencias, problemas de salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas de carácter epidémico y secuelas de violencia directa o indirecta, mientras que los casos más complicados se derivan a los hospitales marroquíes, cuyo compromiso para atender a los migrantes ha aumentado en los últimos años. En el proyecto también se llevan a cabo actividades de agua y saneamiento, así como actividades específicas de salud mental y detección precoz de víctimas de violencia sexual.

Tras las abundantes precipitaciones de finales de agosto y la crecida del cauce del río Senegal, MSF llevó a cabo una intervención de emergencia para asegurar las condiciones mínimas de agua, higiene y saneamiento, hacer un seguimiento de la situación médica y aprovisionar a la población con el material necesario para mantener las condiciones de higiene en su lugar de refugio.

Población diana	48.230
RRHH nacionales	24,13
RRHH internacionales	6,17
Gastos por país	604.923
Consultas externas	7.483
Consultas prenatales	258
Violencia directa	424
Artículos primera necesidad	5.006



© ALESSANDRA VILAS BOAS

## Níger

### Desnutrición y emergencias por epidemias e inundaciones

Tras ser expulsada por el gobierno en 2008 después de tres años de trabajo, MSF volvió en 2009 para atender casos graves de desnutrición y un alto índice de mortalidad materno-infantil a causa de la debilidad del sistema de salud y las precarias condiciones de vida. Una epidemia de meningitis y unas inundaciones en Agadez, en las que MSF intervino para ayudar a la población, desvelaron la dimensión de la presencia de migrantes en tránsito hacia Libia en esta zona del país.

En los distritos de Madaoua y Bouza, el objetivo fue reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años por desnutrición. Durante el año se integraron las actividades nutricionales de MSF en las estructuras del Ministerio de Salud, con vistas a desvincular gradualmente a la organización del programa nutricional del país. El plan es mantener algunas líneas de supervisión y acompañamiento durante 2010 y asegurar la presencia en caso de emergencia.

MSF realizó dos intervenciones de emergencia en Agadez: una, por las inundaciones estacionales que afectaron especialmente a la población desplazada. Las actividades consistieron en atención médica, agua y saneamiento, y distribución de artículos de higiene. El equipo también atendió una epidemia de meningitis, colaborando con otras secciones de MSF y el Ministerio de Salud en la vacunación de más de 996.000 personas en la región.

Población diana	1.075.964
RRHH nacionales	231,02
RRHH internacionales	19,15
Gastos por país	4.707.971
Consultas externas	168.296
Malaria	26.446
CNT hospitalario	1.877
CNT ambulatorio	12.124
Partos	2.054
Vacunación meningitis (brote)	324.854



© OLGA OVERYEED

## Nigeria

### Atención primaria en el estado de Bayelsa

El contexto político en Nigeria fue relativamente estable durante 2009 a nivel federal, pero tanto en el norte como en el sur del país estallaron tensiones políticas, étnicas y religiosas. En el delta del Níger, la violencia continuó a pesar de la amnistía que ofreció el gobierno a los rebeldes. A finales de año, la prolongada ausencia del presidente Yar'Adua, que se fue a recibir tratamiento médico a Arabia Saudí, todavía generó más incertidumbre en el país.

En el estado de Bayelsa, en la zona del delta del río Níger, situado en el sur del país, MSF trabajó en el centro de salud de la ciudad de Oloibiri, en el distrito de Ogbia, refiriendo los casos graves al hospital de Yenagoa. Los equipos también realizaron 26 clínicas móviles para atender a la población más desfavorecida. En total, se realizaron más de 16.000 consultas.

En marzo de 2009 se declaró una epidemia de meningitis en los estados de Kaduna y Gombe, en el norte del país. MSF intervino en ambos para apoyar el control y seguimiento epidémico, el diagnóstico y tratamiento de casos, y realizar una vacunación masiva. MSF coordinó la vacunación de más de 683.000 personas y más de 6.300 personas recibieron tratamiento.

Por otra parte, MSF realizó una intervención en el estado de Taraba, en el este del país, donde se declaró un pequeño brote de cólera en el mes de octubre.

Población diana	785.343
RRHH nacionales	56,77
RRHH internacionales	13,01
Gastos por país	1.903.639
Consultas externas	16.379
Malaria	2.958
Consultas prenatales	1.052
Partos	133
Vacunación meningitis (brote)	683.343



© LORETO BARCELO

## Perú

### Ola de frío en Puno

Perú es un país institucionalmente estable que ocupa el lugar número 82 en la lista de desarrollo humano del PNUD. A pesar de esta situación, existen bolsas de población marginadas y bastante pobres sin acceso a servicios de salud. A comienzos de junio, el Gobierno peruano declaró el estado de emergencia por bajas temperaturas y heladas en las zonas alto-andinas de 130 provincias y 21 departamentos del país. Los departamentos más afectados fueron Apurímac, Arequipa, Ayacucho y Puno.

MSF intervino en este último departamento con tres frentes de actividad: atención médica en centros de salud priorizados de la ciudad de Juliaca; educación y prevención de infecciones respiratorias en guarderías, instituciones de educación inicial y lugares públicos de reunión; y donación de materiales de abrigo para mujeres gestantes y niños menores de 1 año.

Se crearon seis equipos compuestos por un médico y un enfermero, a los que se formó previamente, que dieron apoyo a ocho centros de salud. La población beneficiaria fueron niños y niñas menores de 5 años. La atención médica fue gratuita y se entregaron los medicamentos correspondientes a los pacientes con infecciones respiratorias. Se atendieron un total de 3.132 pacientes, de los cuales 1.226 fueron menores de 5 años.

Población diana	80.000
RRHH nacionales	0,00
RRHH internacionales	0,73
Gastos por país	141.279
Consultas externas	3.132
Artículos primera necesidad	5.736



© JAUME CODINA

## República Centroafricana

### Un año de emergencias continuas

Durante la primera parte de 2009, las prefecturas de Kabo y Batangafo, al noroeste de la República Centroafricana (RCA), fueron escenario de confrontaciones entre el ejército y las fuerzas rebeldes, causando muertos, heridos y desplazados entre la población civil. Las actividades de MSF se realizaron en hospitales, puestos de salud y clínicas móviles para acceder a la población desplazada. En ambos proyectos, se realizó una media mensual de 6.350 consultas externas y 65 intervenciones quirúrgicas. Durante la época de lluvias hubo hasta 600 ingresos de pacientes pediátricos de malaria por semana.

En Batangafo, el programa de enfermedad del sueño examinó a más de 33.000 personas y trató a 468 pacientes. A finales de año, el Ministerio de Salud aceptó la terapia combinada nifurtimox-eflornitina como tratamiento del estadio II de esta enfermedad.

En verano de 2009, MSF realizó una intervención de emergencia nutricional en el sureste del país, con actividades en Boda, Nola y Gadzi. Esta intervención derivó a finales de año en un tercer proyecto regular en Boda.

Durante el año, las emergencias en el país fueron continuas: además de la crisis nutricional y el brote de malaria, se produjo una epidemia de meningitis en febrero y hubo casos de fiebre amarilla en octubre, además de inundaciones en Bangui.

Población diana	318.587
RRHH nacionales	383,41
RRHH internacionales	15,90
Gastos por país	4.797.927
Consultas externas	152.377
Malaria	50.324
Hospitalizaciones	10.323
Cirugía	826
THA	468



© FRANCO PAGETTI / VII

## República Democrática del Congo

### Desplazados y víctimas del conflicto en los Kivus

La actividad de MSF en la República Democrática del Congo (RDC) en 2009 estuvo marcada por la evolución de los enfrentamientos en el este del país, en la conflictiva región de los Kivus. Los abusos de los distintos grupos armados provocaron desplazamientos de población que huía de la violencia o era forzada a abandonar sus aldeas para aislar a los rebeldes. MSF atendió a las víctimas y a los desplazados en Kalonge, Kiroitche, Chambucha y Kitutu, así como dos epidemias de cólera en Goma y Hombo-Bunyakiri.

MSF continuó con su proyecto en Kalonge, Kivu Sur, para asegurar el acceso de la población a servicios de salud básicos de calidad durante el conflicto. El equipo también atendió a víctimas de violencia sexual e hizo distribuciones de materiales entre los desplazados. En Kiroitche, Kivu Norte, MSF inició un proyecto en enero para atender a personas afectadas por la violencia. A mediados de año, los combates fueron bajando hacia el sur y mucha gente empezó a regresar a sus lugares de origen, con lo que también se redujeron las actividades.

En Goma, MSF dio apoyo a tres centros de salud con donaciones de material y formación sanitaria y logística para su personal. En agosto hubo algunos casos de cólera en Hombo-Bunyakiri, pero el número de afectados, así como el de desplazados por los combates en la zona, se mantuvo muy bajo.

Población diana	488.626
RRHH nacionales	100,79
RRHH internacionales	21,40
Gastos por país	4.284.255
Consultas externas	104.713
Consultas prenatales	5.401
Violencia sexual	391
Cirugía	744
Violencia directa	321



© JIRO OSE



© MSF



© ASIA KAMBAL

## Siria

### Atención a refugiados y migrantes en Damasco

Según el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), hay más de 747.000 refugiados iraquíes en Siria, pero el gobierno del país afirma que son más de un millón. La mayoría de las personas que han huido no pueden ni quieren regresar a Irak.

Dada la falta de marco legal para los refugiados y migrantes sin papeles en Siria y la imposibilidad de éstos de trabajar legalmente en el país, en los suburbios de Damasco viven miles de refugiados iraquíes en condiciones miserables, sin apenas medios de subsistencia. También hay un gran número de refugiados palestinos –aunque éstos se encuentran más desperdigados e integrados en la vida del país– y de otros países como Afganistán y Somalia.

MSF firmó en 2009 un acuerdo con la Oficina de Inmigración –organización benéfica católica de Damasco– para instalar una clínica a fin de mejorar las condiciones de salud de los migrantes y refugiados más vulnerables, especialmente mujeres y niños, que residen en la ciudad o su entorno. Muchos de ellos están sin registrar o indocumentados, y por lo tanto sin acceso a los servicios del ACNUR. MSF les ofrece atención de salud reproductiva y pediátrica, y apoyo de salud mental.

Población diana	100.000
RRHH nacionales	0,00
RRHH internacionales	2,26
Gastos por país	289.999
Consultas externas	1.896
Consultas prenatales	434
Atención postnatal	30
Cirugía	33
Violencia directa	1
Salud mental	128

## Somalia

### Asistencia en plena escalada del conflicto

A pesar de la situación de violencia y conflicto generalizado en el país, MSF siguió ocupándose de la atención primaria de salud y, sobre todo en el proyecto de Johwar, empezó a centrarse cada vez más en maternidad, pediatría y nutrición, superando las 30.000 consultas prenatales.

En mayo, Mogadiscio se vio afectada por intensos combates que forzaron a unas 270.000 personas a abandonar sus casas, especialmente en la zona norte de la ciudad. En el hospital del Lido, en la línea de playa de Mogadiscio, se consiguió montar un servicio de estabilización de pacientes y atender a cientos de ellos hasta que los equipos se vieron forzados a evacuar.

En estas circunstancias, los esfuerzos se concentraron en seguir prestando atención primaria y secundaria a la población de Mogadiscio Norte, y a los desplazados y víctimas de la violencia en los campos de desplazados del corredor de Balcad, a lo largo de la carretera de Mogadiscio a Jowhar.

El equipo de MSF llevó a cabo vacunaciones, actividades nutricionales y consultas en ocho de estos campos. Durante el año también se realizaron campañas de vacunación en Johwar entre los desplazados llegados de Mogadiscio y, tras detectar un brote de sarampión en Hawa Abdi, en la carretera entre Mogadiscio y Afgooye, el equipo vacunó a 31.785 niños.

Población diana	637.396
RRHH nacionales	204,20
RRHH internacionales	0,00
Gastos por país	2.840.021
Consultas externas	226.077
Malaria	1.019
Hospitalizaciones	5.781
Partos	1.666
Cirugía	253
Violencia directa	1.618
Vacunación sarampión (brote)	31.785

## Sudán (Darfur)

### Crecen la inseguridad y las necesidades

En marzo de 2009, el Tribunal Penal Internacional emitió una orden de arresto contra el presidente de Sudán, Omar Hassan Al-Bashir, por crímenes de guerra y contra la humanidad en Darfur. La reacción no se hizo esperar: 13 ONG humanitarias fueron expulsadas del país, entre ellas, las secciones francesa y holandesa de MSF.

MSF mantuvo dos proyectos en Shangil Tobaya y Tawila (Darfur Norte) y tuvo que aumentar su capacidad de respuesta a emergencias debido a la salida de otras ONG; el equipo realizó numerosas intervenciones de emergencia como consecuencia de actos de violencia en varios emplazamientos de la región.

En Tawila, las actividades se suspendieron en diciembre de 2008, debido a una serie de incidentes de seguridad, para volver a iniciarse en octubre de 2009, tras la firma de un acuerdo marco con las autoridades y la renovación del hospital.

A partir de julio se produjeron dos emergencias en Dar Zaghawa, Darfur Norte, zona en la que se concentraron la mayor parte de los enfrentamientos armados del año. MSF donó materiales de cura y medicamentos en los centros de salud. En diciembre, comenzó allí un proyecto estable con el objetivo de dar asistencia médica y psicológica a la población, especialmente a personas afectadas por la violencia, dando apoyo a los centros de salud de la zona.

Población diana	143.000
RRHH nacionales	280,50
RRHH internacionales	11,83
Gastos por país	2.296.105
Consultas externas	50.495
Hospitalizaciones	688
Consultas prenatales	5.730
Salud mental	2.562
Vacunación sarampión (brote)	2.717



© MARCO BARONCINI / CORBIS



© MUSTAFA HASSONIA



© MIQUEL SITJAR

## Sur de Sudán

### Asistencia a desplazados y refugiados

La violencia que desató el grupo rebelde ugandés Ejército de Resistencia del Señor (LRA por sus siglas en inglés) durante la segunda mitad de diciembre de 2008 y en los meses de enero y febrero de 2009 llevó a la decisión de mantener la misión en el sur de Sudán para dar apoyo a los desplazados y refugiados del estado de Ecuatoria Occidental afectados por los ataques del LRA.

En febrero se cerró el proyecto de tripanosomiasis humana africana en Yambio (capital de Ecuatoria Occidental) y se empezaron las actividades en los campos de Makpandu, Nandi y Ezo, esporádicamente en otros emplazamientos. Aparte de asistencia médica, se introdujeron actividades de salud mental, agua y saneamiento, y distribución de artículos de primera necesidad.

Durante 2009, MSF realizó intervenciones de emergencia o evaluaciones en otros estados en los que se consideraron posibles proyectos de mayor duración, como Lasu o Bahr el Ghazal Occidental, donde finalmente se ha abierto un proyecto en 2010.

A finales de año y debido a la sobrecarga impuesta por la situación en Ecuatoria Occidental y el número de heridos referidos, se negoció también un nuevo acuerdo de apoyo a los servicios de atención secundaria, cirugía, pediatría, salud reproductiva y enfermedad del sueño en el hospital de Yambio.

Población diana	644.796
RRHH nacionales	42,21
RRHH internacionales	9,16
Gastos por país	1.161.232
Consultas externas	9.369
Malaria	1.626
Violencia directa	25
THA	128
Vacunación sarampión (brote)	3.519

## Territorios palestinos

### Asistencia médica y psicosocial en Hebrón

El 18 de enero, el Ejército de Israel dio por finalizada su ofensiva militar en la Franja de Gaza. Durante tres semanas, las fuerzas israelíes bombardearon y atacaron edificios y estructuras sospechosos de albergar a los responsables de los proyectiles lanzados desde Gaza a Israel. Más de 1.300 personas murieron en los ataques, de las cuales 900 eran civiles y, de ellas, 300 eran niños.

Tras la campaña, el Gobierno israelí aumentó las medidas de control y seguridad por miedo a cualquier intento de venganza o de protesta violenta en Gaza y también en Jerusalén y Cisjordania.

En el distrito de Hebrón, MSF prestó asistencia psicológica, médica y social a personas afectadas por el conflicto palestino-israelí y los enfrentamientos entre facciones palestinas. Para aliviar el sufrimiento psicológico, MSF ofreció psicoterapia a corto plazo a los pacientes. Los equipos también refirieron a los pacientes al médico y al trabajador social de MSF, a las estructuras de salud mental apropiadas y a otras agencias. Durante 2009, los equipos de MSF llevaron a cabo 1.423 consultas psicológicas.

La sección española de MSF colaboró con la sección francesa, que tiene proyectos regulares en la Franja de Gaza, en la intervención de emergencia que siguió al ataque israelí, aportando material médico, medicamentos y recursos humanos.

Población diana	551.130
RRHH nacionales	37,35
RRHH internacionales	7,58
Gastos por país	1.015.434
Consultas externas	638
Salud mental	1.423

## Uganda

### Respuesta a la violencia en el norte

El norte de Uganda siguió sufriendo altos niveles de violencia derivados de la presencia del Ejército de Resistencia del Señor (LRA por sus siglas en inglés), en una región ya afectada por los choques intertribales, la inseguridad alimentaria, una deficiente atención sanitaria y un abandono generalizado.

En Karamoja, MSF amplió las actividades iniciales de atención nutricional para hacer frente a los altos niveles de violencia: además de reforzar los servicios de pediatría y salud reproductiva, creó un equipo de respuesta inmediata, una red de información en las estructuras de salud y reforzó las clínicas móviles, atendándose así a muchos heridos de bala y víctimas de violencia sexual.

Por otra parte, tras cuatro años de trabajo en los campos de desplazados de Gulu, MSF traspasó las actividades al Ministerio de Salud. Paralelamente, se decidió la apertura de un nuevo proyecto centrado en la enfermedad del sueño en la región del Nilo Occidental.

Las incursiones del LRA en la vecina República Democrática del Congo provocaron la entrada de 20.000 refugiados al campo ugandés de Nakivale: MSF proporcionó atención médica y aseguró el suministro de agua. Además, en Amuru, una alerta de crisis nutricional coincidente con el pico estacional de malaria llevó a establecer un seguimiento preventivo, aunque finalmente no fue necesario intervenir.

Población diana	265.238
RRHH nacionales	149,09
RRHH internacionales	15,30
Gastos por país	2.321.871
Consultas externas	60.411
Malaria	6.640
Hospitalizaciones	3.233
TB	94
Distribución agua	11.468.800



## Yemen

### Atención a desplazados en el norte y a migrantes en el sur

En 2009 se recrudecieron los enfrentamientos entre el ejército y el movimiento Al-Houti en el norte del país, con cientos de muertos y decenas de miles de nuevos desplazados, hasta llegar a los 150.000. En cuanto al sur, la costa yemení sigue siendo punto de llegada del 70% de los migrantes y refugiados procedentes de Somalia y otros países del Cuerno de África.

Aunque las rutas migratorias hayan variado ligeramente, y con ellas el volumen de llegadas, las actividades de MSF continuaron en las regiones de Abya y Shabwa. Los equipos atendieron a 9.300 refugiados y migrantes llegados de Somalia y Etiopía, entre ellos, unos 500 con traumatismos y heridas por violencia directa. Habiéndose registrado mejoras en la respuesta local a pie de playa y en los sistemas de acogida, MSF traspasará sus actividades en 2010.

MSF realizó varias misiones exploratorias en el norte. Una de ellas condujo a una intervención en el distrito de Harad, en Hajja, donde habían llegado decenas de miles de desplazados huyendo de la sexta guerra en esa parte del país. MSF se centró en la atención nutricional, asistiendo a más de 1.000 pacientes. La intervención pasó a proyecto regular para atender las necesidades médico-psicológicas del campo de desplazados de Al Mazraq y sus alrededores.

Población diana	57.500
RRHH nacionales	71,16
RRHH internacionales	8,99
Gastos por país	1.217.123
Consultas externas	8.980
CNT ambulatorio	602
Violencia directa	533
Salud mental	1.064
Artículos primera necesidad	9.311

## Zambia

### Epidemia de cólera y atención a pacientes con VIH/sida

Zambia tiene uno de los índices de VIH/sida más altos del mundo (16%), una esperanza de vida de apenas 38 años y la mitad de su población vive por debajo del umbral de la pobreza.

La recesión global ha afectado la demanda de cobre, provocando el cierre de minas y la pérdida de puestos de trabajo. El 85% de la ocupación laboral corresponde a la agricultura y la ganadería, pero la producción agroalimentaria es insuficiente para alimentar a la población. En 2009 hubo un incremento de la desnutrición en Lusaka. El cólera y la malaria son endémicos en el país.

A finales de 2008 hubo una epidemia de cólera que se extendió hasta abril de 2009 y asoló especialmente a Lusaka, la capital. El equipo de MSF intervino desde el primer momento con actividades de agua y saneamiento y servicios médicos para controlar el brote. También desinfectó estructuras y viviendas de pacientes, y realizó actividades de educación comunitaria. En los centros gestionados por MSF se admitieron más de 8.800 pacientes en total.

Así mismo, MSF continuó con el traspaso del proyecto de VIH/Sida de Kapiri, iniciado en 2001 con el objetivo de desarrollar un modelo eficaz de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos y de salud reproductiva.

Población diana	1.050.000
RRHH nacionales	84,00
RRHH internacionales	9,53
Gastos por país	1.392.343
Tratamiento ARV	4.541
PTMH (madres)	65
PTMH (hijos)	181
Cólera	8.885

## Zimbabue

### VIH/sida y cólera en un país en quiebra sanitaria

El pacto entre el gobierno y la oposición no ha terminado con la inestabilidad en el país. En cuanto a la salud pública, el sida es el problema más acuciante para un sistema sanitario que no funciona: gravemente tocado por la quiebra macroeconómica, fue rematado por la epidemia de cólera sin precedentes que se prolongó hasta bien entrado 2009.

MSF siguió trabajando en la atención de enfermos de VIH/sida y la prevención de la transmisión materno-infantil en Bulawayo, a través de una red de clínicas urbanas, y en Tsholotsho, distrito rural en el que la atención se ha descentralizado.

En Beitbridge, MSF siguió atendiendo a los migrantes que intentan cruzar a Suráfrica, una población muy vulnerable expuesta a la extorsión de las mafias y a los brotes epidémicos, y entre la que hay una alta incidencia del VIH. En 2009, se realizaron más de 13.700 consultas en este proyecto.

Además de alarmas nutricionales, inundaciones y brotes de violencia, MSF respondió a la gran epidemia de cólera con varios centros y unidades de tratamiento, así como equipos móviles en Beitbridge, Bulawayo y Chegutu, y en los distritos de Matabeleland Norte y Sur, y Midlands.

El cólera puso de manifiesto la catastrófica situación de la población reclusa: MSF realizó varias evaluaciones que culminaron en intervenciones en las cárceles de Tsholotsho y Beitbridge.

Población diana	2.989.000
RRHH nacionales	190,31
RRHH internacionales	26,87
Gastos por país	4.151.016
Consultas externas	13.701
Tratamiento ARV	18.563
PTMH (madres)	142
PTMH (hijos)	213
Cólera	5.677

# 2009 en píldoras

## Operaciones

Al cierre del año 2009, la sección española de MSF mantenía 21 misiones<sup>1</sup> con un total de 37 proyectos. A lo largo del año, se registró el cierre de 8 proyectos, mientras que de los 23 que habíamos planificado abrir, sólo pudimos poner en marcha 13. En los casos concretos del proyecto de Jarkhand en India, el de enfermedad del sueño en Uganda y el de prevención de la transmisión vertical del VIH en Zambia, éstos fueron aprobados en 2009, pero no se pudieron iniciar actividades por distintos factores. Esta desaceleración nos llevó a cerrar el año con un crecimiento operacional prácticamente cero en gasto y volumen.

## Gastos operacionales

El gasto directo de misiones en 2009 ascendió a 48.594.859 euros. Las intervenciones de emergencia representaron un total de 7.430.711 euros. El gasto medio por misión fue de 2,2 millones de euros, mientras que el coste promedio por proyecto ascendió a 0,82 millones de euros. La República Centroafricana (RCA), Níger, Zimbabue, la República Democrática del Congo (RDC) y Etiopía fueron, por este orden, las misiones con el presupuesto más elevado.

Por tipo de proyecto, el 43% del gasto operacional se destinó a atender a víctimas de conflictos armados, el 34% a víctimas de enfermedades endémicas/epidémicas, el 20% a víctimas de violencia social y exclusión de la asistencia sanitaria, y el 3% a víctimas de desastres naturales.

## Datos

A lo largo de 2009, realizamos 892.476 consultas externas y 42.711 hospitalizaciones. Atendimos 10.192 partos, 6.870 consultas postnatales y 2.202 casos de violencia sexual. Administramos 47.365 vacunas contra el sarampión, 1.008.147 contra la meningitis y tratamos 20.793 casos de cólera. Asimismo, practicamos 3.987 intervenciones quirúrgicas.

## Emergencias

A lo largo de 2009, hicimos importantes esfuerzos para adaptar y mejorar nuestra preparación de la respuesta a emergencias, tanto desde las misiones regulares como desde la Unidad de Emergencias en la sede. En un total de 31 intervenciones de emergencia formales<sup>2</sup>, respondimos a situaciones de violencia, epidemias, diferentes tipos de catástrofes naturales y crisis nutricionales. Seis misiones trabajaron en el desarrollo de una capacidad de respuesta a emergencias propia: Nigeria, Etiopía, Somalia, Kenia, Uganda y RDC. Los equipos descentralizados de respuesta a emergencias en Nairobi y Panamá aseguraron una mayor reactividad y adaptación de la respuesta, no sólo en sus áreas de influencia, sino más allá. Se hicieron 30 misiones exploratorias, de las que 13 resultaron en intervenciones de emergencia, 2 en proyectos regulares y otras 8 probablemente pasen también a serlo en 2010.

## Proyectos

Del conjunto de intervenciones de emergencia y proyectos regulares, 28 correspondieron a víctimas de conflictos armados, 23 a víctimas de enfermedades endémicas/epidémicas, 10 a víctimas de violencia social y exclusión de la asistencia sanitaria, y 7 a víctimas de desastres naturales. En cuanto a la duración media de un proyecto, fue de 49 meses en el primer supuesto, de 25 meses en el segundo, de 40 meses en el tercero y de 2 meses en desastres naturales.

1 Entendemos por misión una base de operaciones regulares de MSF en un país, con un equipo de coordinación que normalmente se encuentra en la capital y gestiona uno o más proyectos en distintos lugares de ese país.

2 Para las que se asignaron recursos específicos, aparte de los de las misiones regulares. También se asignaron recursos específicos a otras cuatro intervenciones de emergencia en Gaza (Palestina), Hawa Abdi (Somalia), Bangui (RCA) y Bulawayo (Zimbabue), correspondientes a operaciones de otras secciones de MSF.

## VIH/sida

A 31 de diciembre de 2009, 16.082 pacientes de VIH/sida recibían tratamiento antirretroviral (ARV) de 1ª línea. De ellos, 7.859 pacientes empezaron a recibirlo en 2009 y 135 pacientes seguían tratamiento ARV de 2ª línea.

## Malaria

El número de pacientes que recibieron tratamiento antipalúdico fue de 117.921, de los que el 96% fue tratado con terapia combinada con artemisinina (TCA). Del total de diagnósticos de malaria, 92.405 (un 79%) fueron confirmados con pruebas rápidas o en laboratorio.

## Enfermedades olvidadas

En 2009 tratamos a un total de 493 enfermos de Chagas, al tiempo que lanzamos la campaña *Chagas, es hora de romper el silencio* para mejorar el acceso de los pacientes a mejores diagnósticos y tratamientos. También atendimos a 596 pacientes de enfermedad del sueño y promovimos el uso de la terapia combinada con nifurtimox-eflornitina para el estadio II de la enfermedad. En el proyecto de kala azar en el estado de Bihar, India, tratamos a 1.983 enfermos con muy buenos resultados.

## msf.es

En 2009, la página web de MSF España ([www.msf.es](http://www.msf.es)) recibió un promedio de 71.400 visitas mensuales, lo que supone un incremento de más del 10% en relación a 2008. Registramos 31.400 nuevas suscripciones a nuestro boletín electrónico, con lo que a 31 de diciembre había 137.053 suscriptores. Asimismo, la captación de fondos *online* alcanzó la cifra de 560.000 euros, un 17% más que el año anterior, mientras que el número de curriculums que entraron a través de los formularios de Recursos Humanos fueron nada menos que 4.395.

## Exposiciones

La exposición itinerante *Desnutrición infantil: una emergencia médica desatendida* visitó 11 ciudades españolas. Durante su recorrido, la muestra fue vista por 4.320 personas. Distintas herramientas de incidencia ciudadana han estado presentes en 98 ubicaciones de nuestro país durante un total de 1.600 días, registrando un total de 27.263 visitas. Entre estas herramientas, vale la pena señalar la exposición de gran formato *Somalia: sobrevivir al olvido*, la renovación de la exposición de Chagas con motivo de la campaña *Es hora de romper el silencio* y la muestra fotográfica *Voces contra el olvido*.

## Apoyo social

La cifra de socios de MSF España a 31 de diciembre de 2009 era de 239.800, lo que supone un incremento de 18.594 socios en relación a un año atrás. Éstos, sumados a 247.922 colaboradores, hacen un total de 487.722 entre unos y otros. Nuestros ingresos de origen privado crecieron un 7% respecto a 2008, lo que supuso un 2,3% por encima del objetivo fijado, para un total de 47.803.879 euros. Son buenos resultados a pesar de la crisis, que queremos agradecer especialmente a todos los que nos han dado su apoyo este año.

## Finanzas

Un 84% de los recursos financieros se destinó a la misión social de la organización (asistencia directa y testimonio), lo que supone un porcentaje prácticamente igual al del año pasado. El 16% restante corresponde a costes de administración y de captación de fondos. En cuanto a ingresos, el 88% provino de fondos privados y el 12% restante de fondos institucionales.

## Recursos Humanos

Nuestros proyectos han sido posibles gracias a un total de 705 salidas al terreno de trabajadores internacionales de 67 nacionalidades distintas, de los cuales 161 fueron primeras misiones, lo que supuso un 23% del total de salidas del año. Asimismo, registramos 2.582 contrataciones de trabajadores nacionales en los países donde trabajamos. El 31% de salidas de personal internacional correspondió a emergencias.

Por **Sylvain Groulx**

Jefe de misión de MSF-E en el norte de Sudán

# Darfur, siempre en la lista de los más violentos

**Por séptimo año consecutivo, y a pesar de estar en el punto de mira de la comunidad internacional, la violencia continuó con toda su furia en Darfur, que no consigue descolgarse de la lista de los contextos más violentos del mundo. Una dramática situación, no sólo para los millones de desplazados de esta región del norte de Sudán, sino también para miles de personas más que, lejos de las cámaras, siguieron huyendo de la violencia en 2009.**



Una mujer recorre aturdida los restos de un mercado bombardeado en Darfur Norte © JAN-JOSEPH STOK

**L**a crisis de Darfur ha ido desapareciendo poco a poco de los medios internacionales para convertirse en otro complejo y olvidado conflicto africano. Pero, para muchas comunidades, sigue estando tan presente como siempre en su vida diaria.

### **Violencia continuada**

Desde 2005-2006, la situación humanitaria general de la población ha permanecido bastante estable (correspondiendo con el final de las principales operaciones militares) y no se ha visto un gran deterioro de la situación nutricional o de salud general. Lo que sí ha ido en aumento son los enfrentamientos esporádicos localizados –gobierno contra grupos rebeldes o conflictos intertribales–, lo que todavía tiene un profundo efecto sobre una población que a menudo ya ha sufrido las consecuencias del conflicto. Y, aunque la población civil está siendo menos el blanco directo de la violencia, ésta sigue siendo motivo de continuos desplazamientos.

En este contexto, el valor añadido de MSF ha sido responder a estas emergencias localizadas. Durante el pasado año, más de 3.000 familias desplazadas recibieron apoyo de emergencia a través de distribuciones de artículos de primera necesidad, provisión de agua potable limpia, construcción de letrinas, clínicas móviles o campañas de vacunación. La mayor parte de la población que recibió asistencia durante estas intervenciones huía de enfrentamientos entre tribus, desde el interior del sur de Sudán hacia zonas en las que MSF ya estaba trabajando. Esto facilitó la prestación de una asistencia rápida y efectiva.

### **Expulsiones del país**

Los días 3 y 4 de marzo, las secciones holandesa y francesa de MSF fueron expulsadas del país por el gobierno, en represalia por la orden de arresto dictada por el Tribunal Penal Internacional contra el presidente sudanés, Omar Hassan al Bashir. Esta expulsión, junto con la de otras 13 grandes ONG internacionales y tres nacionales presentes en Darfur y en las zonas de transición, fue inicialmente calificada de catastrófica para la población por la ONU y las ONG internacionales. Sin embargo, la catástrofe no fue tal, gracias a las medidas provisionales activadas por el Gobierno sudanés, las agencias de Naciones Unidas y, en menor medida, por las ONG que quedaron (entre ellas, las secciones española y belga de MSF) y otras que se añadieron.

De todas formas, esto paralizó seriamente nuestras operaciones durante algunas semanas, aunque seguimos convencidos de la necesidad de asistir a la población mientras pudiéramos, sin comprometer nuestros principios básicos y mientras ello beneficiara a las personas atendidas.

En los últimos meses, desde los sucesos de marzo, parece haber una mayor voluntad por parte del Gobierno sudanés de reducir la presión y permitir que las ONG internacionales sigan dispensando asistencia humanitaria.

### **Sur de Darfur**

MSF realizó una evaluación en el sur de Darfur, donde antes operaban las dos secciones de MSF que fueron expulsadas, para tener una mejor comprensión de la situación. La evaluación concluyó que, aunque no hay una crisis humanitaria aguda, la situación humanitaria es más precaria en zonas rurales/periféricas que en zonas urbanas o campos de desplazados. La inseguridad aísla a estas zonas del apoyo externo. Asimismo, la combinación de inseguridad alimentaria (cosechas deficientes) y programas nutricionales poco efectivos puede provocar un preocupante deterioro de la situación nutricional en los próximos meses.

A nivel de operaciones, se decidió que la sección belga de MSF centrara sus actividades en el sur de Darfur y que la sección española quedara a cargo de los proyectos en el norte, incluido el de Kaguro, abierto inicialmente por los belgas. Esto dejará a una sección situada en cada estado del norte y el sur de Darfur, mientras que ambas aunarán esfuerzos y medios para seguir la situación y dar respuesta a emergencias en el oeste de la región.

### **La inseguridad, el mayor obstáculo**

Para los trabajadores humanitarios en el terreno, el entorno de seguridad es tan malo como siempre, y a veces incluso peor. Los secuestros de cooperantes internacionales se han convertido en algo habitual. Afortunadamente, al final la mayoría son puestos en libertad sin haber sufrido daño alguno.

Estos sucesos han cambiado drásticamente el entorno de seguridad en el que trabajamos y han tenido un profundo impacto en nuestros movimientos, y por consiguiente, también en nuestra operatividad. En estas circunstancias, el equipo expatriado inicialmente sólo hacía visitas relámpago de un día a los proyectos. Ante la tendencia al alza de los secuestros y sin un final a la vista, el equipo propuso interrumpir temporalmente la presencia estable de expatriados en los proyectos

y en su lugar organizar un equipo itinerante que supervisara las actividades llevadas a cabo por personal sudanés en el terreno. Este equipo pasó a conocerse como el *North Darfur Field Team* (equipo de terreno del norte de Darfur) y actualmente supervisa los proyectos de Shangil Tobaya, Tawila y Dar Zaghawa, en el norte de Darfur.

### **Proyectos**

En 2009, el mayor logro para MSF en el norte de Sudán ha sido que logramos ampliar sustancialmente nuestros proyectos regulares y nuestra capacidad de respuesta a emergencias, a pesar de todos los obstáculos. Empezando con un proyecto en Shangil Tobaya abierto hace cinco años, el equipo pudo gestionar la reapertura del proyecto de Tawila, iniciar nuevas actividades en Dar Zaghawa, una zona conflictiva, y responder a numerosas situaciones de crisis debidas a la violencia.

Por último, dar las gracias a todos mis colegas que han trabajado de forma tan diligente y entusiasta durante este último año para seguir asistiendo a las víctimas de la violencia.

Por **Mària Vallés**  
Asesora de Asuntos Humanitarios  
de MSF-E en Kenia

# VIH/sida: la experiencia de MSF en Busia

**De 2000 a 2010, MSF ha desarrollado un proyecto integral de prevención, atención y tratamiento de VIH/sida en el distrito de Busia, al oeste de Kenia. Tras 10 años de intervención, habiendo cubierto los objetivos fijados y obtenido excelentes resultados, MSF acaba de traspasar el proyecto. Lo que parecía imposible hace una década se ha demostrado: el VIH/sida puede tratarse con éxito en entornos rurales con recursos limitados.**

## La pandemia del sida en Kenia y en el distrito de Busia

En 1999 el Gobierno de Kenia declaró la epidemia del sida un desastre nacional y una emergencia de salud pública que excedía sus capacidades. La prevalencia nacional se calculaba en un 21%, la mortalidad y morbilidad asociadas eran altísimas y más del 50% de las admisiones hospitalarias estaban relacionadas con el VIH. En aquel entonces la terapia antirretroviral (ARV) no estaba disponible en el país. En este contexto y tras un análisis del impacto de la epidemia, MSF abrió el proyecto de Busia en el año 2000.

El distrito rural de Busia, con más de medio millón de habitantes, está situado en la provincia Occidental de Kenia, al norte del lago Victoria, en la frontera con Uganda. Este distrito, cuya economía se basa en la agricultura de subsistencia, la pesca y el comercio con el país vecino, presenta factores de riesgo típicos de las zonas fronterizas, como una gran población flotante y altos niveles de comercio sexual. Hasta el año 2000, la prevalencia estimada de VIH/sida en el distrito era del 20% y ni el gobierno ni otros actores podían ofrecer tratamiento ARV.

## La intervención de MSF

El proyecto arrancó en el año 2000 en colaboración con el Ministerio de Salud keniano. Durante los tres primeros años, MSF se centró en la prevención del VIH

y otras enfermedades de transmisión sexual y en los cuidados paliativos. En 2003 se introdujo el tratamiento ARV en el distrito de Busia. A partir de ese momento, las actividades se fueron ampliando hasta cuatro hospitales, cuatro centros de salud y cuatro dispensarios en zona rural.

En el **área médica**, se empezó con servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH, así como tratamiento ARV y de infecciones oportunistas, y programas de prevención de la transmisión de madre a hijo. El siguiente paso fue integrar las actividades en los servicios de atención primaria y descentralizar la atención y el tratamiento a otras estructuras de salud para ampliar el acceso de la población, mediante el suministro de medicamentos y equipos, la rehabilitación de estructuras y la formación de personal del Ministerio de Salud.

La **atención domiciliaria** fue una pieza clave del proyecto. El personal de MSF y más de 200 voluntarios formados y apoyados por la organización visitaban las comunidades rurales para atender a pacientes, detectar posibles nuevos casos o seguir los casos de abandono para derivarlos a los centros de salud, donde podían acceder a tratamiento o hacerse las pruebas.

El componente de **comunicación, activismo y trabajo en red** fue fundamental para romper con el estigma asociado a la enfermedad y para difundir los servicios de MSF. Los equipos, junto

con 395 voluntarios locales, ofrecieron sesiones informativas y educativas sobre el VIH/sida y distribuyeron preservativos entre la población general. Por otro lado, se formó e incorporó a pacientes experimentados de la comunidad en los servicios (asesoramiento y análisis voluntarios, atención domiciliaria, localización de pacientes que discontinuaron el tratamiento...) y en la formación de grupos de apoyo para nuevos pacientes. En total 609 pacientes voluntarios se implicaron en el proyecto, se crearon 129 grupos de apoyo y más de 210 activistas participaron en acciones de sensibilización y presión política.

El proyecto tuvo un importante componente de incidencia técnica y política. MSF participó activamente en comités a nivel gubernamental y colaboró con organizaciones civiles kenianas para el establecimiento de protocolos médicos, la introducción de medicamentos genéricos y formulaciones pediátricas, y el acceso gratuito al tratamiento ARV, entre otros temas.

## Traspaso del proyecto

En vista que los objetivos del proyecto se habían cubierto y que había otras organizaciones en la zona interesadas en continuar las actividades, MSF empezó a planificar su traspaso.

Tras un análisis de las diferentes opciones y varias reuniones de coordinación con el Ministerio de Salud y otras

organizaciones, en enero de 2008 se inició el proceso de traspaso del proyecto a AMPATH<sup>1</sup>, una organización internacional presente en el país y con amplia experiencia en VIH/sida.

El proceso duró casi dos años para asegurar la continuidad del tratamiento y su calidad, así como la comprensión de la salida de MSF por parte de la comunidad.

### Las claves del éxito

Este proyecto ha sido evaluado como un modelo integral de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida de alta calidad y orientado al paciente. Habiendo disminuido la mortalidad y morbilidad asociadas al VIH en Busia, ha quedado demostrado que es posible tratar el VIH/sida con buenos resultados en zonas rurales con recursos limitados, al tiempo que el acceso al tratamiento y el refuerzo positivo de los pacientes reduce el estigma y la discriminación por parte de la comunidad<sup>2</sup>.

El éxito del proyecto se debe al efecto combinado de un alto componente de relación y **proximidad** con la comunidad; la **descentralización** de los servicios para llevar la atención y el tratamiento a zonas remotas y en los niveles más básicos como los dispensarios; la **integración** de la atención y el tratamiento del VIH/sida a nivel de salud primaria en las estructuras del ministerio; y la **simplificación del tratamiento** mediante el uso de genéricos y dosis fijas combinadas, el manejo de casos por personal de enfermería y la implicación de los pacientes en los servicios.

Otros resultados importantes del proyecto han sido el alto conocimiento del VIH/sida entre la población, la reducción del estigma y la discriminación social, y el aumento del activismo y el liderazgo de las personas seropositivas en la comunidad. Estos factores, junto con los buenos resultados clínicos obtenidos, hacen del proyecto de MSF en Busia un modelo a replicar en entornos rurales con recursos limitados.

1 AMPATH (Academic Model Providing Access to Healthcare) es una colaboración entre la Moi University School of Medicine, el Moi Teaching and Referral Hospital (el segundo hospital nacional de referencia de Kenia) y un consorcio de escuelas de medicina de Estados Unidos liderado por la Universidad de Indiana. AMPATH promueve un abordaje integral del control del VIH/sida que complementa y mejora la infraestructura de salud existente.

2 La prevalencia de VIH/sida en Busia pasó de un 20% estimado antes del año 2000, a un 7,4% en 2008. BUSIA ANC sentinel surveillance sites.



La implicación comunitaria ha sido fundamental en la lucha contra la enfermedad © BRENDAN BANNON

Principales resultados 2001 / 2010	
<b>Alta cobertura</b>	El 79,6% de las personas seropositivas de la comunidad tenía acceso a atención y tratamiento. El 104% de los pacientes que necesitaban tratamiento ARV accedieron a él.
<b>Alta tasa de incorporación al tratamiento ARV</b>	12.534 adultos y 287 niños accedieron a servicios de salud en estructuras apoyadas por MSF. 4.024 adultos y 287 niños iniciaron tratamiento ARV.
<b>Alta adherencia al tratamiento</b>	Más del 95% de los pacientes se adhirieron al tratamiento, siguiéndolo sin saltarse ninguna toma.
<b>Baja tasa de abandonos</b>	De los 4.311 pacientes que iniciaron terapia ARV, sólo el 8% la abandonaron. Se considera abandono cuando una persona falta más de dos meses a los controles médicos y no se la puede localizar.
<b>Buena respuesta a la primera línea de tratamiento</b>	El 98% de las personas en terapia ARV respondió bien al tratamiento de primera línea. Un 2% tuvo que iniciar el de segunda línea.
<b>Alto porcentaje de madres testadas de VIH</b>	El 93% de las madres que acudieron a los servicios de atención prenatal se hicieron las pruebas del VIH.
<b>Baja tasa de transmisión de madres a hijos</b>	Un 5% de los bebés en el programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo dio positivo.

# Apoyo social 2009

## Socios y donantes particulares

Queremos agradecer a cada uno de nuestros 239.800 socios su compromiso con la ayuda humanitaria independiente.

Su apoyo desinteresado, más allá del dinero, nos permite seguir prestando asistencia médica a las poblaciones más vulnerables y rescatarlas del olvido. Con su apoyo económico, a través de sus cuotas regulares, podemos actuar de forma inmediata ante cualquier emergencia y planificar futuros proyectos, garantizando así nuestra independencia para llegar a quienes más lo necesitan.

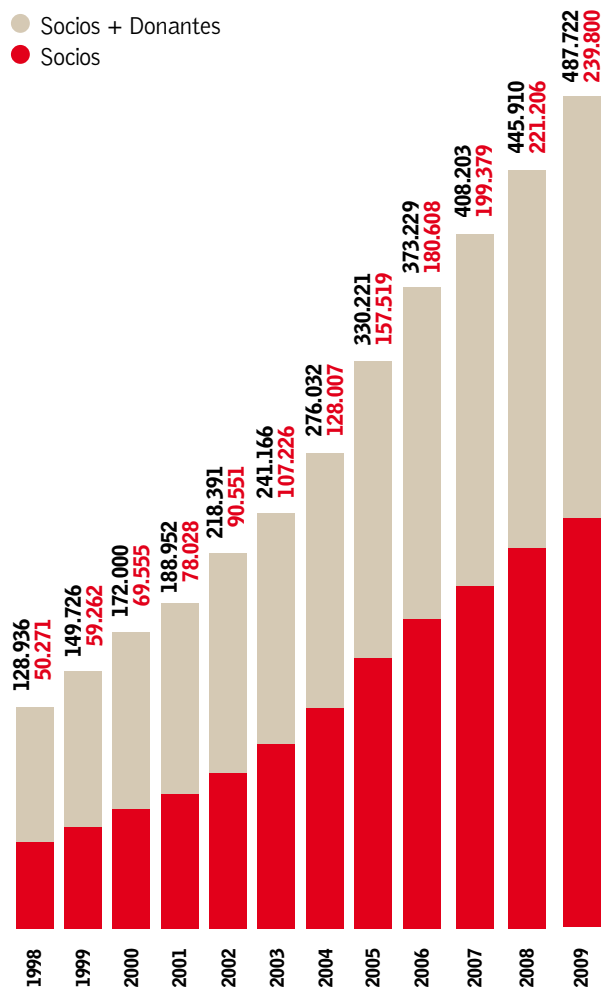
Muchas gracias por hacerlo posible.

### Número de socios 2009

# 239.800

### Evolución de socios y donantes

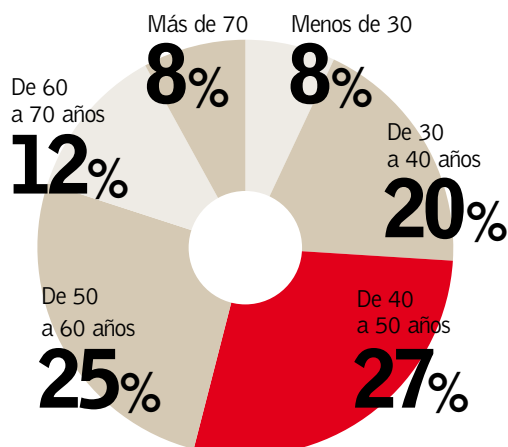
- Socios + Donantes
- Socios



### Distribución de socios por sexo



### Distribución de socios por edades



## Distribución de socios por provincias

A Coruña	1,97%	La Rioja	0,73%
Álava	0,94%	Las Palmas	1,07%
Albacete	0,52%	León	0,79%
Alicante	2,32%	Lleida	0,67%
Almería	0,65%	Lugo	0,38%
Asturias	2,29%	Madrid	21,95%
Ávila	0,25%	Málaga	2,49%
Badajoz	0,78%	Melilla	0,09%
Barcelona	18,12%	Murcia	1,88%
Burgos	0,71%	Navarra	1,40%
Cáceres	0,55%	Ourense	0,38%
Cádiz	1,55%	Palencia	0,26%
Cantabria	1,38%	Pontevedra	1,69%
Castellón	1,03%	Salamanca	0,56%
Ceuta	0,07%	Santa Cruz de Tenerife	1,11%
Ciudad Real	0,66%	Segovia	0,32%
Córdoba	0,88%	Sevilla	3,63%
Cuenca	0,24%	Soria	0,16%
Girona	1,27%	Tarragona	1,35%
Granada	1,26%	Teruel	0,20%
Guadalajara	0,44%	Toledo	0,79%
Guipúzcoa	2,81%	Valencia	6,35%
Huelva	0,57%	Valladolid	1,15%
Huesca	0,38%	Vizcaya	4,63%
Islas Baleares	1,68%	Zamora	0,22%
Jaén	0,69%	Zaragoza	1,77%

## Herencias y legados

Cada vez son más las personas que se unen al proyecto de MSF en su deseo de apoyar a los más vulnerables. Lo hacen posible incluyéndonos en su testamento y posterior herencia, depositando así su confianza en la labor que realizamos.

### Total ingresos efectivos

# 1.674.461 €

## Empresas y entidades colaboradoras

Las colaboraciones del sector empresarial y el resto de entidades que nos apoyan en nuestra labor humanitaria son cada vez más importantes. No podemos mencionar aquí a todas ellas, pero sí queremos darles nuestro más sincero agradecimiento.

Accessories Unlimited	Inditex
Arrospe	Infojobs
Aulaclic	Ircoex
Autoscout 24 España	Irizar
AyB Hislabor Decor	Jandiapart
Banaketa Solidarioa Fundazioa	Jevaso
Basi	Jiménez y Asociados
Cafetería Armenia	L'altre Taller
Caixa Catalunya	Lipasam
Caja España	M68 Arquitectura
Camge Financiera	Mango
Carat España	Marp Marketing y Producto
Club Internacional De Prensa	Medicor
Corporació Sanitària Parc Taulí	Microsoft
Corporación Empresarial Igor	Moncal 1941
Cotyastor	Neila Ingenieros
Crédito y Caución	Obra Social Caja Cantabria
Ditexmed	Obra Sociocultural Unicaja
Doctaforum	Oído
Edicions Bromera	Originale Masiris Holding
El Brillante	Oticon España
Encinares de Castilla	Panadero Denia
Entorno Obras y Servicios	Papelaweb
Eroski	Perfect Sun Travel
Eulen Seguridad	Pleta Auditores
Euro Suministradora Catalana	Rba Publventas
Europcar	Reial Automòbil Club de Catalunya - RACC
Foro de Formación y Ediciones	Roberlo
Fundació 30 KM/S	Sanitas
Fundació Caixa Sabadell	Sara Lee Iberia
Fundació Jesús Serra	Securitec
Fundació La Caixa	Seidor, S.A.
Fundación Accenture	SME RTVE
Fundación Aisge	Sociedad General Española de Librería - SGEL
Fundación Caja de Ahorros de Navarra	Softonic
Fundación Carmen Gandarias	Stolt Sea Farm
Fundación Ikerbasque	Trecedis
Fundación KPMG	Vascat
Fundación Kyrene	Viajes Halley
Fundación Profesor Uría	
Fundación Vodafone España	

Por **Gemma Ortiz Genovese**

Referente de sensibilización y testimonio sobre enfermedades olvidadas MSF-E

# Testimonio e incidencia política por los enfermos olvidados

**En la lucha contra las enfermedades olvidadas, cruzar fronteras y llegar hasta los pacientes a menudo no es suficiente. Las víctimas del kala azar, el Chagas o la enfermedad del sueño son personas sin recursos y, por tanto, aun contándose por cientos de miles, están fuera de las agendas farmacéutica y política. A veces llegamos a ellos, pero no disponemos de los medios adecuados para atenderles. Y ahí entran en juego el testimonio y la incidencia política.**



La enfermedad del sueño afecta a millones de personas y es mortal si no se trata © JUAN CARLOS TOMASI

**E**l Chagas, el kala azar y la enfermedad del sueño no son precisamente el mercado más atractivo, lo cual se traduce en una hiriente falta de métodos de diagnóstico y tratamientos eficaces, adaptados y a precios asequibles. La inversión en investigación y desarrollo (I+D), esencialmente guiada por la obtención de beneficios, es mínima, y la voluntad política, casi nula. En 2009, además de ofrecer tratamiento a pacientes de estas enfermedades, MSF luchó por sacarles del olvido.

Desde su experiencia en el terreno, MSF sigue compartiendo su experiencia y presionando a los actores implicados para lograr cambios: a los laboratorios farmacéuticos, a los institutos de investigación, a los gobiernos donantes y a los de los países afectados, a todos los que, en definitiva, componen este sistema actual que ha decidido ignorar las necesidades de los enfermos más pobres del planeta.

### Campaña contra el Chagas

Bajo el lema *Es hora de romper el silencio*, en 2009 MSF lanzó una campaña para impulsar la lucha contra el Chagas, enfermedad que en Latinoamérica afecta a entre 10 y 15 millones de personas y mata a unas 14.000 al año, y sin embargo tan olvidada que ni siquiera está integrada en la atención primaria: es decir que, a pesar de estas abrumadoras cifras, ni se diagnostica ni se trata de forma rutinaria.

En Bolivia, MSF examinó a 5.550 personas y trató a casi 500 pacientes en zona urbana y rural, enfatizando además la sensibilización comunitaria en zonas remotas. Desde esta experiencia, en congresos científicos y en los eventos conmemorativos del centenario del descubrimiento del Chagas, MSF reclamó: la integración del diagnóstico y del tratamiento de niños, y cuando sea posible de adultos, en la atención primaria; la gratuidad de la atención para todos y el seguimiento de posibles efectos secundarios; la sistematización de la recogida de datos para determinar la prevalencia del Chagas; el refuerzo de las cadenas de suministro de medicamentos y pruebas diagnósticas para garantizar su disponibilidad en zonas remotas; y la mejora del control del vector de transmisión (la chinche conocida como vinchuca) para asegurar que, al tratar a un enfermo, su casa será revisada y fumigada en caso necesario.

En octubre, la resolución *Eliminación de las enfermedades olvidadas y otras infecciones asociadas a la pobreza* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorporó las estrategias propuestas por MSF para el Chagas. Ya en 2010,

la Asamblea Mundial de la Salud ha recomendado la integración de la enfermedad en la atención primaria, dos logros importantes que influirán en la asignación de recursos económicos y humanos a la lucha contra el Chagas.

Pero estas estrategias no serán eficaces sin nuevos medicamentos: los dos únicos disponibles, benznidazol y nifurtimox, tienen más de 30 años y presentan una eficacia limitada en la fase crónica, así como graves efectos secundarios. En 2009, MSF siguió reclamando formulaciones pediátricas; nuevos medicamentos más eficaces y seguros; pruebas rápidas de diagnóstico más asequibles y adaptadas; y mejores pruebas de curación que confirmen el éxito del tratamiento y de paso ayuden a medir la eficacia de nuevos fármacos.

### Kala azar

Desde julio de 2007, en el estado de Bihar (India) MSF ha administrado anfotericina B liposomal (AmBisome®) a 5.700 pacientes de kala azar, demostrando su eficacia como tratamiento de primera línea. Además, la estrategia ambulatoria ha puesto el diagnóstico y el tratamiento al alcance de las castas más bajas en poblaciones rurales.

Siendo ésta una enfermedad que afecta a los más pobres, uno de los logros de 2009 fue la reducción del precio del AmBisome® de 16 a 14,5 euros por vial para los proyectos de MSF, un coste que de todas formas sigue siendo demasiado alto. Éste es precisamente uno de los retos, así como mejorar el uso de los medicamentos existentes mediante nuevas combinaciones y, casi como paso previo, acelerar el registro de fármacos (no todas las opciones de tratamiento están registradas en todos los países endémicos).

Lo que era un desafío primordial para el Chagas se repite para el kala azar: un mayor compromiso en I+D. Necesitamos pruebas diagnósticas rápidas que puedan utilizarse para recaídas; tratamientos menos tóxicos, por vía oral, más cortos y seguros para mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo; y mejores fármacos para pacientes coinfectados con VIH/sida. Se estima que cada año se dan 500.000 casos de kala azar en el mundo y unos 60.000 muertos.

### Enfermedad del sueño

En 2009, MSF atendió a pacientes de tripanosomiasis humana africana (THA) en la República Centroafricana y en Sudán, con 46.000 personas examinadas y casi 600 casos confirmados y tratados. Dentro de su compromiso con la investigación médica, MSF probó la eficacia, en el

estadio II de la THA, de la nueva terapia combinada nifurtimox-eflornitina (NECT), desarrollada por la iniciativa sin ánimo de lucro Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi), con la participación de MSF y Épicentre.

La NECT fue incluida en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud y recomendada como tratamiento de primera línea para el estadio II: los pacientes ya no tendrán como única opción el melarsoprol, un derivado del arsénico muy tóxico y doloroso. Además, MSF quiere impulsar su utilización en los países afectados: esta última depende de una autorización del Ministerio de Salud correspondiente, que asuma la responsabilidad de su uso, un proceso burocrático en el que MSF ha actuado como garante de la nueva terapia en los países donde trabaja. Este proceso ha sido un éxito en todos ellos.

Y de nuevo, MSF sigue abogando por un mayor compromiso en la investigación sobre la THA. La NECT es un gran avance, pero no es el tratamiento ideal: necesita dos perfusiones intravenosas al día y la hospitalización del enfermo. Faltan también pruebas diagnósticas simplificadas y que permitan determinar, sin necesidad de punción lumbar, el estadio de la enfermedad. Y de forma más amplia, MSF reclama mecanismos de vigilancia en zonas en las que la THA amenaza la salud pública.

### Conclusiones

Si algo ha demostrado la experiencia de MSF en la atención de pacientes de enfermedad del sueño, kala azar y Chagas, es que es posible actuar incluso en contextos con sistemas de salud desestructurados, pacientes aislados en zona rural o discriminados socialmente, y métodos diagnósticos y tratamientos que dejan mucho que desear.

La atención prestada, sumada a la investigación médica, ha sido la base para 12 meses de incidencia política y testimonio. Defender el acceso a medicamentos esenciales para millones de enfermos olvidados en los países pobres es una responsabilidad que MSF seguirá asumiendo hasta conseguir que otros asuman su parte: tenemos por delante grandes retos si queremos provocar cambios en las políticas y que éstas se apliquen, hasta que, un día, MSF no tenga ya ningún papel que jugar.

Por **Bernard Lapeyre**  
Director de operaciones adjunto MSF-E

# Emergencias: retos y respuestas

**En MSF, la capacidad de respuesta a emergencias es una condición fundamental que determina la eficacia de nuestra acción. Sea en conflictos, catástrofes naturales, epidemias o crisis nutricionales, el impacto de nuestras intervenciones depende en buena medida de que sepamos adaptar nuestra respuesta a la cambiante realidad de estos contextos. A continuación os mostramos los retos a los que nos enfrentamos en 2009 y las medidas que adoptamos para superarlos.**



**Víctima del terremoto que asoló la costa de Sumatra (Indonesia) en septiembre de 2009** © JUAN CARLOS TOMASI

## Conflictos armados

Como organización emergencista, MSF siempre ha intervenido en situaciones de conflicto para asistir a las poblaciones civiles afectadas. En los últimos años, sin embargo, la capacidad de las organizaciones humanitarias para atender a las víctimas de conflictos ha disminuido considerablemente, debido a la creciente polarización política en muchos contextos y a la percepción por parte de los grupos armados de que la ayuda humanitaria sólo es un instrumento de ingerencia de los poderes extranjeros.

En 2009, nuestras intervenciones en contextos como Somalia, Darfur (Sudán), Irak y Yemen pasaron por grandes dificultades. También supusieron un reto en zonas como los Kivus (República Democrática del Congo - RDC) y el sur de Sudán (en zonas afectadas por las incursiones del Lord's Resistance Army), donde la intensidad del conflicto es menor, pero la violencia sigue siendo extrema. Del mismo modo, los conflictos en la República Centroafricana (RCA) y en Colombia, a menudo considerados crónicos u olvidados, implican problemas de acceso a las víctimas y ponen a prueba nuestras capacidades.

La respuesta a emergencias en situaciones de conflicto siempre ha estado condicionada por diferentes factores, entre los que destacan: el nivel de inseguridad, que tenemos que medir para poder decidir si intervenimos; el histórico de nuestra organización en esos contextos, lo que nos permite tener un mejor acceso de emergencia en zonas difíciles (por ejemplo en RDC o RCA); y el nivel de aceptación por parte de los grupos beligerantes. Otro aspecto a destacar es cómo nos perciben las comunidades beneficiarias en contextos como, por ejemplo, Somalia o Darfur. La percepción es un aspecto fundamental, y debemos reconocer que la imagen de las organizaciones humanitarias ya no es tan neutra, debido a la confusión entre lo militar, lo político y lo humanitario que se ha impuesto con la guerra global contra el terror.

Por otra parte, la gran inseguridad que reina en contextos como Afganistán, Pakistán, Irak, Somalia, Darfur y Yemen nos obliga a adoptar otros modelos de intervención, como, por ejemplo, trabajar principalmente con personal del país (como en Darfur y Somalia) o incluso con un equipo confinado en un hospital (en Afganistán).

## Catástrofes naturales

Nuestra capacidad de respuesta ante catástrofes naturales actualmente se topa con más limitaciones que en el pasado. Por ejemplo, hoy es difícil encontrar una compañía aérea dispuesta a priorizar la ayuda humanitaria, como ocurría hace más de una década. Los contextos también han evolucionado: tras el *tsunami*, algunos gobiernos han invertido en partidas de preparación y respuesta a emergencias y de reconstrucción, con el apoyo de varias organizaciones como la ONU.

Tenemos que replantearnos nuestra capacidad de respuesta tras estos cambios en algunos contextos y seguir buscando la máxima eficacia. Por ejemplo, en nuestra intervención en el terremoto de Padang, Indonesia, podíamos haber sido más rápidos si hubiéramos tenido equipos y materiales preparados en esa región.

## Epidemias y crisis nutricionales

En las intervenciones de respuesta a epidemias, las limitaciones tienen más implicaciones políticas. Siempre ha sido difícil para los gobiernos reconocer que no pueden controlar las epidemias que afectan a sus ciudadanos, sabiendo que esto puede dañar su imagen y en algunos casos su credibilidad. Por ejemplo, es frecuente ver a países que se resisten a declarar una epidemia de cólera, por la imagen negativa que conlleva la enfermedad. En 2009, MSF respondió a importantes epidemias de meningitis en Níger y Nigeria, y de cólera en Zimbabue, Kenia y Zambia.

Idénticas limitaciones políticas surgen en caso de crisis nutricional, ya que ningún gobierno suele admitir con facilidad que su población sufre desnutrición. En 2009, por ejemplo, tuvimos grandes dificultades para intervenir en Etiopía. En RCA, por el contrario, pudimos intervenir de forma eficaz para responder a una emergencia nutricional en el suroeste del país y continuar con un proyecto a medio plazo tras la fase de emergencia.

## Medidas para mejorar nuestra respuesta

A finales de 2007, decidimos descentralizar progresivamente nuestro sistema de respuesta a emergencias, tras un proceso de reflexión sobre las continuas crisis en África del Este, sea por conflictos, epidemias o catástrofes naturales, a las que habíamos respondido desde la sede en Barcelona.

Para poder ser más reactivos ante estas situaciones, y bajo la coordinación de la Unidad de Emergencias, la primera iniciativa arrancó en 2007 en Nairobi, donde se estableció un equipo acompañado

de un stock de emergencia para dar apoyo a nuestras misiones en la región.

En 2008 desplegamos otro equipo más modesto en Panamá acompañado asimismo de un stock de emergencia, para dar respuesta a catástrofes naturales en América Central y del Sur.

También decidimos reforzar la capacidad de respuesta de las misiones regulares mediante la creación de equipos locales de emergencia y la instauración de mecanismos y stocks específicos.

El primer equipo local de emergencia se puso en marcha en 2008 en Nigeria, y después en RDC, Etiopía, Somalia, Kenia y Uganda. La idea es tener de forma permanente en nuestras misiones un equipo de personas formadas para responder a emergencias que puedan reaccionar en cualquier momento. Tras los primeros resultados, esta iniciativa debe seguir en algunos contextos y ser analizada más a fondo.

Por otra parte, la preparación a emergencias en las misiones regulares es un elemento fundamental para mejorar nuestra respuesta. Los sistemas de vigilancia y de alerta temprana, así como los planes de intervención, son instrumentos muy útiles para recabar y disponer de información esencial en contextos en los que es difícil encontrar recursos y donde, por regla general, solemos tener una gran rotación de equipos.

## Conclusiones

En 2009 se realizaron más de 30 intervenciones de emergencia, principalmente en zonas de conflicto, además de responder a epidemias, catástrofes naturales y crisis nutricionales. Esto fue posible gracias a la mejora de los planes de respuesta en las misiones, lo que permitió una reacción rápida de los equipos regulares, y a la descentralización del sistema a través de los equipos basados en Kenia y Panamá.

Vamos a evaluar estas iniciativas, pero ya podemos afirmar que la respuesta depende esencialmente de la proximidad, tanto de materiales como de personas, y que para tener una mayor capacidad de respuesta, quizá tengamos que tener equipos preparados en las misiones o más cerca de los escenarios de crisis. Ya sea partiendo de una base descentralizada, de una misión o de un proyecto, nuestra organización debe siempre tratar de mejorar su capacidad de respuesta, y ello empieza sin lugar a dudas en el terreno.

# Finanzas MSF 2009

**E**l ejercicio 2009 ha sido eminentemente estable, con unas cifras muy parecidas a las del ejercicio anterior. El gasto total ejecutado en 2009 se incrementa tan sólo en un 1% respecto al volumen de 2008. De forma paralela, los ingresos también crecen alrededor del 1% y se generan unas reservas de 4,38 millones de euros, situándose tanto las reservas contables como las líquidas por encima de los 6 meses de actividad.

El volumen total de gasto de proyectos se incrementa en un 1,45%. La dinámica operacional no consiguió mantener las previsiones iniciales y, de los 23 proyectos planificados, sólo se pudieron abrir 13. Las 31 intervenciones de emergencia realizadas supusieron un total de 7,43 millones de euros.

La mayor proporción del gasto se sigue concentrando en la atención a víctimas de conflictos armados (43%) y a víctimas de enfermedades endémicas/epidémicas (34%). Disminuye la proporción de gasto dedicado a víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria (20%), principalmente por la reorientación de los proyectos nutricionales en Etiopía, y aumenta a su vez la dedicación a víctimas de desastres naturales (3%), en gran parte, a raíz de la intervención de emergencia en Indonesia.

Los costes de actividades no incluidas en la misión social (captación de fondos y administración) continuaron su línea de contención, creciendo de forma muy moderada con respecto a 2008.

Los ingresos aguantan bien un año de crisis. De nuevo, los socios regulares garantizan el crecimiento de los ingresos privados, creciendo su aportación en un 12%. Se incorporaron 41.474 nuevos socios, lo que eleva la cifra total a prácticamente 240.000 socios de MSF en España, aumentando su contribución porcentual en el cómputo total de los ingresos privados de un 71,5% en 2008 a un 74,6% en 2009.



KPMG Auditores S.L.  
Edificio La Porta de Barcelona  
Av. Diagonal, 682  
08034 Barcelona

## Informe de Auditoría de Cuentas Anuales

A la Asamblea General Ordinaria de  
Asociados de Médicos Sin Fronteras España

Hemos auditado las cuentas anuales de Médicos Sin Fronteras España (la Sociedad) que comprenden el balance de situación al 31 de diciembre de 2009, la cuenta de pérdidas y ganancias, el estado de cambios en el patrimonio neto y la memoria de las cuentas anuales correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, cuya formulación es responsabilidad de la Junta Directiva de la Asociación. Nuestra responsabilidad es expresar una opinión sobre las citadas cuentas anuales en su conjunto, basada en el trabajo realizado de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas, que requieren el examen, mediante la realización de pruebas selectivas, de la evidencia justificativa de las cuentas anuales y la evaluación de su presentación, de los principios contables aplicados y de las estimaciones realizadas.

De acuerdo con la legislación mercantil, la Junta Directiva de la Asociación presenta, a efectos comparativos, con cada una de las partidas del balance de situación, de la cuenta de pérdidas y ganancias, del estado de cambios en el patrimonio neto y de la memoria, además de las cifras del ejercicio 2009, las correspondientes al ejercicio anterior. Nuestra opinión se refiere exclusivamente a las cuentas anuales del ejercicio 2009. Con fecha 8 de junio de 2009 emitimos nuestro informe de auditoría acerca de las cuentas anuales del ejercicio 2008 en el que expresamos una opinión favorable.

En nuestra opinión, las cuentas anuales del ejercicio 2009 adjuntas expresan, en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera de Médicos Sin Fronteras España al 31 de diciembre de 2009 y de los resultados de sus operaciones y de los cambios en el patrimonio neto correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha y contienen la información necesaria y suficiente para su interpretación y comprensión adecuada, de conformidad con los principios y normas contables generalmente aceptados en la normativa española que resultan de aplicación y que guardan uniformidad con los aplicados en el ejercicio anterior.

KPMG Auditores, S.L.

  
Francisco Gibert Pibernat  
Socio

14 de junio de 2010

COL·LEGI  
DE CENSORS JURATS  
DE COMPTES  
DE CATALUNYA

Membre associat

KPMG

Any: CODIA 2010 Núm: 2010091560

.....  
Aquest informe està subjecte a  
la taxa aplicable establida a la  
Llei 48/2002 de 22 de novembre  
.....

KPMG Auditores, S.L., sociedad española de responsabilidad limitada, es una entidad afiliada a KPMG Europa LLP y forma miembro de la red MSF84 de firmas independientes afiliadas a KPMG International, sociedad suiza.

Inscrita en el Registro Oficial de Auditores de Cuentas con el nº 200922, y en el Registro de Sociedades del Instituto de Censores Jurados de Cuentas con el nº 33. Pleg. Mer. Madrid, 1. 1190. 1. 911. S. S. N. M-108-021 Inscrip. B. C.I.F. B-76570702

Las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2009 han sido auditadas por KPMG y aprobadas por la Asamblea General de MSF España.

El informe completo de la auditoría está publicado en la página web de la organización: [www.msf.es](http://www.msf.es)

## Gastos e ingresos 2009

### Gastos

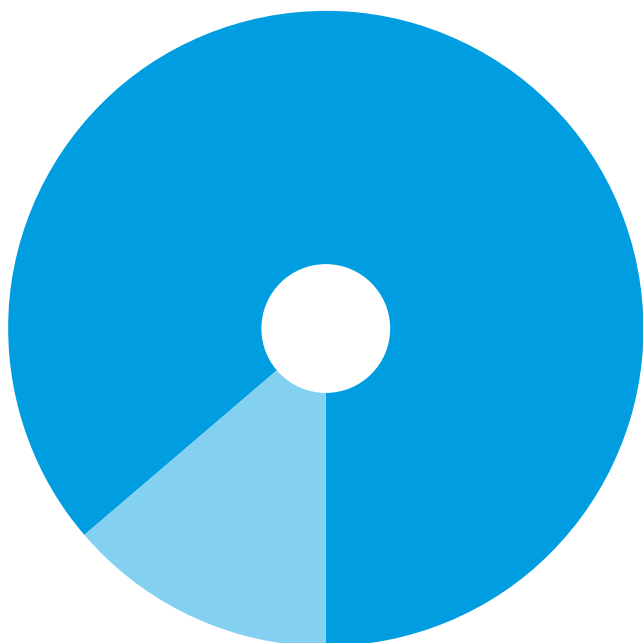
Del total de gastos, el 81,3% se dedicó a atención directa a las poblaciones y el 2,9% a actividades de testimonio, sensibilización e incidencia ciudadana. El 10,4% se invirtió en captación de fondos y el 5,4% restante se dedicó a gastos de gestión.

### Total gastos

**67.342.603 €**

Gastos misión social

**84,2 %**



Gastos administración  
y captación de fondos

**15,8 %**

### Ingresos

En un año de crisis, debemos destacar la importante contribución de los socios al conjunto de los ingresos, cuyas aportaciones han crecido un 12% respecto a 2008, por encima de lo previsto, y suponen ya el 75% de los fondos privados españoles.

### Total ingresos

**71.644.791 €**

Fondos privados

**88,4 %**



Fondos  
institucionales

**11,6 %**

## Equilibrios financieros y cuenta de resultados detallada MSF-E 2009

Gastos	Gastos 2009		Presupuesto 2009		Gastos 2008	
	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.	Euros	% Tot.
<b>Misión social</b>						
Proyectos	41.164.148	61,13	45.201.054	59,63	41.042.837	61,61
Emergencias	7.430.711	11,03	10.507.970	13,86	6.856.289	10,29
Gastos directos misiones	48.594.859	72,16	55.709.024	73,50	47.899.127	71,90
Apoyo a misiones	6.144.026	9,12	5.932.803	7,83	5.872.044	8,81
Testimonio	1.950.758	2,90	2.196.857	2,90	2.078.487	3,12
Otras actividades humanitarias		0,00		0,00	328.675	0,49
<b>Total misión social</b>	<b>56.689.643</b>	<b>84,18</b>	<b>63.838.685</b>	<b>84,22</b>	<b>56.178.333</b>	<b>84,33</b>
<b>Administración y captación de fondos</b>						
Captación de fondos	7.016.048	10,42	8.188.817	10,80	6.818.252	10,24
Administración	3.636.912	5,40	3.770.158	4,97	3.619.887	5,43
<b>Total gastos administración y captación de fondos</b>	<b>10.652.960</b>	<b>15,82</b>	<b>11.958.975</b>	<b>15,78</b>	<b>10.438.139</b>	<b>15,67</b>
<b>Total gastos</b>	<b>67.342.603</b>	<b>100,00</b>	<b>75.797.660</b>	<b>100,00</b>	<b>66.616.472</b>	<b>100,00</b>
<b>Ingresos</b>						
<b>Fondos privados</b>						
Fondos privados MSF-E	47.803.879	66,72	46.868.458	61,47	44.698.276	62,89
Fondos otras secciones MSF	14.677.694	20,49	16.300.000	21,38	17.874.418	25,15
Otros fondos privados	866.335	1,21	781.613	1,03	1.273.937	1,79
<b>Total fondos privados</b>	<b>63.347.908</b>	<b>88,42</b>	<b>63.950.071</b>	<b>83,87</b>	<b>63.846.631</b>	<b>89,83</b>
<b>Fondos públicos institucionales</b>						
Instituciones públicas extranjeras	4.523.483	6,31	6.800.000	8,92	3.643.620	5,13
Instituciones públicas españolas	3.773.400	5,27	5.500.000	7,21	3.586.615	5,05
<b>Total fondos públicos institucionales</b>	<b>8.296.883</b>	<b>11,58</b>	<b>12.300.000</b>	<b>16,13</b>	<b>7.230.235</b>	<b>10,17</b>
<b>Total ingresos</b>	<b>71.644.791</b>	<b>100,00</b>	<b>76.250.071</b>	<b>100,00</b>	<b>71.076.866</b>	<b>100,00</b>
<b>Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas</b> (realizadas y no realizadas)	<b>-76.521</b>		<b>270.000</b>		<b>-235.152</b>	
<b>Superávit / déficit</b>	<b>4.378.709</b>		<b>182.411</b>		<b>4.695.545</b>	

## Distribución de ingresos por financiador

### Ingresos financiadores privados

Ingresos privados MSF-E	Euros
Cuotas regulares de socios	35.681.351
Donativos	8.848.067
Donativos de particulares	7.442.596
Donativos de empresas y otros colectivos	1.405.471
Convenios empresas y fundaciones	1.600.000
Herencias y legados	1.674.461
<b>Total ingresos privados MSF-E</b>	<b>47.803.879</b>

Ingresos privados otras secciones MSF	Euros
MSF Estados Unidos	6.030.898
MSF Japón	4.654.132
MSF Grecia	3.250.000
MSF Noruega	504.130
MSF Suiza	212.188
Otros MSF	26.346
<b>Total ingresos otras secciones MSF</b>	<b>14.677.694</b>
Otros ingresos privados	866.335

**Total ingresos financiadores privados 63.347.908**

### Ingresos financiadores públicos

Instituciones públicas españolas	Euros
AECID*	3.403.206
Eusko Jaularitzta - Gobierno vasco	350.000
Principado de Asturias	50.000
Otros ajustes	-29.806
<b>Total instituciones públicas españolas</b>	<b>3.773.400</b>

Instituciones públicas extranjeras	Euros
Comisión de las Comunidades Europeas - ECHO	2.320.604
Gobierno alemán	129.818
Gobierno británico - DfID	960.518
Gobierno sueco - SIDA	741.370
Gobierno griego - Hellenic Aid	10.000
Gobierno canadiense - CIDA	297.955
Gobierno danés - DANIDA	63.218
<b>Total instituciones públicas extranjeras</b>	<b>4.523.483</b>

**Total ingresos financiadores públicos 8.296.883**

**Total ingresos 71.644.791**

## Distribución del coste de los proyectos por naturaleza del gasto

Si atendemos a la distribución por naturaleza del gasto, vemos que, un año más, se incrementa el peso de las partidas de recursos humanos, alcanzando el 53% del total. La línea de equipos/suministros médicos y nutricionales disminuye respecto a 2008, debido principalmente a la reorientación de los proyectos nutricionales en Etiopía.



**13.944.619 €**  
Personal nacional

**29%**



**11.641.740 €**  
Personal expatriado

**24%**



**9.886.585 €**  
Equipos/suministros médicos y nutricionales

**20%**



**6.213.561 €**  
Transporte, fletes y almacenaje

**13%**



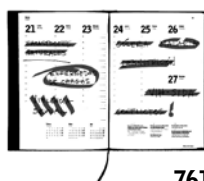
**2.679.655 €**  
Administración

**5%**



**2.299.815 €**  
Logística y saneamiento

**5%**



**761.761 €**  
Formación y consultores

**2%**



**1.167.123 €**  
Otros - Gastos de proyectos gestionados por otras secciones MSF

**2%**

**Total gastos**

**48.594.859 €**

\* Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

## Distribución de gastos por tipo de proyecto

El mayor gasto corresponde a la asistencia a víctimas de conflictos armados y de enfermedades endémicas y epidémicas, seguida de la atención a víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria, y por último, la ayuda a víctimas de desastres naturales.

**21.008.129 €**

Víctimas de conflictos armados <sup>1</sup>

**43%**



**16.511.350 €**

Víctimas de enfermedades endémicas / epidémicas <sup>2</sup>

**34%**



**9.590.258 €**

Víctimas de violencia social / exclusión de la atención sanitaria <sup>3</sup>

**20%**



**1.485.122 €**

Víctimas de desastres naturales <sup>4</sup>

**3%**



**Total gastos**

**48.594.859 €**

## Distribución de gastos por país

Proyectos	Euros
República Centroafricana	4.797.927
Níger	4.707.971
Zimbabue	4.151.016
República Democrática del Congo	3.884.255
Etiopía	3.831.841
Somalia	2.840.021
India	2.731.244
Uganda	2.321.871
Sudán (Darfur)	2.296.105
Liberia	2.147.275
Kenia	2.101.392
Colombia	2.004.229
Nigeria	1.903.639
Zambia	1.392.343
Yemen	1.217.123
Sur de Sudán	1.161.232
Territorios palestinos	1.015.434
Bolivia	691.518
Marruecos	604.923
Grecia	420.803
Otras intervenciones	2.372.697

**Total proyectos**

**48.594.859**

### 1 Víctimas de conflictos armados

- a Violencia directa contra la población civil: atención médica/quirúrgica/psicológica.
- b Refugiados/desplazados: ayuda médico-humanitaria directa.
- c Interrupción del sistema de salud debido al conflicto: apoyo médico a estructuras de salud/hospitales.
- d Crisis nutricional debida al conflicto: centros nutricionales, distribución de alimentos, etc.

### 2 Víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas

Atención médica a las personas afectadas.

### 3 Víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria

Intervención directa a través de actividades médicas, psicológicas y sociales. Quedan incluidos en esta categoría todos los proyectos cuyo objetivo sea el acceso a la salud, suplir vacíos sanitarios, sistemas de recuperación de costes, etc.

### 4 Víctimas de desastres naturales

Cualquier tipo de respuesta de emergencia, incluida la donación de materiales de ayuda.

## Cuentas combinadas de MSF internacional 2009

Presentamos las cuentas financieras combinadas auditadas de todo el movimiento internacional de MSF. Cada sección ha creado un sistema de reporte internacional de acuerdo con las normas y estándares contables internacionales de MSF, que cumplen con la mayoría de Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Estas cuentas combinan los balances financieros y cuentas de explotación de las 19 secciones, junto con los balances financieros de las organizaciones denominadas satélites,

creadas por MSF para mejorar la eficacia en actividades específicas (centrales de compras, centros de estudios epidemiológicos, etc.). Las cuentas internacionales dan una visión del marco de trabajo internacional de MSF y son a la vez un mecanismo de transparencia y rendición de cuentas. Las cuentas internacionales combinadas de MSF para el periodo 2009 han sido auditadas por las compañías de auditoría KPMG y Ernst&Young, conforme a las normas internacionales de auditoría.

MSF internacional	2009		2008	
<b>Ingresos</b>	Millones de euros	% Tot.	Millones de euros	% Tot.
<b>Fondos privados</b>	<b>572,4</b>	<b>86</b>	<b>587,4</b>	<b>87</b>
<b>Fondos públicos institucionales</b>	<b>77,9</b>	<b>12</b>	<b>67,7</b>	<b>10</b>
<b>Otros ingresos</b>	<b>15,1</b>	<b>2</b>	<b>20,3</b>	<b>3</b>
<b>Total ingresos</b>	<b>665,4</b>	<b>100</b>	<b>675,4</b>	<b>100</b>
<b>Gastos</b>	Millones de euros	% Tot.	Millones de euros	% Tot.
Misiones*	462,4	75	494,9	76
Testimonio	21,7	4	24,7	4
Otras actividades humanitarias	6,4	1	7,2	1
<b>Total misión social</b>	<b>490,5</b>	<b>80</b>	<b>526,8</b>	<b>81</b>
Captación de fondos	87,4	14	81,2	13
Gestión, general y administración	38,9	6	40,2	6
<b>Total otros gastos</b>	<b>126,3</b>	<b>20</b>	<b>121,5</b>	<b>19</b>
<b>Gastos totales</b>	<b>616,8</b>	<b>100</b>	<b>648,2</b>	<b>100</b>
<b>Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas (realizadas y no realizadas)</b>	<b>2,9</b>		<b>-4,7</b>	
<b>Superávit / déficit</b>	<b>51,5</b>		<b>22,5</b>	

\* Proyectos y gastos de apoyo de sede a terreno

### Edita

Médicos Sin Fronteras  
Nou de la Rambla, 26  
08001 BARCELONA  
T 933 046 100  
F 933 046 102

### Página web

www.msf.es

### Consejo de redacción

Jaume Codina, Aloís Hug, Anna Pineda, Gemma Planas, Carmen Vicente, Aitor Zabalgoeazkoa

### Coordinación

Carmen Vicente

### Edición

Eulàlia Sanabra

### Colaboraciones

Fernando Calero, Jaume Codina, Paula Fariás, Silvia Fernández, Cecilia Furió, Sylvain Groulx, Aloís Hug, Bernard Lapeyre, Andreu Maldonado, Gemma Ortiz Genovese, Gemma Planas, Nubia Rojas, Eulàlia Sanabra, Clara Tarrero, Mària Vallés, Aitor Zabalgoeazkoa

### Producción

Carmen Vicente, Ana Fernández

### Diseño

www.dfejoo.com

### Impresión

Litografía Rosés

### Depósito legal

B-25942/89

### Oficinas delegadas MSF España

Barcelona, 933 046 100  
Bilbao, 944 231 194  
Madrid, 915 411 375  
Málaga, 952 604 131  
Noroeste, 981 587 091  
Valencia, 963 916 133  
Buenos Aires, www.msf.org.ar

Versión digital disponible en [msf.es](http://msf.es)

**MSF** son las siglas por las que se conoce a Médicos Sin Fronteras, una organización médico-humanitaria de carácter internacional que aporta su ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación por raza, religión o ideología política.

Nuestra presencia independiente e imparcial en las situaciones de crisis nos permite realizar una acción inmediata y temporal de asistencia, asumiendo riesgos, confrontando al poder y utilizando el testimonio como medio para provocar cambios en favor de las poblaciones.

902 250 902 [www.msf.es](http://www.msf.es)



# Invita a tus familiares y amigos a unirse a Médicos Sin Fronteras

Si conoces a alguien interesado en ser socio o realizar un donativo, entrégale este cupón. Muchas gracias.

## Sí, quiero ser socio de MSF colaborando con:

- 10 euros al mes**  
Con 10 euros al mes durante un año vacunaremos a 400 niños contra la meningitis
- \_\_\_\_\_ euros al mes  
 \_\_\_\_\_ euros al año  
 \_\_\_\_\_ euros al trimestre  
El importe que desees

## En este momento prefiero colaborar con un donativo puntual de:

\_\_\_\_\_ euros  
El importe que desees

## Datos personales

Imprescindibles para poder enviarte el recibo de tus aportaciones.

NOMBRE \_\_\_\_\_  
APELLIDOS \_\_\_\_\_  
SEXO  HOMBRE  MUJER  
FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
NIF\* \_\_\_\_\_  
PROFESIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ MÓVIL \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_  
CALLE \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ RESTO DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_  
¿EN QUÉ IDIOMA PREFERIRÍAS QUE NOS COMUNIQUEMOS CONTIGO? \*\*  
 CASTELLANO  CATALÀ  EUSKARA  GALEGO

\* Imprescindible para deducir el 25% de tus aportaciones en la declaración del IRPF  
\*\* Atenderemos tus preferencias siempre que sea posible

CF0084 RE999

## Forma de pago

Para hacerte socio, sólo domiciliación bancaria.  
Para hacer un donativo, al elegir la domiciliación, nos facilitas las tareas administrativas. Muchas gracias.

- Domiciliación bancaria**  
Titular cuenta \_\_\_\_\_  
C.C.C. \_\_\_\_\_  
Lo encontrarás en tu libreta o talonario de cheques del Banco o Caja  
**No olvides firmar este cupón.**
- Adjunto un cheque a nombre de Médicos Sin Fronteras**  
**No olvides rellenar tus datos personales.**
- Cargo a mi tarjeta**  
 VISA  Otra \_\_\_\_\_  
Tarjeta nº \_\_\_\_\_ Caducidad \_\_\_\_\_  
**No olvides firmar este cupón.**
- Transferencia bancaria a**  
Banco Santander c.c.c. 0049 / 1806 / 95 / 2811869099  
"la Caixa" c.c.c. 2100 / 3063 / 99 / 2200110010  
BBVA c.c.c. 0182 / 6035 / 49 / 0000748708

Por favor, envíanos el comprobante que te dará el banco

**Firma**  
Del titular de la cuenta, libreta o tarjeta

**Fecha**

La información que voluntariamente nos facilitas será recogida en nuestro fichero, registrado en la Agencia de Protección de Datos con el número 1951780004, para uso administrativo, estadístico y envío de información de MSF. Puedes acceder a tus datos, rectificarlos o cancelarlos, dirigiéndote a Médicos Sin Fronteras, C/ Nou de la Rambla 26, 08001 BCN. Tel: 902 250 902. E-mail: sas@msf.es. Si no quieres recibir información de MSF, marca con una X esta casilla:

RELLENA Y RECORTA ESTE CUPÓN, HUMEDECE LA PARTE ENGOMADA, CIÉRRALO Y DEPOSÍTALO EN CUALQUIER BUZÓN DE CORREOS. NO NECESITA SELLO

NO  
NECESITA  
SELLO  
Franqueo  
en destino

Respuesta comercial  
Autorización N°9444  
B.O.C. N°98 10/11/89

© www.dfejoo.com

DOBLAR POR AQUÍ

Apartado F.D. N° 203  
08080 Barcelona

