

# Informe de misiones MSF-E 2017



# Sumario

<b>Cronología 2017</b> .....	<b>3</b>
<b>Mapa de misiones de MSF-E en 2017</b> .....	<b>6</b>
<b>Tipología de actividades en los proyectos de MSF-E en 2017*</b> .....	<b>7</b>
<b>Gastos de los proyectos de MSF-E en 2017</b> .....	<b>8</b>
<b>Artículos de fondo</b> .....	<b>10</b>
Hepatitis E, la última tragedia de los desplazados en Níger .....	11
Días pediátricos MSF 2017 (Dakar).....	13
Cuando el Derecho no protege: retos en relación al bombardeo de hospitales .....	15
Más allá de los conflictos armados: acción humanitaria en contextos afectados por otras situaciones de violencia .....	19
Estudio de caso sobre el <i>emergency gap</i> .....	24
Estudio de caso en <i>emergency gap</i> .....	26
SIG en MSF-E: la forma más inteligente de visualizar datos para tomar decisiones operacionales inteligentes .....	29
<b>Resumen de operaciones de MSF-E en 2017*</b> .....	<b>30</b>
Angola .....	31
Bangladesh.....	36
Colombia .....	42
El Salvador .....	48
Etiopía .....	51
Guinea-Bissau .....	60
India.....	64
Irak.....	69
Jordania y sur de Siria .....	74
Mali .....	78
México .....	84
Níger.....	91
Nigeria .....	97
República Centroafricana (RCA) .....	107
República Democrática del Congo (RDC) .....	118
Sierra Leona .....	132
Siria .....	135
Somalia.....	141
Sudán .....	145
Sudán del Sur .....	155
Tailandia .....	164
Territorios Palestinos Ocupados (TPO) .....	166
Turquía .....	169
Venezuela.....	171
Yemen .....	175
Zambia.....	183
<b>Datos estadísticos</b> .....	<b>186</b>
Glosario .....	193

Nota: El trazado de fronteras y la toponimia en los mapas de este informe no reflejan opinión alguna de MSF sobre el estatus jurídico de estos territorios.

# Cronología 2017

Nigeria, 2017 © MSF



## Enero

### Nigeria: condenamos el bombardeo contra civiles en Rann

El 17 de enero, el campo de desplazados de Rann es bombardeado por el Ejército nigeriano. En el ataque fallecen al menos 52 personas y más de 120 resultan heridas. MSF condena enérgicamente el ataque. Nuestros equipos, que trabajan vacunando a los niños contra el sarampión y evaluando su estado nutricional, proporcionan primeros auxilios a los heridos en nuestras instalaciones médicas. [Más información.](#)

Sudán del Sur, 2017 © Riaz Hussain/MSF



## Febrero

### Sudán del Sur: los desplazados necesitan ayuda urgente

En el noroeste, miles de personas huyen de Wau Shilluk hacia Kodok para escapar de los combates. Estos civiles, entre ellos ancianos, niños y mujeres embarazadas, necesitan urgentemente agua, comida, atención médica y abrigo. MSF instala un hospital de campaña y reitera su llamamiento a todos los actores implicados para que cesen una violencia que amenaza directamente a la población. [Más información.](#)

© MSF

## Marzo

### Siria: años de guerra han dejado a miles de niños sin vacunar

La guerra no solo ha dejado miles de muertos y heridos: también ha provocado un gran vacío en la atención médica que recibe la población. Entre otras cuestiones, resulta muy preocupante la falta de vacunación de los niños, expuestos así a enfermedades como el sarampión, la neumonía, la rubeola o el tétanos. MSF tiene un programa ampliado de inmunización ampliada en el norte del país, pero las necesidades siguen siendo enormes. [Más información.](#)

Níger, 2017 © MSF/Sarah Pierre



## Abril

### Níger: epidemia de hepatitis E en Diffa

Las malas condiciones de agua y saneamiento empeoran la epidemia de hepatitis E en Diffa, en el sureste de Níger. La enfermedad afecta sobre todo a las mujeres embarazadas y más de 30 fallecen por complicaciones graves. Nuestros equipos apoyan a las autoridades sanitarias con recursos humanos y material y ofrecen tanto tratamiento médico como apoyo psicológico a los pacientes. [Más información.](#)



## Mayo

### Yemen: el número de casos de cólera se dispara

En mayo, en pleno conflicto estalla un brote de cólera. Para finales de mes, el número de casos aumenta más del doble. Nuestros equipos tratan a unos 3.100 pacientes en cuatro centros y nueve unidades de tratamiento de cólera, en las gobernaciones de Amran, Hudaida, Hajja, Ad Dali, Taiz e Ibb. [Más información.](#)



## Junio

### República Centroafricana: el conflicto se desata de nuevo

Anga es de Alindao, en el sur de República Centroafricana; cuenta a MSF como escapó a la muerte en el último momento. Es solo una de las muchísimas personas víctimas de la violencia que se reactiva, como repetición de la cruenta guerra de 2013 y 2014 que asoló el país. Nuevamente la situación se desestabiliza y muchísimas personas sufren las consecuencias. [Más información.](#)



## Julio

### Irak: en Mosul, los heridos de guerra no paran de llegar

En el hospital de MSF en el oeste de Mosul, uno de los dos únicos que hay en el área, los pacientes dan cuenta del horror de la guerra entre el Estado Islámico y las fuerzas iraquíes. Bombardeos, ataques suicidas y artefactos explosivos, sumados a la falta de agua y comida, sitúan a los civiles cada día frente a frente con la muerte. Nuestros equipos tienen que priorizar las emergencias ya que los heridos no paran de llegar. [Más información.](#)



## Agosto

### Colombia: a la sombra del proceso

En los municipios de Buenaventura y Tumaco, en el oeste de Colombia, los niveles de violencia siguen siendo elevados. Amenazas, homicidios, secuestros y extorsión, entre otros, tienen un claro impacto en la salud física y mental de la población. Los equipos de MSF ofrecen atención psicológica a una población que, a causa de la violencia, sufre depresión, ansiedad, trastornos mentales y estrés postraumático. [Más información.](#)



## Septiembre

### **Bangladesh: éxodo desde Myanmar con 400.000 rohingyas refugiados en un mes**

En menos de un mes, 400.000 rohingyas entran en Bangladesh huyendo de la ofensiva del Ejército en Myanmar. Esta población vive ahora en una enorme precariedad, con poca atención médica, agua, saneamiento y comida. MSF pide que se garantice urgentemente el acceso neutral, inmediato y sin trabas de las organizaciones humanitarias internacionales a las áreas más afectadas de la crisis. [Más información.](#)



## Octubre

### **Siria: más ataques contra hospitales**

El hospital de Hama Central, al que MSF presta su apoyo, es atacado y destruido por tres misiles. El director del centro explica que estos ataques ocurren casi cada día en esta guerra. A pesar de todo, los trabajadores de estos hospitales siguen brindando atención médica a los heridos con el apoyo de la organización. [Más información.](#)



## Noviembre

### **R. D. Congo: grave impacto de la violencia en el sistema de salud en Kasai**

La violencia en la provincia de Kasai, en el sur de República Democrática de Congo, tiene un grave impacto en el sistema de salud, que deja de funcionar. Los equipos móviles de MSF trabajan en los puntos más lejanos y menos accesibles. Llevan con ellos kits básicos de malaria y desnutrición infantil, pasando varias noches en zonas a las que nunca antes habíamos accedido; a veces hasta tienen que reconstruir el camino para llegar a las poblaciones más aisladas. [Más información.](#)

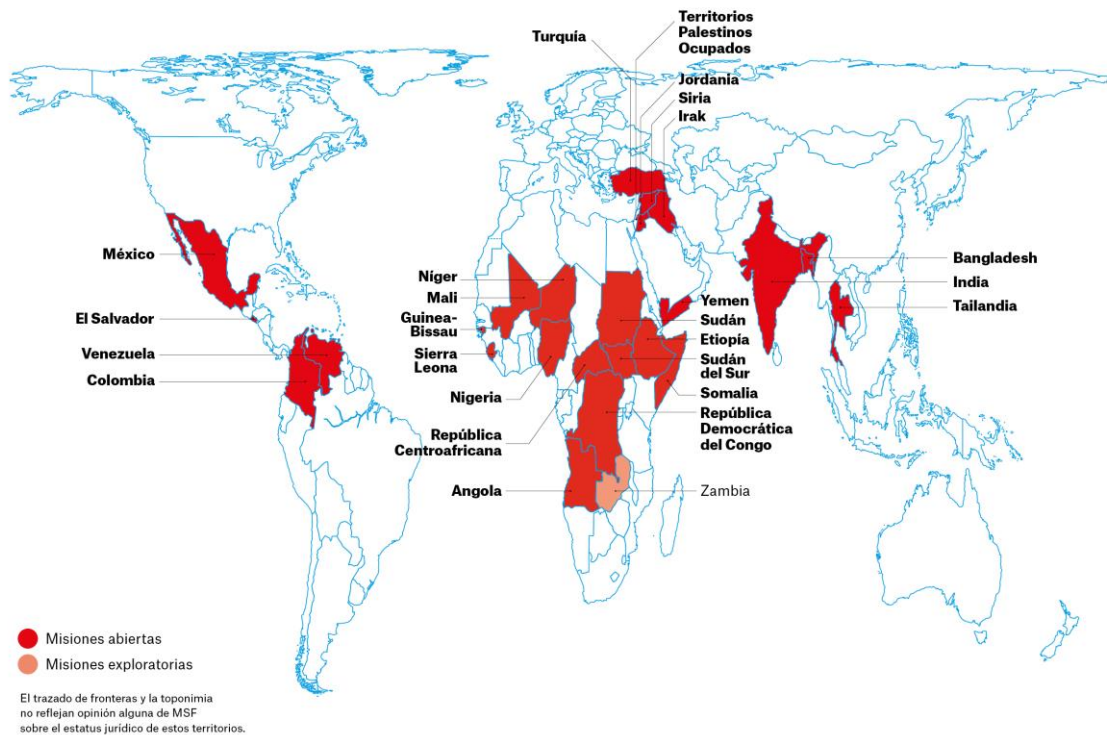


## Diciembre

### **Neumonía: la nueva patente a Pfizer limita el acceso a vacunas en todo el mundo**

MSF planta cara a la nueva patente de la vacuna de neumonía de la farmacéutica Pfizer. Durante una audiencia ante el Tribunal Supremo en Delhi, MSF urge a India a seguir siendo "la farmacia del mundo en desarrollo". Con esa patente, la vacuna resulta 68 veces más cara, lo que supone un grave obstáculo para quienes la necesitan. La neumonía mata a cerca 2.500 niños cada día. [Más información.](#)

# Mapa de misiones de MSF-E en 2017



## Misiones

- |                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Angola                  | República Centroafricana (RCA)        |
| Bangladesh              | República Democrática del Congo (RDC) |
| Colombia                | Sierra Leona                          |
| El Salvador             | Siria                                 |
| Etiopía                 | Somalia                               |
| Guinea-Bissau           | Sudán                                 |
| India                   | Sudán del Sur                         |
| Irak                    | Tailandia                             |
| Jordania y sur de Siria | Territorios Palestinos Ocupados (TPO) |
| Mali                    | Turquía                               |
| México                  | Venezuela                             |
| Níger                   | Yemen                                 |
| Nigeria                 | Zambia                                |

## Tipos de proyecto



Víctimas de conflictos armados



Víctimas de violencia social y personas excluidas de la asistencia sanitaria



Víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas



Víctimas de emergencias



Víctimas de desastres naturales

## Tipología de actividades en los proyectos de MSF-E en 2017\*

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	2.041.556
<b>Hospitalizaciones</b>	164.759
<b>Cirugía</b>	19.087
<b>Malaria (total)</b>	331.089
<b>CNT hospitalario</b>	18.063
<b>CNT ambulatorio</b>	38.328
<b>Apoyo nutricional selectivo</b>	23
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	163.621
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	78.632
<b>Partos</b>	41.518
<b>Atención posnatal</b>	44.705
<b>Interrupciones del embarazo</b>	175
<b>Violencia sexual</b>	2.112
<b>Violencia directa</b>	17.266
<b>Víctimas de tortura</b>	281
<b>VIH (pacientes atendidos)</b>	4.395
<b>TAR 1ª línea (casos)</b>	3.642
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	758
<b>TAR 2ª línea</b>	46
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	239
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)</b>	104
<b>TB (total)</b>	809
<b>TB MDR (total)</b>	9
<b>Kala azar</b>	381
<b>THA (enfermedad del sueño)</b>	48
<b>Chagas</b>	4
<b>Vacunación sarampión (brote)</b>	611.468
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	121.368
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	2.162
<b>Vacunación meningitis (brote)</b>	156.608
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1.077
<b>Fiebre amarilla</b>	29
<b>Fiebre hemorrágica</b>	2
<b>Cólera</b>	38.481
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	71.423
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	33.804
<b>Distribución general de alimentos</b>	34.957
<b>Bienes de primera necesidad</b>	16.327
<b>Saneamiento</b>	716
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	70.199.000

\* Información más detallada sobre estos indicadores en el glosario.

## Gastos de los proyectos de MSF-E en 2017

Países y misiones	Gastos (en euros)	%
Angola	3.746.765,58	2,42
Bangladesh	3.539.130,19	2,29
Colombia	2.246.033,49	1,45
El Salvador	662.498,40	0,43
Etiopía	10.927.289,95	7,06
Guinea-Bissau	5.420.616,71	3,50
India	2.126.556,73	1,37
Irak	4.668.222,73	3,02
Jordania y sur de Siria	6.143.137,04	3,97
Mali	4.714.941,15	3,05
México	3.297.583,54	2,13
Níger	10.766.522,18	6,96
Nigeria	14.614.987,26	9,45
República Centroafricana	11.089.531,99	7,17
República Democrática del Congo	15.751.683,23	10,18
Sierra Leona	4.190.731,96	2,71
Siria	8.516.383,16	5,50
Somalia	566.970,00	0,37
Sudán	10.604.694,10	6,86
Sudán del Sur	9.631.218,56	6,22
Tailandia	426.866,19	0,28
Territorios Palestinos Ocupados	1.547.245,42	1,00
Turquía	649.456,72	0,42
Venezuela	899.595,45	0,58
Yemen	15.417.841,55	9,96
Zambia	3.703,77	0,00
Otros gastos	673.670,61	0,44
Gastos no distribuibles por misión	1.876.970,00	1,21
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>154.720.847,66</b>	<b>100,00</b>
Total emergencias	58.568.362,71	37,86
Total misiones regulares	94.275.514,95	60,93
Gastos no distribuibles por misión	1.876.970,00	1,21
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>154.720.847,66</b>	<b>100,00</b>



## Recursos humanos de MSF-E en el terreno\*

	FTE internacionales	FTE nacionales**	FTE Ministerios de Salud con incentivos
Total emergencias	172,23	1.434,99	69,90
Total misiones regulares	427,86	3.909,99	1.344,10
<b>TOTAL</b>	<b>600,09</b>	<b>5.344,98</b>	<b>1.414,00</b>

\* Información detallada sobre los FTE en el glosario.

\*\* Las cifras de FTE nacionales no incluyen al personal de los Ministerios de Salud que reciben incentivos de MSF.

# Artículos de fondo

## Hepatitis E, la última tragedia de los desplazados en Níger<sup>1</sup>

Por Víctor Illanes, especialista en Medicina Interna, MSF-E

En 2017 han muerto ya más de 30 embarazadas en Diffa, la región de Níger afectada por el conflicto entre los grupos armados de la oposición y el Ejército nigeriano. La causa: una epidemia de hepatitis E, una enfermedad vírica que no reviste gravedad en la mayoría de afectados, pero que, durante el embarazo, puede provocar tasas de mortalidad del 25%.

Acabo de regresar de la zona donde Médicos Sin Fronteras (MSF) asiste a la población desplazada y a la comunidad local más vulnerable. En diciembre del año pasado, nuestro equipo empezó a registrar un aumento de la mortalidad materna por fallo hepático agudo en el principal centro materno-infantil de la ciudad de Diffa. A mediados de abril, las autoridades de Níger declararon la epidemia de hepatitis E.

La mayoría de los casos se han dado en desplazados o refugiados, en una zona que acoge a unas 248.000 personas que han abandonado sus casas huyendo del conflicto. La epidemia actual pone de manifiesto las malas condiciones de agua y saneamiento y el difícil acceso a una atención médica condicionada por la inseguridad y la falta de infraestructuras.

En MSF, hemos reforzado nuestra intervención médica y las actividades de agua y saneamiento, dado que se trata de una enfermedad de transmisión fundamentalmente fecal-oral por agua contaminada. Desde el punto de vista médico, lo más importante es detectar rápidamente a los enfermos con más riesgo: las embarazadas. Para eso hemos creado una definición de caso para identificar a nivel comunitario a todos los pacientes con ictericia –el principal síntoma de la enfermedad, que provoca una coloración amarillenta de la piel y los ojos– y hemos establecido los criterios de referencia al hospital.

### Sin tratamiento específico

Facilitamos tratamiento de apoyo para tratar de evitar que se sumen complicaciones a las ya existentes. Por ejemplo, estamos muy pendientes de la bajada de potasio o de la deshidratación, entre otras.

Sabemos que este tratamiento no tiene un impacto concluyente en términos de mortalidad –no hay evidencia de que reduzca la incidencia de fallo hepático agudo–, pero sí puede marcar la diferencia en los casos más graves. Probablemente, la mortalidad espontánea por fallo hepático ronde el 80 o 90%, mientras que en una unidad de cuidados intensivos completamente equipada la podemos bajar a un 50%. En un centro con menos recursos como el de Diffa puede oscilar entre un 60 o 70%. Nuestro objetivo: aumentar el número de embarazadas que sobreviven.

No sabemos si la epidemia crece o disminuye, porque los datos más fiables son del último mes, cuando el sistema de vigilancia epidemiológica empezó a funcionar bien. De momento siguen dándose muchos casos y no hay datos que nos hagan pensar que la curva va a bajar.

Es importante saber en qué punto estamos, porque la población adquiere inmunidad al estar expuesta al virus, hasta el punto de que puede llegar un momento en el que las personas con ictericia tengan otra enfermedad. Para asegurarnos, empleamos pruebas de diagnóstico rápido para confirmar la hepatitis E en todas las mujeres con ictericia.

Sí sabemos que para frenar este tipo de epidemias nuestra mejor baza son, por el momento, las actividades de agua y saneamiento para cortar la transmisión del virus. Pero cuando las

---

<sup>1</sup> Este artículo fue publicado en julio de 2017 en *Diario Médico*.

deficiencias son tan importantes y el espacio que hay que abarcar es tan grande como Diffa, es difícil que estas actividades tengan un impacto a corto plazo. Así lo hemos visto en otros brotes de hepatitis E en África, donde los tiempos de evolución de la epidemia han sido muy largos.

En mujeres que han padecido ictericia aumenta el riesgo de sufrir partos prematuros. También hay evidencia de que se puede producir la transmisión vertical del virus.

Existe un antiviral, la molécula ribavirina, que ha demostrado su efectividad contra el virus de la hepatitis E. Pero está contraindicado durante el embarazo. Si supiéramos qué tipo de pacientes tienen una probabilidad muy elevada de sufrir fallo hepático agudo y morir, podríamos definir cuándo es apropiado administrarlo a pesar de los riesgos. El primer paso para ello es medir la carga viral de las enfermas y en ello estamos.

## Días pediátricos MSF 2017 (Dakar)

### Resumen ejecutivo y mensajes clave

Los Días Pediátricos de MSF son una reunión anual destinada a mejorar la calidad de la atención pediátrica en el entorno humanitario. Hasta donde sabemos, es la única reunión humanitaria centrada en pediatría que existe. La conferencia se llevó a cabo del 15 al 16 de diciembre de 2017 y reunió a 210 participantes de 53 países, entre ellos personal de terreno y de la sede de MSF, expertos académicos y colegas ajenos a nuestra organización que trabajan en contextos de ayuda humanitaria.

Los temas principales incluyeron la asfixia perinatal, la atención al paciente neurocrítico, el manejo del dolor y los cuidados paliativos. Estos temas se seleccionaron de una lista más larga de prioridades en función de su relevancia para la atención pediátrica en entornos donde trabaja MSF y porque son áreas en las que se necesita una gran mejora y es factible conseguirlo. Además, hubo cuatro sesiones orales (una de ellas centrada en la desnutrición) y dos talleres.

Con el objetivo de maximizar la transferencia de conocimiento de la reunión a la práctica en el terreno, se utilizó un marco de impacto para planificar los Días Pediátricos y un panel de expertos en operaciones médicas de MSF concluyó la reunión. El debate final consideró los aspectos prácticos y las prioridades en materia de competencias para elegir, planificar e implementar actividades, y exploró de qué manera el conocimiento generado por la reunión podría ponerse en práctica para mejorar la atención pediátrica en los programas de MSF.

El formato aprovechó la experiencia colectiva de los ponentes y participantes, fomentando el examen crítico de los factores internos de MSF que generan desafíos en la atención pediátrica, las condiciones externas y las restricciones, y las posibles soluciones para superar todo ello. Las innovaciones tecnológicas, el intercambio de tareas, la colaboración entre sectores, la colaboración con las comunidades y la necesidad de *advocacy* interna y externa fueron temas centrales que surgieron cuando los participantes exploraron formas de mejorar el acceso a la atención pediátrica informada en los entornos en los que trabaja MSF.

Los mensajes clave y las recomendaciones de la reunión se relacionan con las operaciones de MSF, las actividades de terreno de la organización, los temas que requieren urgentemente *advocacy* y las necesidades de investigación, para mejorar la calidad y facilitar la atención pediátrica y los resultados en entornos humanitarios.

MENSAJES PRINCIPALES	RECOMENDACIONES
1. El enfoque integrado de la atención de la salud materna e infantil durante el periodo perinatal es fundamental para mejorar los resultados de la atención a neonatos.	1. Ampliar los talleres e implementar el algoritmo de la <i>hora de oro</i> en los proyectos. 2. MSF respalda una política de atención continua entre la atención obstétrica y la neonatal, estableciendo estándares mínimos para la integración de la atención materna y neonatal.
2. El reconocimiento precoz y manejo del estatus epiléptico en niños es esencial para el cuidado de los pacientes neurocríticos.	1. Se necesita con urgencia investigación para desarrollar opciones terapéuticas más allá de los antimaláricos para la malaria cerebral en niños en entornos humanitarios. 2. Mejorar el acceso a opciones de tratamiento más seguras, como el Levetiracetam, promoviendo precios más bajos para entornos humanitarios.

<p>3. El dolor se reconoce y trata mal en los niños en entornos humanitarios a pesar de la evidencia de sus implicaciones en el resultado y el desarrollo infantil</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitar al personal en la evaluación y el tratamiento del dolor en niños y recién nacidos.</li> <li>2. Mejorar el acceso a analgésicos fuertes (por ejemplo, morfina).</li> </ol>
<p>4. Los cuidados paliativos o de apoyo son fundamentales para brindar atención con dignidad, independientemente de si podemos salvar la vida del niño o no.</p>	<p>Integrarlos en los programas de salud neonatal e infantil de MSF con directrices claras, capacitación del personal y enfoque específico.</p>
<p>5. El juego es una herramienta esencial en el tratamiento de niños enfermos y tiene un impacto medible y útil.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Espacio y medios adaptados para que el juego sea parte de todos los programas pediátricos de MSF.</li> <li>2. Desarrollar herramientas de orientación y capacitación para integrar el juego en los programas.</li> </ol>
<p>6. La innovación puede superar las barreras para proporcionar atención pediátrica de alta calidad y bajo coste adaptada a entornos humanitarios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mayor colaboración entre las Unidades de Pediatría y de Innovación.</li> <li>2. Reducir el coste de la tecnología necesaria para brindar atención pediátrica de alta calidad.</li> </ol>
<p>7. Los adolescentes (de 10 a 19 años) son una población infantil descuidada en entornos humanitarios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la documentación de las necesidades y riesgos de salud en adolescentes en los proyectos de MSF.</li> <li>2. Desarrollo de clínicas amigables para adolescentes.</li> </ol>
<p>8. Compartir las tareas es una forma importante de ampliar el alcance y la calidad de la atención neonatal y pediátrica. La participación de la comunidad es un componente crítico para la ampliación de actividades y para maximizar el impacto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los protocolos para las prácticas de atención basadas en la comunidad deben adaptarse y simplificarse para adaptarse a las necesidades y limitaciones en la comunidad.</li> <li>2. Apoyar y ampliar el uso de la salud digital (<i>eHealth</i>).</li> <li>3. Aumentar los talleres para los médicos, los auxiliares clínicos y los enfermeros.</li> </ol>

# Cuando el Derecho no protege: retos en relación al bombardeo de hospitales<sup>1</sup>

Por Alejandro Pozo, asesor sénior de Asuntos Humanitarios, MSF-E

Bombardear un hospital no es nada nuevo. Médicos Sin Fronteras (MSF) recuerda casos de estructuras de salud gestionadas o apoyadas por la organización que fueron golpeadas desde el aire con anterioridad al 3 de octubre de 2015, fecha del ataque estadounidense al hospital de MSF en Kunduz (Afganistán) que representó un punto de inflexión en su forma de entender estas agresiones. Además, los ejemplos de ataques terrestres a centros sanitarios han sido frecuentes en sus más de cuatro décadas de vida. Sin embargo, la frecuencia, las maneras, las consecuencias y, sobre todo, las reacciones (también las de MSF) y la justificación de los ataques acontecidos desde Kunduz tienen raros precedentes.

El propósito de este escrito es analizar las circunstancias que permiten comprender la reciente oleada de agresiones y estudiar los retos de futuro y las lecciones aprendidas. Desde Kunduz –la peor desgracia en la historia de MSF–, al menos otras 81 estructuras médicas gestionadas o apoyadas por MSF han sido bombardeadas en Siria (la gran mayoría) y Yemen (en cinco ocasiones). Además, se han padecido ataques en otros contextos. Conviene aclarar que la cifra total de agresiones en estos tres países es probablemente muy superior, dado que MSF solo interactúa con una parte muy reducida de sus sistemas de salud. Esta relación de incidentes es un indicador de la magnitud del problema y de la manera en que las guerras son libradas en la actualidad. Algunos de estos ataques han sido objeto de atención internacional. La vasta mayoría, sin embargo, son solo estadísticas: ninguna explicación, ningún responsable, ninguna reparación.

## Hospitales como objetivo, como error, como daño colateral o como elemento subordinado

Existen al menos cuatro opciones para determinar la lógica de un bombardeo de un hospital: a) un ataque deliberado en el que la estructura es el objetivo específico; b) una agresión intencionada en una zona que incluye al hospital (y a otros bienes civiles); c) un error; o d) un daño colateral en una zona calificada como hostil que incluye al hospital en sus inmediaciones. Las dos primeras son muy difíciles de determinar, dado que se necesita conocer la intención del perpetrador y es raro que este la manifieste. Además, la segunda opción incluye los ataques indiscriminados, donde no solo hospitales, sino todo tipo de bienes civiles y militares, son bombardeados. Estas violaciones han sido una constante en la historia e historiografía de la guerra. Existen diversos indicios para sostener que algunos de los incidentes relacionados con MSF tenían visos de intencionalidad.

La tercera opción es la del yerro. La narrativa del error se ha convertido en subterfugio para evitar la asunción de responsabilidades penales y políticas. Sin embargo, incluso en ausencia de intención dolosa, un ataque por negligencia contra un hospital implica responsabilidad. Además, la naturalización de la retórica del error no es aceptable; tampoco escudarse en deslices para evitar rendir cuentas. Existen evidencias suficientes para concluir que los autores de varios de los ataques contra centros gestionados o apoyados por MSF no tomaron las precauciones a las que están obligados. De ninguna manera cabe una declaración de error, y punto. Como poco, serían negligencias potencialmente constitutivas de violación del Derecho Internacional Humanitario (DIH).

---

<sup>1</sup> Artículo publicado en el informe '[La acción humanitaria en 2015-2016: un modelo en crisis](#)' elaborado por el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) con la colaboración de MSF. Este artículo es un extracto de un análisis del mismo autor mucho más extenso sobre el bombardeo de hospitales de MSF, que incluye un estudio comparativo de tres ataques en Afganistán, Yemen y Siria que sumaron 116 muertos, una cantidad superior de heridos y un número elevadísimo de personas a las que se privó de atención médica cuando sus necesidades eran masivas y acuciantes.

Finalmente, un daño colateral se produce en una persona o bien civil en las inmediaciones de un objetivo militar. Es decir, la diana es legítima según el DIH, y esa persona o bien civil se encontrarían en el momento y lugar equivocados, formando parte de un conjunto identificado como militar. Sin embargo, las bases rebeldes no suelen estar localizadas en lugares aislados al estilo de los wésterns de Hollywood y, en los contextos que nos ocupan, muchos insurgentes viven y operan en barrios densamente poblados. No se trata de civiles en entornos militares, sino, a lo sumo, de combatientes en entornos civiles. En el caso de hospitales además, se trataría (en caso de haberlos) de excombatientes heridos –pacientes– en entornos civiles.

Una potencial explicación de tanta colateralidad que también podría revelar la intencionalidad razonaría que se subordina el daño a inocentes a la ventaja militar. El DIH justifica, en cierta medida, esa subordinación, siempre y cuando prime la proporcionalidad y la precaución en el ataque. El problema es que el criterio para valorarlas o para identificar objetivos es confuso y, en última instancia, remite al juicio técnico de los estrategas, jueces y parte. MSF no ha observado en los incidentes relacionados con la organización que se hayan respetado estos principios. Un segundo pretexto propondría que, en el medio plazo, se consigue tornar insoportables las condiciones de vida para la población, que restará aplauso popular a los rebeldes y acomodará la ley del más fuerte como mal menor.

### **Retos y lecciones aprendidas**

El gran reto es cómo convivir con la impunidad en un contexto de creciente desprotección de la misión médica y de lucha contra un terrorismo que parece anteponer cualquier ventaja militar al sufrimiento de la población civil. Ninguno de los ataques a hospitales mencionados ha contado con una investigación imparcial e independiente y son excepción los casos en los que el autor confeso de la agresión ha compartido parcialmente sus indagaciones. La norma, sin embargo, es que el responsable tire la bomba y esconda la mano, la cobardía de no reconocer y defender los propios actos. En Kunduz, la investigación de EE. UU. ha identificado una amalgama de errores técnicos y de procedimiento y concluido que nadie es meritorio de responsabilidad criminal. En Yemen, que el objetivo declarado se encontrara en el interior de un hospital no fue óbice para que la coalición liderada por Arabia Saudí materializara el ataque. Con todo, conviene recordar que no se trata de que MSF deba proporcionar garantías para que el hospital esté protegido. La organización no es la responsable de esa protección. Lo son las partes en conflicto y, si creen que las condiciones están comprometidas, así deben advertirlo respetando los parámetros establecidos en el DIH: observando los principios de discriminación entre civiles y combatientes, proporcionalidad y necesidad, y no recurriendo al barbarismo. Sin embargo, por las declaraciones que han proliferado parecería que en un contexto de lucha antiterrorista deben ser los hospitales quienes garanticen su propia protección.

### **La petición de investigaciones independientes**

MSF recurrió por primera vez a la Comisión Internacional Humanitaria de Encuesta (CIHE) tras el ataque en Kunduz. Este instrumento fue creado en virtud del artículo 90 del Protocolo Adicional I a los Convenios de Ginebra en 1977. A diferencia de un tribunal, la Comisión se limita a establecer los hechos: no dicta un veredicto. Sin embargo, según el archivo de noticias de su web, no había sido activada nunca con anterioridad a la petición de MSF. Hoy figuran tres entradas en relación a Afganistán (Kunduz, ataque de 3 de octubre de 2015), Yemen (Saada, distrito de Razé, 10 de enero de 2016) y Siria (Maarat al Numan, provincia de Idlib, 15 de febrero de 2016). Mientras las dos primeras fueron peticiones de MSF, la tercera fue una propuesta de la propia CIHE.

MSF ha sido consciente en todo momento de que este mecanismo no podría, aunque quisiera, responder a su petición. La CIHE únicamente puede funcionar con autorización de los Estados involucrados y MSF no ha recibido una respuesta oficial de los Gobiernos de EE. UU., Afganistán o Arabia Saudí, aunque oficiosamente dejaron claro que no se someterían a investigaciones independientes y realizarían sus propias pesquisas internas. Sin embargo, aunque MSF aprueba



las averiguaciones internas y también realiza sus propias indagaciones, la organización considera imprescindible una investigación independiente, completa y creíble, sin que sean los presuntos culpables quienes dictaminen su inocencia. El tipo de investigación que pediríamos en nuestro país. Existen otros instrumentos jurídicos nacionales e internacionales, pero también se encuentran en ellos pocos espacios para la esperanza, en particular cuando se trata de actores poderosos.

Transcurrido más de un año, no ha habido respuesta alguna. Tampoco se prevé que llegue nunca. La CIHE ha demostrado ser un mecanismo superfluo. Quizá peca de un fallo de diseño, al requerir expresamente la aprobación de las partes investigadas, pero quizá esta herramienta no habría sido permitida de no ser así. ¿Qué pretendía entonces MSF al recurrir a ella? Utilizar un instrumento al que deben responder las partes y formalizar la protesta para involucrar a una institución internacional y llegar a más gente. ¿Es esto útil? La respuesta depende del cristal con el que se mire y de las expectativas que se tengan. En el peor de los casos, pedir investigaciones a la CIHE es una tarea inútil. En el mejor, esas solicitudes pueden servir para visibilizar los hechos y, quizá, aprovechar la capacidad de incidencia política de la Comisión, cualquiera que sea. Sin embargo, esto es algo que, debido al carácter confidencial de los contactos, nunca sabremos.

Con todo, la oleada de ataques y la visibilidad de la impunidad asociada (quizá ha sido esta uno de los beneficios de recurrir a la CIHE) han promovido su discusión en el Consejo de Seguridad de la ONU y la aprobación de la resolución 2286 en mayo de 2016, que condena los ataques a la misión médica y pide a las partes que cumplan con las obligaciones que les impone el DIH. Cabe destacar dos paradojas: la primera, esa nueva resolución no aportaba nada nuevo a la legislación internacional existente desde hace décadas. Es decir, se aplaudieron grandes palabras que ya habían sido escritas con fuego a lo largo de la historia. La segunda, que algunos de quienes se comprometieron con esa resolución han violado sus contenidos o permitido que sus aliados lo hicieran, sin condena ni oprobio. Quizá lo paradójico no sean los actos, sino el sistema que los ampara. Las palabras magnánimas utilizadas en la resolución no estuvieron acompañadas de medidas concretas –solo de propuestas no aprobadas– para reafirmar la protección de la misión médica. Se trató de un nuevo acto tan simbólico y retórico como inútil. Un síntoma más de la enfermedad que aflige las relaciones internacionales. Ninguna de las víctimas de los ataques o sus familias, ni las subsecuentes consecuencias de falta de acceso tienen la posibilidad de emprender acciones legales contra los responsables confesos o sospechosos de su sufrimiento. Tampoco se conoce que ningún Estado o institución haya exigido o solicitado una justa reparación a los perpetradores.

Cuando MSF solicita el esclarecimiento de los hechos no persigue hacer justicia, sino ser operacional. Cuando no son bloqueados, los mecanismos internacionales suelen estar preparados para obtener resultados que, siendo muy optimistas, podrán modificar el comportamiento militar en el largo plazo, en las guerras del futuro. Sin embargo, MSF persigue medidas reactivas que produzcan resultados en el presente y permitan la continuación de las actividades médico-humanitarias. Por eso demanda un mecanismo efectivo y rápido. Con todo, no es función de MSF determinar si debería tratarse de un CIHE renovada o de una alternativa.

### **La renegociación de la protección de la misión médica**

El DIH es muy explícito en cuanto a la protección de la misión médica. Sin embargo, MSF ha llegado a la conclusión de que en algunos escenarios las leyes de la guerra, por claras que sean, no protegen a la organización y MSF debe asumir un desprecio de facto de su estatus protegido. MSF cree que en algunos lugares ni se entienden ni se respetan los principios fundamentales de protección de la misión médica. Aunque tampoco era este el caso en el pasado, el contexto de lucha antiterrorista ha acrecentado la brecha entre la teoría del DIH y su implementación, muchas veces de manera consciente y deliberada. Conviene, por tanto, renegociar esa protección, solicitar expresamente el respeto del DIH y garantizar que no caben excusas. MSF ha instruido a todas las autoridades locales y a su propio personal nacional sobre la lógica de adherirse a los principios

humanitarios y respetar no solo los hospitales a los que apoya, sino el conjunto de la misión médica. Aunque no se trata de medidas exigidas por el DIH, MSF sigue insistiendo en sus esfuerzos para implementar una política de hospitales libres de armas, asegurar que no existen lugares de encuentro de los actores armados en sus inmediaciones, evitar que los combatientes utilicen las estructuras médicas como refugio para descansar y no permitir el uso de teléfonos móviles a los combatientes heridos. Asimismo, MSF ha reforzado la transmisión de información sobre las actividades que realiza, la identificación y la ubicación de las estructuras médicas y asegurado un contacto regular con todos los actores armados.

## **Conclusión**

La principal lección aprendida para MSF es que el diálogo con las partes es imprescindible, también para detectar qué elementos pueden implicar en su opinión la pérdida del estatus protegido de las estructuras médicas. Es decir, son varios los actores que han demostrado desprecio por las disposiciones del DIH o que las interpretan a su antojo y defienden sin tapujos actos que hasta hace poco habrían sido condenados sin reservas. Por ello, lo importante no parece ser qué dicen las leyes de la guerra, sino qué piensan las propias partes interesadas. La seguridad para MSF viene determinada más por la percepción de los actores armados que por unos textos que ya no parecen sagrados para casi nadie. A la vista de los acontecimientos y las reacciones suscitadas, no parece prudente dar por sentada la protección de la misión médica.

MSF ha repetido hasta la extenuación que “una guerra sin límites lleva a un campo de batalla sin médicos”. Los límites han demostrado ser flexibles y dinámicos en función de los intereses de las partes. La pregunta es cuánta flexibilidad pueden permitirse los médicos.

## **Más allá de los conflictos armados: acción humanitaria en contextos afectados por otras situaciones de violencia<sup>1</sup>**

**Por Marc Bosch Bonacasa, responsable de Operaciones en Latinoamérica, MSF-E**

Médicos Sin Fronteras (MSF) ha escogido tradicionalmente desarrollar sus operaciones en el epicentro de los conflictos armados, en los campos de refugiados, en regiones sistemáticamente aquejadas por hambrunas y epidemias y en las zonas afectadas por desastres naturales. Con el tiempo, hemos aprendido también a identificar el sufrimiento generado por otros tipos de violencias en las poblaciones que viven en las periferias de las grandes urbes, las que utilizan rutas migratorias y las que viven en áreas controladas de facto por organizaciones criminales.

La capacidad de conmovernos e indignarnos nos empuja constantemente a tomar partido también por estas personas cuya vida está igualmente marcada por el sufrimiento. Nos corresponde a nosotros aceptar el reto de adaptar nuestras operaciones, para asegurarnos de que seremos capaces de curar al herido, reconfortar al que sufre y restaurar la dignidad, para que las personas que viven en contextos afectados por Otras Situaciones de Violencia (OSV) no vinculadas a conflictos armados puedan volver a tomar sus propias decisiones.

### **Formas de la violencia en los contextos de OSV**

De forma similar a lo que podemos encontrar en el origen de algunos conflictos armados, la violencia en los contextos de OSV hunde sus raíces en las dinámicas de poder asociadas a la necesidad de lograr una hegemonía y el control territorial y a la lucha por unos recursos escasos.

Detrás de esta violencia, encontramos múltiples actores, que van desde los grupos armados no estatales hasta el propio Estado, que la ejerce contra la población civil por motivos políticos, ideológicos, económicos, sociales, religiosos, étnicos o tribales. En el ámbito de la violencia organizada, encontramos a las organizaciones criminales (OC) de ámbito nacional o transnacional y a las maras o pandillas. Las OC, que generan situaciones de violencia no vinculadas a un conflicto armado, disputan la hegemonía estatal, con el objetivo de controlar los accesos a recursos naturales y las rutas que aseguren el tránsito, producción y distribución de bienes ilícitos, o para imponer economías de tipo predatorio a la población que vive en sus zonas de influencia.

En el marco de las Otras Situaciones de Violencia, podemos encuadrar en dos categorías diferentes las manifestaciones de la violencia que pueden ser abordadas desde una perspectiva médico-humanitaria:

1) La violencia física directa, que adopta la forma de agresiones, abusos, trata de personas, violencia sexual, secuestros, tratos crueles, inhumanos o degradantes y tortura (su forma más extrema).

2) La violencia coercitiva, cuyo objetivo es condicionar el comportamiento de los individuos, limitando sus libertades y derechos mediante amenazas e imposiciones, y que se manifiesta en amenazas directas, limitaciones de movimiento de las personas, desplazamiento forzado, reclutamiento forzado, incursiones y detenciones, entre otras.

### **Consecuencias de la violencia en contextos de OSV**

La violencia ejercida contra las poblaciones por parte de organizaciones criminales se caracteriza por su gran crueldad. Asesinatos, torturas, desmembramientos, desapariciones forzadas,

---

<sup>1</sup> Artículo publicado en el informe '[La acción humanitaria en 2016-2017: usos, abusos y desusos del humanitarismo en el escenario internacional](#)' elaborado por el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Ayuda Humanitaria (IECAH) con la colaboración de MSF.

secuestros o violencia sexual se llevan a cabo con el doble objetivo de provocar el sufrimiento de la víctima y al mismo tiempo imponer el miedo mediante castigos ejemplarizantes, para lograr así el control y sometimiento de la población. Estas dinámicas tienen efectos devastadores en la salud mental de las víctimas, sus familiares y el conjunto de la sociedad.

El acceso de la población a la salud se ve a menudo comprometido en las áreas afectadas por OSV debido a las limitaciones impuestas por las organizaciones criminales. Estas consisten en restricción de movimientos para la población a determinadas horas o en determinadas rutas; limitación de los servicios prehospitalarios de urgencias que prestan las ambulancias, así como de los servicios de promoción y prevención de la salud en determinadas zonas; y finalmente ataques directos, amenazas e intimidación contra la misión médica por parte del crimen organizado, que causan cierres de instalaciones de salud o vacantes en puestos clave de los centros de atención primaria o incluso de algunos hospitales.

La población expuesta a OSV, de forma parecida a lo que MSF se encuentra en zonas de conflicto, puede verse forzada a huir de sus barrios, ciudades y países como única solución para escapar de las amenazas, extorsiones, desapariciones o intentos de reclutamiento forzado. Los desplazamientos internos o el cruce de fronteras van normalmente acompañados de episodios de violencia intencional perpetrados por traficantes de personas y otras organizaciones criminales, en ocasiones con la connivencia de las autoridades.

Finalmente, las consecuencias de la violencia en la salud física de las poblaciones hacen imprescindible la existencia de servicios especializados de calidad que puedan atender casos de tortura, que apliquen protocolos integrales de atención a víctimas de violencia sexual o que estén preparados para manejar a nivel hospitalario grandes volúmenes de heridos en el marco de un evento con víctimas en masa.

### **Espacios humanitarios en contextos de OSV**

A lo largo de los últimos tres años, Médicos Sin Fronteras ha consolidado sus intervenciones médico-humanitarias en OSV alrededor de cinco grandes ejes:

- 1) Proporcionar acceso a servicios de salud y ayuda humanitaria a la población migrante, desplazada o refugiada que huye de la violencia y que está expuesta a nuevas situaciones de violencia en los países de tránsito o destino. En esta categoría se enmarcan los proyectos que desarrollamos en México para asistir a la población que huye del Triángulo Norte de Centroamérica. Según datos recogidos por nuestros propios equipos, un 50,3% de los hondureños, guatemaltecos o salvadoreños que habían huido de sus países lo habían hecho por razones directamente relacionadas con la violencia; un 68,3% volvieron a ser víctimas de violencia durante su tránsito por México. De hecho, en un cuarto de las 7.785 consultas médicas realizadas por nuestros equipos en 2016 y durante los nueve primeros meses de 2017, la condición diagnosticada se relacionaba con la violencia física intencional. Durante el mismo periodo, se atendieron 231 casos de violencia sexual en alguna de las clínicas de MSF operativas dentro de los albergues situados a lo largo del territorio mexicano.
- 2) Proporcionar acceso a los servicios de salud en lugares donde la prestación de servicios médicos es limitada debido a amenazas o ataques directos contra la misión médica o cuando el acceso a la salud se ve gravemente afectado debido al confinamiento o a la existencia de fronteras invisibles. En esta categoría encuadramos los proyectos de Tierra Caliente (en el estado mexicano de Guerrero) o el que acabamos de iniciar en la capital de El Salvador. En México, varios equipos de MSF han restablecido los servicios de atención primaria en zonas donde el fuerte control territorial de los cárteles vinculados a la producción y tráfico de drogas estaba afectando gravemente al funcionamiento de los centros de salud. Cada mes, nuestros equipos realizan un promedio de 680 consultas

médicas en zonas donde los centros de salud han cerrado a causa de la violencia o donde el personal de salud se niega a trabajar por razones de seguridad.

En el nuevo proyecto de El Salvador, los equipos de MSF han empezado a negociar el acceso a zonas que están bajo el control efectivo de las diferentes maras, con el objetivo de abrir servicios de salud en áreas donde la población tiene dificultades para acudir a los servicios estatales, por encontrarse estos ubicados en áreas controladas por alguna banda rival. En 2018 esperamos poder poner en marcha los servicios de ambulancias, para asegurar la atención de urgencias en zonas donde este tipo de servicios no pueden operar o lo hacen solamente cuando tienen acompañamiento de la Policía.

- 3) Ofrecer servicios de salud mental y asistencia a víctimas de violencia sexual a la población expuesta a OSV. En esta categoría, incluimos las intervenciones de Tumaco y Buenaventura (Colombia), Acapulco (México) y Caracas (Venezuela). Sumando los cuatro proyectos, nuestros equipos han llevado a cabo 23.811 consultas psicológicas individuales y familiares desde enero de 2016 hasta septiembre de 2017. El impacto en la población se traduce en cuadros severos de ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento y estrés postraumático en proporciones similares a las que encontramos en zonas de conflicto. Un 75% de los pacientes que recibieron apoyo terapéutico en contextos de OSV mejoraron significativamente su condición y su funcionalidad después de una o varias consultas.

Los proyectos de salud mental en contextos de OSV incluyen también una parte importante de actividades psicosociales, que buscan reforzar los mecanismos de afrontamiento de las propias poblaciones. Durante 2016 y los nueve primeros meses de 2017, un total de 126.406 personas asistieron a alguna de las actividades psicosociales organizadas por MSF en sus cuatro proyectos.

La combinación de un enfoque clínico de la salud mental a través de consultas realizadas por psicólogos en las estructuras de atención primaria, junto con el trabajo continuo de promotores de salud y técnicos comunitarios, nos ha permitido captar y atender un considerable número de casos de violencia sexual. Durante 2016 y hasta septiembre de 2017, 1.443 personas, entre ellas menores de edad, han recibido atención médica y psicológica tras haber sufrido o presenciado situaciones de abuso y violencia sexual. Adicionalmente, en este tipo de proyectos orientados a la atención a víctimas de OSV, hemos podido incluir a lo largo de 2017 componentes como los servicios para la terminación del embarazo y la atención psiquiátrica.

Igualmente, a mediados de 2017, hemos empezado un nuevo proyecto en Colombia orientado específicamente a la atención en salud mental a los familiares de desaparecidos, cuya complejidad merece la adaptación de las guías y protocolos de atención a las necesidades específicas de unos pacientes que lidian con el dolor y la incertidumbre ligada a la pérdida de sus seres queridos.

- 4) Asistir a las víctimas directas de la violencia y los heridos durante estallidos o picos de violencia o disturbios. En países como Venezuela, los equipos de MSF han dado apoyo a las estructuras de salud que han recibido un mayor número de heridos a causa de la violencia desatada en las calles desde inicios de abril de 2017. Los principales componentes de esta intervención, que se prolongó durante casi seis meses, fueron la donación de insumos y material médico en un contexto de marcada escasez, las formaciones impartidas a los servicios de urgencias sobre planes de atención a víctimas en masa y el apoyo en salud mental a las víctimas de los enfrentamientos entre manifestantes y fuerzas del orden público.

Durante picos de violencia motivados por enfrentamientos relacionados con Organizaciones Criminales, ya sea entre ellas o contra fuerzas estatales, los equipos de MSF en Tierra Caliente

(México) o en Colombia han procurado responder a través de equipos móviles capaces de integrar servicios de atención primaria y salud mental.

- 5) Brindar atención integral a las víctimas de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes en áreas donde estos servicios no existen o la calidad no es aceptable. Para ello, ha sido necesario poner en marcha servicios especializados que incluyen también alojamiento para las víctimas en el caso de México. En este país, los migrantes y refugiados procedentes del Triángulo Norte de Centroamérica que son secuestrados por alguno de los diferentes cárteles de tráfico de personas padecen niveles de crueldad y ensañamiento (incluyendo violencia sexual) que pueden dejarles graves secuelas en forma de trauma si no son atendidas de forma adecuada. Después de poner en marcha una estructura con capacidad para alojar y atender una treintena de casos, nuestros equipos están empezando a recibir víctimas referidas desde otras organizaciones o desde las redes conformadas por los más de 80 albergues repartidos por todo el país.

### **Adaptación de nuestras operaciones en contextos de OSV**

La implementación de los proyectos enmarcados en situaciones de OSV va asociada a la necesidad de adaptarnos a unos contextos que tienen sus propias particularidades.

- 1) En todos los proyectos desarrollados en contextos de OSV, existen unos servicios de salud más o menos funcionales que deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar e implementar nuestros proyectos. La formación, la incidencia y la sensibilización son resultados esperados que se insertan en las matrices de cada uno de nuestros proyectos como estrategia de salida y única forma de garantizar un traspaso de nuestras actividades en un horizonte razonable de tiempo.
- 2) Las dinámicas de OSV se enmarcan normalmente en países de renta media, contextos donde existe una presencia formal del Estado, con representantes escogidos democráticamente y una administración que no siempre logra ser funcional. Esto obliga a nuestros equipos a tener en cuenta esta formalidad a la hora de negociar acuerdos que posteriormente el Estado no siempre está en disposición de cumplir, unas veces por falta de fondos, otras por falta de interés o de voluntad política, y en ocasiones incluso porque las autoridades formales mantienen vínculos (de agencia o pertenencia) con las organizaciones criminales. En varias ocasiones, en alguno de los diferentes proyectos, alcaldes, gobernadores o secretarios de Salud han sido destituidos y enjuiciados por sus vínculos con el crimen organizado. Manejar esta doble esfera de nuestras contrapartes – entre la institucionalidad y la criminalidad– sin que ello pueda llegar a explicitarse es fundamental para asegurar las estrategias de aceptación de nuestros equipos.
- 3) Las negociaciones de acceso con las estructuras del crimen organizado deben apoyarse menos en los principios y más en la vertiente transaccional. Desde el primer momento tiene que quedar claro que:
  - a. La presencia de nuestros equipos no representa un riesgo adicional para su seguridad (ante el temor a que podamos tener algún tipo de vínculo con las autoridades).
  - b. No tenemos capacidad de alterar su modus operandi.
  - c. No ponemos en riesgo ni cuestionamos su control del territorio.
- 4) Trabajar en contextos donde actores armados tienen un control efectivo sobre la población, hasta el punto de redefinir los mecanismos de justicia y limitar sus libertades, nos lleva a estructurar las políticas de seguridad bajo la óptica de la aceptación y la protección (Procedimientos Estándar de Seguridad) en términos parecidos a los que utilizamos en situaciones de conflicto.

- 5) El ámbito comunitario representa el entorno en el que MSF opera como actor, pero también la esfera que MSF busca fortalecer a través de estrategias psicosociales y de recuperación del tejido comunitario. La aceptación, la percepción y la seguridad de nuestros equipos dependen de la solidez de los vínculos que logremos establecer con la comunidad.

### **Retos para el futuro de las operaciones en contextos de OSV**

Tendencias globales como la urbanización de la población, el debilitamiento en cada vez más países de las estructuras del Estado liberal-democrático, la persistencia de la desigualdad, la movilidad global de la población y el auge de las economías ilegales auguran un aumento de los contextos en donde actores armados van a competir, entre ellos y contra el Estado, por el control de recursos y la hegemonía territorial, todo ello utilizando la violencia contra la población como fin en sí mismo y como mecanismo de control.

Ante este panorama, las organizaciones médico-humanitarias vamos a tener que responder a estos desafíos adaptando nuestras operaciones al contexto, dedicando los recursos necesarios para orientar nuestros programas de forma que:

- 1) Seamos mejores a la hora de asegurar la continuidad de la atención a la población en movimiento que cruza fronteras huyendo de estas situaciones de violencia, bien siendo capaces de ofrecer atención en diferentes puntos de una misma ruta o bien incorporando el uso de nuevas tecnologías.
- 2) Encontramos una fórmula para encauzar las necesidades de protección en los contextos que no están sujetos al Derecho Internacional Humanitario.
- 3) Integremos el uso de las redes sociales como forma de promocionar los servicios, captar pacientes y compartir información relevante no solo para la opinión pública o las sociedades civiles, sino específicamente para las personas a las que atendemos.
- 4) Mantengamos la asistencia directa a pacientes en contextos de OSV en el corazón de nuestras operaciones. Aunque existan otras organizaciones y cierta institucionalidad con la que nos coordinamos de forma efectiva, es indispensable mantener el acto médico que busca restaurar la dignidad del paciente.

### **Conclusión**

La presencia de organizaciones humanitarias como el Comité Internacional de la Cruz roja (CICR) o Médicos Sin Fronteras en contextos de OSV se justifica por las necesidades agudas de la población. Situar los programas de OSV entre las prioridades de las operaciones de Médicos Sin Fronteras y dedicarles una parte proporcional de las energías y recursos es una muestra del firme compromiso con las poblaciones que sufren a diario los efectos de la violencia.

## **Estudio de caso sobre el *emergency gap***

### **Terreno peligroso: acción humanitaria en peligro en Mali**

#### **(Resumen ejecutivo)**

**Por Alejandro Pozo, asesor sénior de Asuntos Humanitarios, MSF-E**

Este documento examina la incursión de actores militares y políticos en el ámbito humanitario en Mali, un contexto conformado por las razones de 'integración', 'estabilización' y 'contraterrorismo', y argumenta que está poniendo en peligro la acción humanitaria en este país. El objetivo de este informe es abordar este tema en profundidad y plantear inquietudes sobre las consecuencias actuales y potenciales de lo que MSF considera una instrumentalización flagrante y dañina de la ayuda humanitaria.

La situación humanitaria en Mali sigue siendo precaria. A pesar del acuerdo de paz firmado en 2015 entre el Gobierno y algunos de los grupos insurgentes, el país dista mucho de ser pacífico. La inseguridad abunda, especialmente en las áreas del norte del país donde la presencia del Gobierno es mínima. A pesar de las grandes necesidades humanitarias, la inseguridad y la falta de apoyo estructural del Gobierno han resultado en servicios limitados y acceso deficiente a la atención médica para la población que vive en esas áreas. Sin servicios en funcionamiento, la prestación de asistencia sanitaria depende en gran medida de las organizaciones humanitarias. Sin embargo, la presencia de estas últimas es limitada, principal pero no exclusivamente debido a los problemas de seguridad.

En el Sahel, los intereses de los Estados extranjeros van más allá de las preocupaciones humanitarias e incluyen la seguridad energética, la lucha contra el terrorismo y la migración. Indicativo de su relevancia geopolítica son las tres operaciones militares extranjeras entrelazadas en Mali, todas en apoyo del Gobierno y su Ejército y contra ciertos grupos armados. Estas operaciones son impugnadas por una serie de actores armados y, de hecho, la misión de la ONU en Mali es una de las que más ataques ha sufrido en la historia de la ONU.

La respuesta extranjera a los desafíos e intereses en Mali se enmarca en tres lógicas diferentes: integración, estabilización y lucha contra el terrorismo. Todos están basados en las ideas de complementariedad y sinergia. Si bien es claro que los principios detrás de la intervención de fuerzas extranjeras en Mali son prerrogativa de los Estados, a MSF le preocupan mucho las consecuencias de subordinar (y potencialmente sacrificar) la asistencia humanitaria a los objetivos políticos. Si por separado estas tres lógicas ya pueden tener un impacto negativo en la acción humanitaria, su yuxtaposición es potencialmente explosiva. Esto se ve agravado por la incursión intencional de los militares en el ámbito humanitario a través de los Proyectos de Impacto Rápido y otras actividades similares, cuyo objetivo es obtener victorias rápidas (como mejorar la aceptación para reducir la hostilidad) incluso a costa de dañar la percepción de la acción humanitaria.

La acción humanitaria en Mali se enfrenta a cuatro desafíos que, de forma preocupante, se superponen y refuerzan mutuamente. En primer lugar, corre el riesgo de ser percibida como parte de la agenda política, una agenda de apoyo al Gobierno en su objetivo de neutralizar a ciertos grupos armados. El segundo es el riesgo de deslegitimar la acción humanitaria en el país (y esto después de instrumentalizarla), con la intención expresa de alcanzar objetivos de naturaleza diferente que sean incompatibles con los principios humanitarios; las poblaciones en general y los grupos armados de oposición en particular pueden rechazar tanto a la asistencia como a los actores humanitarios si consideran que la ayuda es un componente integral de la agenda política a la que se oponen. El tercer riesgo es una consecuencia de los dos anteriores: los humanitarios pueden ser atacados si se los identifica como parte del enemigo contra el que hay que luchar. El uso de escoltas armadas por personal humanitario y el uso de vehículos no claramente identificados como militares, ambos observados en Mali, pueden aumentar la probabilidad de tales



ataques. El cuarto riesgo es que los trabajadores humanitarios simplemente no podrán implementar asistencia humanitaria vital para las comunidades necesitadas, ya que todos los riesgos previos pueden limitar gravemente el acceso a las poblaciones y afectar su aceptación. Por lo tanto, mientras que uno de los objetivos declarados de estas operaciones militares es la “creación de condiciones para la prestación de asistencia humanitaria”, pueden provocar exactamente el efecto contrario y poner en peligro la continuación de la acción humanitaria en amplias zonas del país.

Obtener acceso a las poblaciones necesitadas ha sido una lucha para los actores humanitarios desde que comenzó este conflicto armado. Sin embargo, si bien la dinámica actual con la misión de la ONU y las fuerzas extranjeras puede afectar gravemente la percepción de los actores humanitarios y hacer que el acceso sea aún más difícil en un futuro no muy lejano, el sector humanitario en Mali parece haber aceptado el *statu quo* con resignación. Sin una resistencia notable, prevalece un pragmatismo básico cuando se trata de actividades humanitarias militares.

A MSF le preocupa profundamente que la brecha en la ayuda de emergencia o *emergency gap* – es decir, la falta de una presencia humanitaria suficiente y una respuesta de calidad a las poblaciones más necesitadas–, que ha existido hasta cierto punto en el país desde el comienzo del conflicto, se amplíe. La acción humanitaria sigue siendo posible y factible en Mali, aunque con gran dificultad. Sin embargo, el frágil equilibrio de aceptación por parte de la población podría romperse en cualquier punto y la situación podría deteriorarse fácilmente. Los agentes humanitarios tienen un papel clave que desempeñar en la negociación y salvaguarda del acceso a las poblaciones necesitadas. Si bien hacemos un llamamiento a los actores militares para que dejen de instrumentalizar la ayuda, también pedimos a los actores humanitarios que se resistan a jugar con cualquiera de las tres razones analizadas en este informe y rechacen cualquier práctica que pueda poner en peligro el acceso a los más vulnerables.

## **Estudio de caso en *emergency gap* Noreste de Nigeria (Resumen ejecutivo)<sup>1</sup>**

**Por Jon Edwards, responsable de *Advocacy* y Relaciones Externas, MSF Australia**

Este estudio de caso examina la respuesta humanitaria a la crisis relacionada con el conflicto en el noreste de Nigeria, centrándose principalmente en el periodo que va de 2015 a finales de 2016. El objetivo es poner a prueba las hipótesis centrales del proyecto *Emergency Gap*: que la estructura actual, el sustento conceptual y la mentalidad predominante del sistema humanitario internacional limitan su capacidad de ser eficaz en la respuesta a emergencias relacionadas con conflictos. Esta no es una evaluación operacional de MSF o un análisis de contexto profundo de la crisis.

Al igual que con muchas crisis relacionadas con los conflictos, la emergencia en el noreste de Nigeria tiene raíces profundas y complejas en la historia de la región. El conflicto comenzó en 2009 y rápidamente se desarrolló más allá del control de las autoridades. Se desarrolló en medio de tensiones políticas, sociales y económicas preexistentes, haciendo que una respuesta humanitaria efectiva fuera extremadamente difícil. A pesar de esta complejidad, lo que está claro es que la crisis ha provocado un desastre humanitario que ha matado a más de 25.000 personas como resultado directo de la violencia y continúa devastando muchas más vidas a causa de la desnutrición, el trauma psicológico y la falta de atención médica.

Los 40 entrevistados durante esta investigación estuvieron de acuerdo en que la respuesta humanitaria en el noreste de Nigeria, en particular en el estado de Borno, si bien salvó vidas, llegó tarde. Un examen más detallado de esta afirmación revela que el sistema destinado a proporcionar socorro humanitario de emergencia (incluyendo a MSF) llegó tarde en ayuda de la población de Borno no una o dos veces, sino tres. En 2015, tardó en reconocer que la crisis de desplazados era una gran emergencia humanitaria; a principios de 2016, tardó en predecir, confirmar y responder a la emergencia nutricional; y una vez que esta realidad trágica se hizo pública, tardó en para movilizar una respuesta efectiva.

### **2015: reconocimiento tardío de la crisis humanitaria**

Los refugiados que huían del conflicto en Nigeria habían llegado a Níger, Camerún y Chad en gran número desde finales de 2014<sup>2</sup>. En un refuerzo de la contraofensiva del Ejército nigeriano en 2015, Maiduguri vio una gran afluencia de desplazados internos. Estaba claro que se estaba desencadenando una crisis importante<sup>3</sup> y, sin embargo, la respuesta de todos los actores fue muy escasa. Esto se debió a muchas razones, pero las enormes limitaciones de seguridad que limitaban la libertad de circulación y la visibilidad de la crisis fueron fundamentales. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), MSF y Acción contra el Hambre (ACH) iniciaron operaciones modestas en Maiduguri. Los organismos nacionales y estatales de gestión de emergencias y la Cruz Roja local pudieron proporcionar algunos servicios (especialmente alimentos) a la minoría de desplazados que estaban en los campos oficiales. Unicef y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) estaban sobre el terreno, pero con una cobertura muy limitada. El despliegue humanitario en el país no reconoció la situación como una emergencia a gran escala y no se produjo ninguna movilización liderada por la ONU.

### **Finales de 2015-junio de 2016: reconocimiento tardío de los riesgos, alerta tardía y lenta respuesta**

---

<sup>1</sup> [Informe completo](#) en inglés la web del proyecto *Emergency Gap*.

<sup>2</sup> OCHA, Sitrep de Níger nº 10.

<sup>3</sup> <http://www.irinnews.org/news/2014/11/28/North-East-nigeria-hundreds-thousands-have-fled>

Durante el periodo de octubre de 2015 a febrero de 2016, ningún agente humanitario abandonó la capital de Borno y poca o ninguna noticia llegó a la comunidad humanitaria sobre lo que estaba sucediendo en el estado más allá de Maiduguri. Las muertes y el sufrimiento de las poblaciones que habían quedado fuera del alcance de los humanitarios –debido tanto a los grupos armados de la oposición como a las tácticas militares de contrainsurgencia– eran obvias para el Ejército nigeriano desde al menos enero de 2016. Aun teniendo un claro papel causal en la difícil situación de parte de la población desplazada, el Ejército intentó hacer algo para alimentar y proporcionar refugio y cuidado a estas poblaciones. Sin embargo, muchas personas murieron.

En el mejor de los casos, hubo un claro fracaso por parte de las autoridades a la hora de predecir y planificar adecuadamente y prever la probabilidad de que muchos miles de desplazados necesitaran atención humanitaria urgente<sup>1</sup>. Las alertas no oficiales sobre inanición y muertes entre los desplazados comenzaron en enero de 2016, y les siguieron solo unas pequeñas respuestas humanitarias. No fue sino hasta abril y mayo que los llamamientos oficiales de ayuda por parte del Ejército dieron como resultado una visita de alto nivel de la ONU a Bama y evaluaciones en otras ciudades. Fue entonces, cuando MSF visitó Bama y emitió un comunicado denunciando la gravedad de la tragedia que se estaba desarrollando, cuando el sistema humanitario intentó ampliar su intervención de emergencia.

A pesar de los graves problemas de seguridad que limitan los movimientos fuera de Maiduguri, a principios de 2016 fue posible obtener acceso, aunque muy limitado, a algunas áreas de gobierno local (alrededor de febrero). No se sabía con certeza qué había ocurrido con la población de estas áreas durante meses, si bien las tácticas de insurgencia y contrainsurgencia no eran un secreto. Estas circunstancias plantean la pregunta de por qué las organizaciones humanitarias, incluida MSF, tardaron tanto en dar la alarma sobre la posible condición de la población o (si no podían obtener acceso independiente) presionar para obtener garantías creíbles de que se estaba haciendo algo. O por qué hasta junio de 2016 no se optó por utilizar el acceso facilitado por los militares como último recurso.

### **Desde junio de 2016: el sistema tarda en prepararse y llega tarde**

Desde junio de 2016, la magnitud de la crisis en Borno y la mejoría del acceso movilizaron a los donantes, los líderes de la ONU, las ONG y las autoridades nigerianas para aumentar radicalmente la respuesta humanitaria. Sin embargo, el incremento seguía siendo dolorosamente lento. A principios de 2017, algunas ONG aún estaban esperando financiación, el sistema de Naciones Unidas decía estar a solo un cuarto de su velocidad de cruce y los recursos del Gobierno nigeriano aún no se habían ampliado para satisfacer las necesidades<sup>2</sup>.

La escalada lenta tiene un coste. FEWS NET<sup>3</sup> informó de que era probable que se estuviera produciendo una hambruna en Borno y ya se hubiera producido en la gobernación de Bama, con una cifra estimada de 2.000 muertos solo de enero a septiembre de 2017. Otras gobernaciones estaban afectadas de manera similar. Las áreas a las que se había conseguido llegar, como Gwoza y Pulka, revelaban enormes necesidades, incluida la falta de servicios de salud, un saneamiento deficiente y una inseguridad permanente

### **Restricciones de contexto y sistémicas**

Estos tres momentos de respuesta tardía o lenta están claros, ¿pero fueron un fracaso del sistema? Quizás sea más cierto decir que las repetidas demoras en la movilización de respuestas

---

<sup>1</sup> Esta crítica no pretende absolver a los grupos armados de la oposición de su responsabilidad fundamental en la crisis. Sin embargo, este informe se limita a centrarse en el amplio desempeño de los actores que asumen responsabilidades humanitarias. Esto incluye a las autoridades estatales de Nigeria pero, trágicamente, no a los grupos armados de la oposición.

<sup>2</sup> A pesar de haber prometido el Estado nigeriano 1.000 millones de dólares para actividades de desarrollo y humanitarias en el noreste.

<sup>3</sup> Red de Sistemas de Alerta Temprana para la Hambruna, [ver](#) informe.

humanitarias efectivas a la crisis relacionada con el conflicto en el noreste fueron, en gran parte, el resultado de profundas limitaciones relacionadas con el contexto.

El contexto político en Nigeria y en el estado de Borno era la antítesis del que necesitaba el despliegue de actores humanitarios internacionales. Como señaló el jefe del Centro de Coordinación de Emergencias de Nigeria, el doctor Ayoade, en su informe a la Conferencia de Donantes de Oslo en febrero de 2017, “la crisis humanitaria que se gestaba se pasó por alto antes de 2016”. Incluso a principios de 2016, “hubo negación en ciertos sectores incluso cuando las condiciones empeoraron en el terreno”. Esta negación, de motivación política, también fue compartida al menos durante 2015 y principios de 2016 por gran parte de la comunidad de donantes. Los Estados donantes y el sistema de las Naciones Unidas no querían reconocer la situación en el noreste de Nigeria como una emergencia a gran escala. Hubo poco interés por agregar otra emergencia a una carga humanitaria ya abrumadora y una clara reticencia a desviar recursos a un país comparativamente rico como Nigeria.

Las restricciones de seguridad también fueron muy significativas. El conflicto fue muy intenso en 2015 y principios de 2016. El acceso estuvo estrechamente controlado por los militares e, incluso cuando era posible entrar, aún existían graves riesgos de seguridad, incluida la posibilidad (había muchos ejemplos) de un ataque directo de los grupos armados de la oposición. No hubo negociaciones exitosas de acceso con estos últimos, por lo que el acceso de los trabajadores humanitarios independientes fue muy restringido, efectivamente imposible.

A pesar de estas limitaciones específicas del contexto externo, los organismos de Naciones Unidas, las ONG internacionales, los donantes y los actores humanitarios locales menoscabaron su propia capacidad para proporcionar un socorro humanitario eficaz. El liderazgo del sistema de la ONU tuvo un desempeño deficiente, si no directamente antagónico a la movilización de una respuesta de emergencia. Demasiados actores lucharon para cambiar del modo de desarrollo al modo de emergencia. Los sistemas de financiación no podrían aportar recursos adecuados en un marco de tiempo apropiado. La corrupción de los datos y la comunicación sobre las actividades humanitarias en curso y planificadas menoscabó los esfuerzos de coordinación. Los imperativos de la política global se opusieron a los esfuerzos para reconocer claramente la situación como una emergencia que requería ayuda humanitaria a gran escala. Y la falta de experiencia relevante permitió que las señales de advertencia se perdieran y las respuestas fueran tímidas o ineficaces.

Estas limitaciones autoimpuestas representan el contenido del *emergency gap* tal como se manifestó en el noreste de Nigeria. Imaginar soluciones a estas limitaciones no es imaginar un cambio radical en la historia de la tragedia humanitaria experimentada por millones de nigerianos. Después de todo, las restricciones políticas y de seguridad seguirían siendo formidables. Sin embargo, las soluciones a estos problemas son, al menos, opciones que están en manos de los responsables de la toma de decisiones humanitarias, mientras que todo lo que limite la acción humanitaria no lo es.

## **SIG en MSF-E: la forma más inteligente de visualizar datos para tomar decisiones operacionales inteligentes**

por Juan José Arévalo Varela, técnico de información logística y enlace para el GIS

Para tomar decisiones informadas necesitamos analizar muchos datos en muy poco tiempo. En el ámbito de la ayuda médico-humanitaria, trabajamos contra reloj y muchas veces tomar la decisión más acertada lleva demasiado tiempo, ya que la información o datos están en listas o en tablas de cálculo o simplemente en notas personales o informes de actividad, entre otras fuentes y formatos (fotos, PDF, documentos de Word, CAD, etc.). Estos formatos no permiten una visualización ni un análisis ágil de datos que se adapten a situaciones de emergencia. Y es aquí donde los Sistemas de Información Geográfica (SIG)<sup>1</sup> están desempeñando un rol cada vez más pertinente en el análisis, planificación e implementación de nuestras actividades.

Las tecnologías SIG son sistemas de información que combinan mapas y datos para visualizar, analizar, consultar, interpretar y comprender información geográficamente relevante a través de la integración de *hardware*, *software* y recursos humanos, y representarlos en mapas, gráficos o vistas 3D (entre otras posibilidades). Esto es de gran utilidad para formular los problemas y las necesidades operacionales de manera más precisa y por ende aportar soluciones más adaptadas.

En MSF, durante 2017, la demanda de productos SIG siguió aumentando, así como la comprensión sobre la utilidad de esta herramienta y su potencial y aplicaciones en nuestro trabajo de asistencia humanitaria. Hemos creado mapas a medida (*tailored maps*) y producido análisis con imágenes de satélite para las misiones de Angola, Bangladesh, República Centroafricana, El Salvador, Mali, México, Níger, Nigeria, Paraguay, República Democrática del Congo, Somalia, Sri Lanka, Sudán del Sur, Sudán, Siria, Tailandia, Yemen y Zambia. También hemos generado mapas para formaciones, informes, presentaciones y comunicaciones.

Entre las aplicaciones con tecnología SIG de potencial valor añadido para MSF se encuentran el mapeo rápido operacional para situaciones de emergencia y no emergencia; el ámbito de la salud, más específicamente los sectores de sistemas de información (HIS), salud digital (*e-health*) y epidemiología; la logística general; la gestión de fletes por tierra, mar y aire; la planificación de emplazamientos para estructuras de salud o campos para poblaciones desplazadas; la gestión remota; la gestión del suministro y transporte; las actividades de agua, higiene y saneamiento; la seguridad y reducción de riesgos; la gestión de recursos (recursos humanos y activos fijos); la gestión del conocimiento; la investigación operacional; los *briefings* y las actividades de comunicación; y la preparación para desastres naturales.

Los beneficios de las tecnologías SIG para MSF son muchos y estamos trabajando para que en el futuro los distintos sectores de nuestra organización puedan incorporarlas a su trabajo de forma sistemática y beneficiarse directamente de ellas para resolver problemas simples y complejos: desde un simple mapa con los puntos de agua en un campo de refugiados al análisis de densidad de población basado en imágenes de satélite de alta resolución tomadas, por ejemplo, en un asentamiento de desplazados.

El desafío es importante. Tenemos que construir herramientas que nos permitan gestionar de forma simple, segura y amigable la gran cantidad de información y datos que MSF maneja. Tenemos que facilitar el trabajo de terreno y apoyar la visualización de toda esa información de una manera inteligente y que los trabajadores de MSF en todo el mundo puedan hacerlo independientemente de la sección con la que estén. ¡En ello estamos!

---

<sup>1</sup> En inglés, *Geographical Information Systems* (GIS).

# Resumen de operaciones de MSF-E en 2017\*

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

# Angola

MSF trabajó por primera vez en Angola en 1983 y MSF-E, desde 1992 hasta 2007. MSF-E regresó en 2015 y actualmente es el único centro operativo presente en el país.

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 150.

Esperanza de vida: 52,7 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 6.291 dólares/año (5.946 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable.

**Población asistida:** víctimas de enfermedades endémicas y epidemias.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	25,87	33,10	58,97
Internacional	6,55	11,51 <sup>1</sup>	18,06



En 2017, MSF consolidó sus operaciones en Angola –relanzadas en 2016, tras nueve años de ausencia–, con el objetivo de dar apoyo a las autoridades de salud en la respuesta a emergencias. Tras un periodo de reflexión, se decidió que el objetivo estratégico de la misión fuera dar una respuesta oportuna a las emergencias médico-humanitarias, sin tener un proyecto regular en el país. Durante la revisión de mediados de 2017, y a la vista de la experiencia de las emergencias en 2016 y 2017 (cólera en Luanda y Soyo e intervención en Lunda Norte), se tomaron las siguientes decisiones:

1. El objetivo de la misión en Angola es responder oportuna y eficazmente a potenciales brotes epidémicos y otras emergencias médico-humanitarias.
2. Para conseguirlo, se adopta una estrategia integrada, con colaboración institucional con el Ministerio de Salud, a través de su área de Vigilancia Epidemiológica y del departamento de Higiene de la Dirección Nacional de Salud Pública (DNSP).

Durante el ejercicio de planificación anual para 2018, se confirmó el principal objetivo de la misión (punto 1) y se acordó diseñar, implementar y consolidar una innovadora configuración de la misma: una *misión de equipo único de emergencia* (*one team emergency mission*), que pueda contribuir a la capacidad de respuesta de emergencia global, estimulando el intercambio de personal regional e internacional entre misiones y también la respuesta regional a emergencias.


Datos financieros		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	963.934,60	25,73

<sup>1</sup> Incluye 0,11 FTE correspondiente a un programa no reportado debido a su reducido tamaño.

Angola, Equipo de Respuesta de Emergencia (MERT)	339.327,43	9,06
Namacunde (Cunene), desnutrición y pediatría	307.532,08	8,21
Provincia de Lunda Norte, refugiados/desplazamiento	1.900.640,27	50,72
Luanda, respuesta al cólera	228,71	0,01
Plan de preparación para emergencias	235.102,49	6,27
<b>Total gastos</b>	<b>3.746.765,58</b>	<b>100,00</b>

<b>Financiaciones</b>		
MSF España	3.746.765,58	100,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>3.746.765,58</b>	<b>100,00</b>

<b>Total financiaciones</b>	<b>3.746.765,58</b>	<b>100,00</b>
-----------------------------	---------------------	---------------

	<b>Namacunde, desnutrición y pediatría</b>	<b>Refuerzo del diagnóstico y tratamiento de la malaria y la desnutrición en la población menor de 15 años de Namacunde (provincia de Cunene)</b>	
<b>Localización</b>	Namacunde, provincia de Cunene		
<b>Población objetivo</b>	Población menor de 15 años de Namacunde: 76.413 personas, según estimación de 2017		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2017 – Junio de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con la desnutrición y la malaria en el municipio de Namacunde, provincia de Cunene		
<b>Tipo de población</b>	Población general menor de 15 años de edad		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	307.532,08 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	1,99	0,42	
<b>No sanitario</b>	1,95	0,57	

En los últimos años, la provincia de Cunene se ha visto afectada por dos factores importantes: una sequía que dura ya cuatro años (con efectos devastadores en la agricultura y por tanto en la situación nutricional y el estado de salud de la población) y la crisis económica que comenzó en 2014 y que redujo el comercio transfronterizo en esta región (donde era la principal fuente de ingresos de gran parte de la población). Como era de esperar, se produjo un aumento de la malaria y de la desnutrición, que a su vez agravó la mortalidad y la morbilidad de los grupos más vulnerables de la comunidad, especialmente los niños menores de 15 años.


Como resultado de las evaluaciones, el proyecto Namacunde tenía como objetivo dar apoyo al Ministerio de Salud, reforzando el diagnóstico y tratamiento de estas dos enfermedades durante este periodo.

La intervención consiguió mejorar la situación nutricional en la provincia, pero la inseguridad alimentaria se mantenía en niveles críticos. Los datos nutricionales disponibles después de la



evaluación y la intervención no eran claros, si bien es cierto que las actividades de MSF mejoraron el acceso a la salud de los niños desnutridos.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	6.241
<b>Hospitalizaciones</b>	271
<b>Malaria (total)</b>	436
<b>CNT hospitalario</b>	81
<b>CNT ambulatorio</b>	143

 <b>Provincia de Lunda Norte, refugiados/desplazamiento</b>	<b>Asistencia médica y nutricional a la población refugiada y de acogida en Dundo y Lóvua</b>	
<b>Localización</b>	Dundo y Lóvua, provincia de Lunda Norte	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2017 – Octubre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en la población refugiada congoleña de las áreas de Lóvua y Dundo (Lunda Norte) y de la población de acogida	
<b>Tipo de población</b>	Refugiados y población de acogida	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.900.640,27 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	12,56	3,03
<b>No sanitario</b>	12,64	2,11


Desde el 13 de abril de 2017, debido a la inestabilidad en la región de Kasai (en la vecina República Democrática del Congo), llegaron a Lunda Norte un gran número de refugiados. Para el 19 de abril, eran algo más de 11.000 personas: unos 3.850 hombres, 2.750 mujeres y 4.450 niños, repartidos en dos campos donde no había atención médica, agua, refugio ni comida. MSF identificó algunos vacíos en la respuesta humanitaria en varias áreas (tanto en velocidad como en alcance). Además, debido a la inestabilidad en Kasai, se esperaba que la situación médico-humanitaria empeorara con la llegada de más refugiados en las siguientes semanas y meses.

Como consecuencia, y tras la solicitud formulada por las autoridades provinciales con el apoyo del Gobierno central, MSF inició en abril una respuesta de emergencia completa (atención primaria y secundaria, promoción de salud, salud mental, nutrición, agua, saneamiento e higiene), que se prolongó hasta el traspaso del proyecto a Médicos del Mundo en octubre de 2017.

En general, la intervención de MSF se caracterizó por la inestabilidad del contexto y por la reducida capacidad de respuesta de los demás actores. Los programas se desarrollaron teniendo en cuenta la necesidad de adaptar las operaciones a los cambios en el contexto. La oportunidad de traspasar parte del proyecto a Médicos del Mundo (atención primaria en Cacanda y Lóvua y centro hospitalario de nutrición terapéutica) –con financiación de ACNUR– surgió tras las negociaciones desarrolladas desde capital y la sede en Barcelona. Al final, considerando que otros actores no proveían servicios de atención primaria y nutrición, las actividades de MSF

tuvieron un considerable impacto en la salud de los refugiados. En general, la percepción entre los refugiados y las autoridades fue positiva y hubo una buena colaboración.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	40.498
<b>Hospitalizaciones</b>	428
<b>Malaria (total)</b>	13.713
<b>CNT hospitalario</b>	202
<b>CNT ambulatorio</b>	366
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	1.507
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.186
<b>Atención posnatal</b>	64
<b>Violencia sexual</b>	13
<b>Violencia directa</b>	264
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	14
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	6
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	176
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	100
<b>Saneamiento</b>	67
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	600.000

 <b>Equipo de Respuesta de Emergencia (MERT)</b>	<b>Mejora de la vigilancia epidemiológica y la respuesta a las emergencias médico-humanitarias y epidemias en Angola</b>	
<b>Localización</b>	Angola	
<b>Población diana</b>	Población vulnerable afectada por una epidemia o una emergencia médico-humanitaria	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Noviembre de 2016 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad derivadas de brotes epidémicos y otras emergencias médico-humanitarias	
<b>Tipo de población</b>	Población general (con el foco en menores de 15 años, urgencias y mujeres embarazadas)	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	339.327,43 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	1,91	2,23
<b>No sanitario</b>	2,05	3,04

Tras la intervención de 2016, con el fin de facilitar y reforzar la consolidación de la misión y responder a tiempo a las necesidades médico-humanitarias, se organizó un equipo exploratorio con los siguientes objetivos, que debían cumplirse en un periodo de tres meses (de diciembre de

2016 a febrero de 2017): abrir un espacio operacional, iniciar intervenciones de emergencia si fuera necesario y definir el futuro Equipo de Respuesta de Emergencia (MERT) de Angola.

Durante este primer periodo, empezó la intervención en Namacunde y el equipo se incorporó, en Luanda y Soyo, a la fuerza de Respuesta Nacional al Cólera liderada por el Ministerio de Salud. Debido a este esfuerzo, los ambiciosos objetivos mencionados anteriormente no pudieron cumplirse dentro del plazo establecido. El equipo siguiente continuó realizando evaluaciones –en Benguela y Kwanza Sul– y vigiló la evolución del cólera en Soyo; su primera intervención directa fue en la emergencia con refugiados en Lunda Norte.

Como se ha mencionado en la introducción de este artículo, en la revisión del año se tomaron dos decisiones importantes, pero, desafortunadamente, el tercer trimestre se caracterizó nuevamente por la falta de los recursos humanos necesarios en la misión. En consecuencia, solo durante los meses de septiembre, octubre y noviembre estuvo el MERT casi completo y pudo ejecutarse el plan de trabajo acordado, incluidas las visitas programadas a las provincias prioritarias (esencialmente Uige, para la capacitación y preparación para el cólera al hilo del brote en Congo Central, RDC).

# Bangladesh

MSF trabajó por primera vez en Bangladesh en 1985 y ha tenido presencia constante desde 1992; OCBA trabajó por primera vez en este país en 2017. Los otros centros operacionales presentes son OCB, OCP y OCA.

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 139.  
Esperanza de vida: 72,0 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 3.341 dólares/año (2.711 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable.

**Población asistida:** víctimas de conflicto agudo.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	3,13	40,85	43,98
Internacional	5,22	10,17	15,39



Más de 655.000 refugiados rohingyas llegaron a Bangladesh cruzando la frontera desde Myanmar entre el 25 de agosto y el 31 de diciembre de 2017, huyendo de una campaña de violencia dirigida contra su etnia. Buscaron refugio en Cox's Bazar, un distrito costero en la frontera, sumándose a la población de refugiados preexistente, derivada de desplazamientos anteriores relacionados con la violencia. Para finales de año, en total había casi 868.000 refugiados rohingyas en esta área. En 2018, las llegadas continuaron y, aunque el ritmo parece haber disminuido, cada semana aún llegan algunos cientos de personas.


MSF estableció por primera vez una misión en Bangladesh en 1985 y desde 1992 ha tenido presencia constante en la capital, Daca, y en el distrito de Cox's Bazar. Tras el último flujo de refugiados en agosto de 2017, MSF amplió masivamente sus operaciones y, para finales de año, estaba gestionando 15 puestos de salud, tres centros de salud primaria y cinco instalaciones con servicios de hospitalización.

OCBA no tenía presencia en Bangladesh antes de la crisis actual. En respuesta a la crítica situación humanitaria, la Unidad de Emergencias (UE) lanzó una misión exploratoria en Cox's Bazar en septiembre. Tras confirmarse la necesidad de intervenir, OCBA estableció una misión bajo la dirección de la UE. A fines de 2017, OCBA abrió y ejecutó tres proyectos en Ukhia y Teknaf, con un total de ocho puestos de salud, tres centros de salud primaria y un servicio de hospitalización.

Datos financieros		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	499.258,77	14,11
Crisis de los rohingyas , exploratoria	20.701,43	0,58
Asentamiento provisional de Unchiprang (UMS)	849.216,16	24,00

Asentamiento provisional de Jamtoli (JMS)	1.455.630,32	41,13
Servicio de hospitalización	645.823,72	18,25
Plan de preparación para emergencias	68.499,79	1,93
<b>Total gastos</b>	<b>3.539.130,19</b>	<b>100,00</b>

<b>Financiaciones</b>		
MSF Austria	150.000,00	4,24
MSF Japón	397.130,53	11,22
MSF Noruega	33.200,35	0,94
MSF España	1.839.412,02	51,97
MSF Estados Unidos	466.801,56	13,19
MSF Canadá	199.481,35	5,64
MSF Suiza	153.104,38	4,32
Inditex	300.000,00	8,48
<b>Total fondos privados</b>	<b>3.539.130,19</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>3.539.130,19</b>	<b>100,00</b>


 <b>Crisis de los rohingyas</b>	<b>Misión exploratoria</b>	
<b>Localización</b>	Distrito de Cox's Bazar	
<b>Población diana</b>	239.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2017 – Octubre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Identificar potenciales áreas de intervención	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	20.701,43 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-

El 25 de agosto de 2017, la escalada del conflicto en el estado de Rakhine (Myanmar) provocó alarmantes niveles de violencia contra la población rohingya. Para el 6 de septiembre de 2017, según los informes del ISCG<sup>1</sup>, más de 164.000 rohingyas habían cruzado a Bangladesh, en uno de los mayores flujos de refugiados registrados en esta frontera; venían a sumarse a los 75.000 que ya habían llegado desde que comenzó esta nueva ola de violencia en octubre de 2016.

En respuesta a esta alerta, OCBA lanzó una misión exploratoria el 8 de septiembre de 2017, para identificar las necesidades médicas y humanitarias agudas entre los refugiados e identificar

<sup>1</sup> Grupo de Coordinación Intersectorial de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

posibles áreas de intervención de acuerdo con las prioridades operacionales. La misión exploratoria se llevó a cabo bajo la dirección de la UE, con personal clave del equipo de coordinación de la Unidad de Asia. Tras las necesidades identificadas durante la misión exploratoria, el equipo concluyó que era necesario que OCBA interviniera.

	<b>Asentamiento provisional de Unchiprang</b>	<b>Asistencia de emergencia para los refugiados rohingyas en el asentamiento de Unchiprang</b>	
<b>Localización</b>	Teknaf Upazila, Distrito de Cox's Bazar		
<b>Población diana</b>	30.000 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2017 – Junio de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en los refugiados rohingyas en Teknaf Upazila		
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	849.216,16 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	7,13	2,25	
<b>No sanitario</b>	10,54	1,53	


A finales de diciembre de 2017, había 23.300 refugiados viviendo en el asentamiento provisional de Unchiprang (UMS). MSF ha estado dirigiendo un centro de salud primaria, que inicialmente se abrió como puesto de salud a mediados de septiembre de 2017. El centro proporciona los siguientes servicios: urgencias (abiertas las 24 horas del día, los siete días de la semana), consulta externa para adultos y niños, maternidad (atención pre y posnatal, partos normales), programa para víctimas de violencia sexual y de género y salud mental (con sesiones individuales y en grupo). MSF también abrió otro puesto de salud en Unchiprang. Además, el proyecto cuenta con actividades externas de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica y sensibilización sobre salud mental. Finalmente, MSF también ha dado apoyo a una intervención comunitaria de agua y saneamiento.

Bajo la dirección del mismo proyecto, MSF también opera un puesto de salud en Nayapara (cerca de la entrada del campo de refugiados), que atiende a una población cada vez más grande y tiene un gran volumen de consultas. El puesto está abierto seis días por semana, proporcionando consultas externas, consultas pre y posnatales y salud mental.

MSF inició una clínica móvil en el punto de entrada de Sabrang a principios de octubre de 2017, que ofrece evaluación nutricional, atención de salud primaria y seguimiento de pacientes; estos servicios se han integrado en el circuito del centro de recepción de refugiados, donde hay presencia continua del personal médico de MSF. Proporcionamos exámenes médicos y consultas a los recién llegados, así como vacunas y traslados al siguiente nivel de atención médica cuando es necesario.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	21.307
<b>Hospitalizaciones</b>	8
<b>Malaria (total)</b>	10

<b>Consultas prenatales (totales)</b>	603
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	603
<b>Partos</b>	13
<b>Interrupción de embarazo</b>	6
<b>Atención posnatal</b>	327
<b>Víctimas de tortura</b>	2
<b>Violencia directa</b>	78
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	66
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	5
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	1.654
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	420
<b>Saneamiento</b>	150
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	2.100.000

	<b>Asentamiento provisional de Jamtoli (JMS)</b>	<b>Asistencia de emergencia para los refugiados rohingyas en los asentamientos de Hakimpara, Jamtoli y Moynarghona</b>
<b>Localización</b>	Ukhia Upazila, Distrito de Cox's Bazar	
<b>Población diana</b>	70.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2017 – Junio de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en los refugiados rohingyas en Ukhia Upazila	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.455.630,32 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	11,41	2,74
<b>No sanitario</b>	6,40	1,79

A finales de diciembre de 2017, había 33.000 refugiados viviendo en el asentamiento provisional de Hakimpara (HMS), 48.800 en el de Jamtoli (JMS) y 19.500 en el de Moynarghona/Potibonia (MMS).


En HMS, MSF abrió un puesto de salud que luego se reconvirtió en centro de atención primaria, con una sala de urgencias y observación abierta las 24 horas del día, consultas externas y servicios de salud reproductiva y salud mental. Hasta mediados de diciembre, MSF tenía dos puestos de salud en Hakimpara; ambos suspendieron sus operaciones rutinarias debido al brote de difteria, con el fin de apoyar el seguimiento de pacientes y de contactos.

En JMS, se dio exactamente la misma situación, con un puesto de salud abierto que en septiembre que se reconvirtió en centro de atención primaria, y dos puestos de salud en Jamtoli que, tras el brote de difteria, modificaron sus actividades.

En MMS, MSF comenzó una clínica móvil en septiembre, que después se convirtió en puesto de salud, donde se ofrecen consultas externas (para adultos y niños), salud mental (individual y en grupo) y maternidad (atención pre y posnatal y planificación familiar).

Además, se desarrollaron actividades externas en cada uno de los tres campos, para la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica y la sensibilización sobre salud mental. Finalmente, MSF también apoyó una intervención comunitaria de agua y saneamiento como parte del proyecto en JMS.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	40.683
<b>Hospitalizaciones</b>	131
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	1.062
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.062
<b>Partos</b>	1
<b>Interrupción del embarazo</b>	4
<b>Atención posnatal</b>	247
<b>Violencia sexual</b>	1
<b>Violencia directa</b>	8
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	44
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	665
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	215
<b>Saneamiento</b>	150
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	1.260.000

 <b>Servicio de hospitalización</b>	<b>Asistencia de emergencia para los refugiados rohingyas y la población de acogida vulnerable</b>	
<b>Localización</b>	Ukhia Upazila, distrito de Cox's Bazar	
<b>Población diana</b>	160.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2017 – Junio de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en los refugiados rohingyas en Ukhia y Teknaf Upazila	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	645.823,72 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	2,66	1,07
<b>No sanitario</b>	2,71	0,79

MSF planeaba abrir un servicio de hospitalización fuera del megacampo, cerca de los asentamientos provisionales de Jamtoli y Moynarghona, y que tuviera una capacidad de 63 camas antes de acabar el año.



Una vez que comenzó el brote de difteria, este servicio de hospitalización se transformó en un centro de tratamiento de la difteria. El ingreso de pacientes con sospecha de difteria comenzó el 11 de diciembre.

El centro trató casos graves y moderados; los primeros se trataron con la antitoxina diftérica (DAT). Este hospital también funcionaba como centro de referencia para todos los casos moderados y graves, tanto para la población rohingya como para la comunidad de acogida que llegaba desde los campos y pueblos cercanos (HMS, JMS y MMS) y los situados más al sur (UMS).

Mientras tanto, las obras de construcción de servicio de hospitalización se fueron terminando. Cuando los casos de difteria se reduzcan, este hospital tendrá una sala de urgencias de 24 horas, una unidad pediátrica y neonatal, un centro hospitalario de nutrición terapéutica, servicios de salud sexual y reproductiva y salud mental, así como un laboratorio básico y una ambulancia.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Hospitalizaciones</b>	<b>454</b>

# Colombia

**MSF trabaja en Colombia desde 1985 y MSF-E, desde 1994. Desde finales de 2014, el único centro operacional presente es MSF-E.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 95.  
Esperanza de vida: 74,2 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 12.762 dólares/año (12.062 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado y otras situaciones de violencia.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado y de otras situaciones de violencia, y víctimas de violencia social y exclusión.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	23,80	62,67	86,47
Internacional	3,38	3,19	6,57




La violencia que afecta a la población en Colombia tiene su origen en el conflicto armado interno, pero a la vez se retroalimenta y perpetúa a través de las dinámicas ligadas a Otras Situaciones de Violencia (OSV), que van más allá del propio conflicto y que tienen su origen en las disputas territoriales entre antiguos grupos paramilitares, crimen organizado y disidencias de las guerrillas.

El impacto humanitario del conflicto que lleva más de 56 años devastando Colombia es sustancial; a fecha de 31 de diciembre de 2017, se contabilizaban más de 8,6 millones de afectados, más de un millón de muertos, más de 170.000 desaparecidos y 7,6 millones de desarraigados de sus hogares. El conflicto interno en Colombia ha provocado una crisis humanitaria, caracterizada por el desplazamiento forzado, las masacres y asesinatos, los incidentes con minas, los secuestros, la extorsión, el reclutamiento forzado, la explotación y violencia sexual, las amenazas generalizadas o individuales y las desapariciones.

Para las personas atendidas por MSF, las consecuencias físicas y mentales de la exposición crónica al conflicto ya las OSV son profundas: la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés posttraumático afectan de forma generalizada a una parte importante de la población, que tiene dificultades para acceder a servicios de atención en salud mental que atiendan estas dolencias de la forma adecuada. La falta de personal y el estigma impiden que las personas que padecen enfermedades mentales, las víctimas de violencia sexual y las mujeres que buscan realizar una interrupción del embarazo encuentren la debida atención.

La misión de MSF se centra en mejorar el acceso a la atención médica y de salud mental gratuita y de calidad y en prestar ayuda humanitaria de emergencia a las víctimas de la violencia en todo el territorio nacional.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	652.282,98	29,04
Buenaventura, atención a víctimas de OSV	756.828,28	33,70
Familiares de desaparecidos (Cali y Puerto Asís)	130.905,30	5,83
Tumaco, atención a víctimas de OSV	535.488,47	23,84
Equipo de respuestas a emergencias (MERT)	158.853,47	7,07
Plan de preparación para emergencias	11.674,99	0,52
<b>Total gastos</b>	<b>2.246.033,49</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
Ayuda Humanitaria Internacional de Canadá (IHA)	331.703,91	14,77
<b>Total fondos institucionales</b>	<b>331.703,91</b>	<b>14,77</b>
MSF Austria	200.000,00	8,90
MSF Alemania	4.000,00	0,18
MSF España	1.158.341,05	51,57
MSF Estados Unidos	382.636,92	17,04
MSF Canadá	169.351,61	7,54
<b>Total fondos privados</b>	<b>1.914.329,58</b>	<b>85,23</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>2.246.033,49</b>	<b>100,00</b>


	<b>Buenaventura (Cauca Pacífico)</b>	<b>Atención en salud mental a víctimas de OSV y conflicto armado y atención integral a víctimas de violencia sexual y para la interrupción del embarazo</b>
<b>Localización</b>	Distrito de Buenaventura (Valle del Cauca)	
<b>Población objetivo</b>	12.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2015 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir el exceso de morbilidad asociado a patologías psicológicas y psiquiátricas desatendidas, prevenir el desarrollo de afecciones psicológicas graves motivadas por la exposición a OSV y/o violencia sexual; ofrecer atención integral a las víctimas de violencia sexual y para la IVE; y responder a las emergencias médico-humanitarias en el área	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazados y población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	756.828,28 €	

<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	19,63	0,71
<b>No sanitario</b>	12,38	1,06

Buenaventura tiene una de las tasas más altas de desplazamiento forzado en el país. Además, la rápida urbanización –impulsada en parte por la llegada de decenas de miles de personas desplazadas desde las zonas rurales debido a las amenazas de los grupos armados– ha aumentado las tensiones socioeconómicas en la región y ha provocado un aumento de la violencia. La intensidad y la crueldad de las facciones en guerra le han valido a Buenaventura la reputación de ser la ciudad más violenta de Colombia.

De 2015 a 2017, se realizaron importantes desarrollos en la implementación de la estrategia de salud mental en el área urbana de Buenaventura, específicamente en redes, capacitación de contrapartes, atención al paciente, promoción del servicio en los barrios y lanzamiento de la Línea de Atención Psicológica, una centralita de llamadas que se ha convertido en el principal punto de entrada a los servicios de salud mental. Actualmente se está implementando una estrategia de promoción basada en la comunidad, para aumentar el volumen de pacientes y llegar a los más necesitados, asegurándose además el manejo de los casos psiquiátricos más complejos que requieren atención especializada.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	7.025
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	23
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	23
<b>Interrupciones del embarazo</b>	19
<b>Violencia sexual</b>	296
<b>Víctimas de tortura</b>	7
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	6.204
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	1.773
<b>Bienes de primera necesidad</b>	13


 <b>Tumaco</b>	<b>Atención en salud mental a víctimas de OSV y conflicto armado y atención integral a víctimas de violencia sexual y para la interrupción del embarazo</b>
<b>Localización</b>	Municipio de Tumaco (Nariño)
<b>Población objetivo</b>	3.500 personas
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2014 – Diciembre de 2017
<b>Objetivo del proyecto</b>	Incrementar y fortalecer el acceso a la atención integral de salud mental y para víctimas de violencia sexual de la población víctima de conflicto armado y OSV en el municipio de Tumaco y dar respuesta a emergencias médico-humanitarias en el departamento.
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazados y población general
<b>Contexto</b>	Conflicto armado

<b>Gasto del proyecto</b>	535.488,47 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	14,53	0,94
<b>No sanitario</b>	9	-

En Tumaco, las actividades extractivas, como la minería industrial y artesanal, han obstaculizado las prácticas de subsistencia locales, han dañado el medio ambiente y han contribuido a un desplazamiento generalizado y a la pérdida de la identidad cultural. Debido a la falta de movilidad social y a los altos niveles de desempleo, las comunidades se vuelven vulnerables a la violencia. Además, mientras que Tumaco ha estado históricamente controlado por las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia), tras el alto el fuego, el ELN (Ejército de Liberación Nacional) y las organizaciones criminales han aprovechado para ganar territorio.

MSF lleva 10 años trabajando en el departamento de Nariño. En Tumaco, trabajó en clínicas rurales de 2010 a 2013, antes de traspasarlas a las autoridades de salud. Desde el 2014, desde cuatro puestos de atención en la zona urbana de Tumaco, ha seguido ofreciendo atención en salud mental, atención a víctimas de la violencia sexual y de género y servicios de interrupción del embarazo.


<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	3.344
<b>Interrupciones del embarazo</b>	32
<b>Violencia sexual</b>	227
<b>Víctimas de tortura</b>	3
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	2.893
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	1.086

	<b>Familiares de desaparecidos</b>	<b>Atención a familiares de desaparecidos</b>
<b>Localización</b>	Cali (Valle del Cauca) y Puerto Asís (Putumayo)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2017 – Diciembre de 2019	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Refuerzo de la capacidad de afrontamiento de los familiares de víctimas de desaparición forzada, desde el impacto médico y psicológico	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	130.905,30 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	1,45	0,21
<b>No sanitario</b>	2,59	0,27

En Colombia, se estima que más de 25.200 personas han desaparecido desde la década de los ochenta, a manos de grupos paramilitares y en parte también de las fuerzas de seguridad del Estado y de las guerrillas que han operado por todo el territorio. Actualmente, los acuerdos de paz entre el Gobierno y las FARC ofrecen la oportunidad histórica de dilucidar el misterio que rodea a estos casos.

Con este proyecto, MSF busca atender a los familiares de los desaparecidos desde un abordaje psicosocial y terapéutico, para ayudarles a afrontar el sufrimiento y fortalecer sus capacidades. El proyecto inició las actividades en agosto en Cali y septiembre en Puerto Asís.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	291
<b>Víctimas de tortura</b>	2
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	301
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	161

	<b>Equipo de respuesta a emergencias (MERT)</b>	<b>Atención primaria y en salud mental y a otras necesidades en emergencias por conflicto armado, Otras Situaciones de Violencia, epidemias y desastres</b>	
<b>Localización</b>	Bogotá		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2015 – Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y la morbilidad ligadas a urgencias médico-humanitarias mediante la detección temprana de alertas y la atención médica rápida y de calidad.		
<b>Tipo de población</b>	Población general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	158.853,47 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	1,98	-	
<b>No sanitario</b>	1,11	-	

Las intervenciones del equipo de emergencias en 2017 se dieron en su mayoría para responder a emergencias vinculadas a OSV y conflicto armado. Las barreras de acceso a los servicios médicos y de salud mental en las zonas rurales son constantes: no hay servicios estatales en las antiguas zonas de dominio FARC y hay muchas limitaciones de movimiento para las organizaciones internacionales y los efectivos médicos en general.

Entre otras, el MERT responde a las consecuencias de desplazamientos masivos y del confinamiento de comunidades causado por las operaciones de actores armados en zonas rurales y por los enfrentamientos recurrentes. En 2017, el equipo respondió a 13 emergencias, mayoritariamente en los departamentos de Norte de Santander y Guaviare; también intervino tras las inundaciones de Mocoa, atendiendo durante varias semanas a la población alojada en albergues.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	2.039
<b>Malaria (total)</b>	17
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	79
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	79
<b>Atención posnatal</b>	8
<b>Violencia sexual</b>	25
<b>Víctimas de tortura</b>	1
<b>Violencia directa</b>	14
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	196
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	251

# El Salvador

**MSF trabajó en El Salvador por primera vez en 1983, durante el conflicto, y posteriormente para responder a varios desastres naturales. MSF-E regresó en 2017 y es el único centro operacional presente.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 95.  
Esperanza de vida: 74,2 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 12.762 dólares/año (12.062 euros/año).

**Contexto de la intervención:** Inestabilidad interna.

**Población asistida:** Víctimas de otras situaciones de violencia y personas excluidas de la asistencia sanitaria.



RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	0,37	0,49	0,86
Internacional	1,98	1,56	3,54

El Salvador es uno de los países más peligrosos del mundo, según las estimaciones del Foro Económico Mundial (2017): la tasa de homicidios era de 103 por cada 100.000 habitantes en 2015, de 84 en 2016 y de 60 en 2017. Esta realidad está determinada por las dinámicas de enfrentamientos entre las maras y entre estas y las fuerzas de seguridad del Estado. Entre 2015 y 2016, Salvador se colocaba en segundo lugar (solo después de Siria) en los índices de asesinatos y de conflictos armados prolongados (Cantor, 2016 y Cantor y Plewa, 2017).

La violencia ha generado unas consecuencias humanitarias de repercusión nacional y regional. Miles de personas abandonan el país diariamente, sobre todo rumbo a Estados Unidos (principal país de destino) y los países de la región centroamericana. El Gobierno estadounidense dio por concluido el Estatus Temporal de Protección otorgado a 290.000 salvadoreños, que ahora corren el riesgo de ser deportados (como ya les ocurre a cientos de compatriotas suyos a diario). Pero, además, en El Salvador se estima que unas 289.000 personas se encuentran en situación de desplazamiento interno (Consejo Noruego para los Refugiados, 2015). A su vez, el control territorial que ejercen las pandillas en zonas urbanas y rurales afecta a la prestación de servicios públicos por parte de las instituciones y obstaculiza el acceso a los mismos de la población y el respeto de derechos fundamentales como la educación y la salud. La actividad productiva también se ve afectada por la extorsión ejercida contra la población y la empresa privada.

A consecuencia del control territorial de las pandillas, se han erigido fronteras invisibles que repercuten en la población y las instituciones. Las personas no pueden moverse libremente y los servicios de salud no pueden atender a sus comunidades. Las dinámicas de violencia, además, afectan a la salud mental de la población: las amenazas, los enfrentamientos y el estigma social de vivir en dichas comunidades perjudican de diferentes formas, influyendo en las condiciones de vida y en sus hábitos, pues viven con miedo y se sienten indefensas. Todo ello debilita el tejido social, reproduciéndose las consecuencias postraumáticas de un conflicto armado.




Por otro lado, nos encontramos con casos de acoso y agresiones de las maras y las fuerzas de seguridad del Estado contra el personal médico de instituciones públicas o de ONG. La labor médica no es respetada en algunas zonas controladas por pandillas y los actores armados la usan en su propio beneficio. Esto afecta también a la atención prehospitalaria: las ambulancias y su personal tienen prohibida la entrada a dichas zonas (o ellos mismos rehúsan por miedo).

Finalmente, la atención a víctimas de violencia sexual evidencia obstáculos que dificultan darle una respuesta. Los protocolos legales priorizan la judicialización de los casos e impiden muchas veces la atención médica, no existiendo por otro lado circuitos claros de atención. Además, la situación se ve agravada en caso de embarazo tras una violación, pues no existe ningún causal en la ley colombiana que permita la interrupción voluntaria de embarazo (IVE), pero sí prevé acciones penales muy severas para quien lo realice.

En base a lo descrito, MSF consideró en 2017 la apertura de la misión en El Salvador.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	131.955,50	19,92
El Salvador, exploratoria	97.885,66	14,78
San Salvador, fronteras invisibles	432.657,24	65,30
<b>Total gastos</b>	<b>662.498,40</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF España	662.498,40	100,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>662.498,40</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>662.498,40</b>	<b>100,00</b>

	<b>San Salvador, fronteras invisibles</b>	<b>Atención primaria y de salud mental a población afectada por la violencia de pandillas y la violencia sexual</b>
<b>Localización</b>	Distrito 6 de San Salvador y municipio de Soyapango	
<b>Población objetivo</b>	309.693 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2017 – Diciembre de 2020	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Favorecer el acceso a los servicios de salud de poblaciones perjudicadas por fronteras invisibles y situaciones de violencia	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	432.657,24 €	

<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,86
<b>No sanitario</b>	0,49	0,70

A mediados de 2017, MSF procedió a la fase de apertura de la misión e implementación de un primer proyecto enmarcado dentro de Otras Situaciones de Violencia (OSV), denominado Fronteras Invisibles, con el objetivo de favorecer el acceso a los servicios de salud de poblaciones afectadas por las limitaciones anteriormente expuestas. Además, MSF colaborará con instituciones y organizaciones médicas estatales y no gubernamentales para revisar y mejorar los protocolos de la misión médica, con el fin de lograr que los actores armados la respeten. Para ello se trabajará en atención primaria, salud mental, promoción de la salud y trabajo comunitario, así como atención prehospitalaria con ambulancias en áreas donde la violencia haya anulado los servicios de salud.

La atención se llevará a cabo inicialmente por medio de clínicas móviles semanales; trabajo diario en terreno de equipos de psicólogos sociales y técnicos comunitarios (mediante la estrategia de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, SMAPS); y apoyo a las unidades de salud con psicólogos clínicos donde se requiera. Posteriormente se establecerá el servicio de ambulancias para las zonas donde el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) nacional y los cuerpos de socorro independientes no pueden atender emergencias.

A finales de 2017 ya se había iniciado el trabajo comunitario en algunas de las áreas urbanas y de la periferia marginal de San Salvador y, gradualmente se hará en comunidades urbanas y rurales del vecino municipio de Soyapango. Estas áreas se han escogido atendiendo a diferentes criterios médicos y de contexto, como los altos niveles de violencia y el impacto que la acción de MSF tendría en una zona tan densamente poblada. El trabajo de MSF en comunidades catalogadas de alto riesgo y con presencia histórica de grupos armados no estatales solo se podrá llevar a cabo si se percibe y acepta a MSF como una organización neutral, imparcial e independiente en todo el territorio nacional.

# Etiopía

**MSF trabaja en Etiopía desde 1984 y MSF-E, desde 2001. Los otros centros operacionales presentes son MSF-H y MSF-F.**

## Índice de desarrollo humano (UNPD):

Clasificación del país: 174.  
Esperanza de vida: 64,6 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.523 dólares/año (1.440 euros/año).

**Contexto intervención:** estable, inestabilidad interna y conflictos armados.

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



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	93,11	503,73 <sup>1</sup>	95,40	692,24
Internacional	10,17	24,48 <sup>2</sup>	-	34,65

A pesar del progreso hacia la eliminación de la pobreza extrema y el fuerte crecimiento económico, Etiopía sigue siendo uno de los países más pobres del mundo: el punto de partida es muy bajo, la población crece muy rápidamente y se dan episodios repetidos de sequía que provocan a millones de personas una inseguridad alimentaria exacerbada por brotes de enfermedades, gran pérdida de medios de subsistencia y desplazamiento. La situación humanitaria se vio agravada desde principios de septiembre de 2017 por un empeoramiento del conflicto en las zonas fronterizas de Oromia y la Región Somalí. El conflicto ha dejado cientos de miles de desplazados, a menudo en zonas que ya experimentaban constantes necesidades humanitarias relacionadas con la sequía. En el ámbito político, el estado de emergencia declarado el 8 de octubre de 2016 se levantó en agosto de 2017.

Etiopía siguió afectada por la alta incidencia de enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales, baja cobertura de inmunización y escasez de agua y saneamiento, factores que contribuyen a la alta morbilidad. MSF OCBA y OCA reaccionaron a un brote prolongado de diarrea acuosa aguda que afectó a toda la Región Somalí; los casos empezaron a aumentar rápidamente a partir de febrero de 2017 y más de un tercio de los 30.000 pacientes fueron tratados en instalaciones respaldadas por MSF. Por otra parte, en la crisis de desplazados de Oromia y Región Somalí, MSF OCBA realizó varias campañas pequeñas de vacunación en los campos. El nuevo Sistema de Vigilancia de Emergencias (ESS, *Emergency Surveillance System*) de MSF apoyó la investigación de alertas y la respuesta a varias emergencias.


Etiopía es uno de los países con más refugiados del mundo: hay 890.000 registrados, la mayoría de ellos procedentes de Sudán del Sur, Somalia, Eritrea y Sudán. En 2017, se registraron más de

<sup>1</sup>Incluye los FTE del MERT.

<sup>2</sup>Ídem.

100.000 nuevas llegadas, la gran mayoría de Sudán del Sur, que entraron por el área de Gambella; OCBA empezó a trabajar en febrero de 2017 en el hospital de esta ciudad, dándole apoyo en sus principales servicios y convirtiéndolo en un referente de atención médica de calidad para toda la población de Gambella y la gran cantidad de refugiados. OCBA también siguió trabajando en el emplazamiento estratégico de Dolo Ado, en la frontera que Etiopía comparte con Somalia y Kenia; en esta área, OCBA siguió dando apoyo a un centro de salud y a las actividades relacionadas con refugiados somalíes en el Centro de Recepción de Refugiados y en dos de los cinco campos de la región. Finalmente, en 2017 se cerraron dos programas hospitalarios en la Región Somalí, por lo que OCBA cuenta ahora con dos programas regulares en lugares estratégicos y un enfoque de misión claramente orientado a la respuesta a emergencias.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.467.369,20	13,43
Degahbur, intervención nutricional y médica	764.977,48	7,00
Liben, intervención nutricional y médica	2.640.466,95	24,16
Fiq, intervención nutricional y médica	412.195,31	3,77
Gambella, apoyo al hospital	2.454.883,26	22,47
Región Somalí, diarrea acuosa aguda (cólera)	1.156.174,28	10,58
Región Somalí, desnutrición	1.170.973,52	10,72
Liben, plan de contingencia	383.699,96	3,51
Dolo y Somalia, proyecto transfronterizo	32.482,03	0,30
Etiopía, Equipo de Emergencia (MERT)	338.375,83	3,10
Plan de preparación para emergencias	105.692,13	0,96
<b>Gastos totales</b>	<b>10.927.289,95</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
Programa de Ayuda Humanitaria Internacional de Canadá (IHA)	663.407,82	6,07
<b>Total fondos institucionales</b>	<b>663.407,82</b>	<b>6,07</b>
MSF Austria	395.000,00	3,61
MSF España	5.919.329,27	54,17
MSF Estados Unidos	3.949.352,86	36,15
MSF Luxemburgo	200,00	0,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>10.263.882,13</b>	<b>93,93</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>10.927.289,95</b>	<b>100,00</b>


	<b>Degahbur</b>	<b>Asistencia médica y nutricional a la población más vulnerable del distrito de Degahbur</b>
<b>Localización</b>	Distrito de Degahbur, zona de Jarar, Región Somalí	
<b>Población objetivo</b>	78.000 personas	

<b>Fecha de inicio y fin</b>	Noviembre de 2007 - Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad en la población más vulnerable afectada por el conflicto	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	764.977,48€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	14,47	2,31
<b>No sanitario</b>	35,41	-

En 2017, el conflicto en la zona de Jarar fue de muy baja intensidad: la población se ve menos afectada y la zona se considera estable, si bien persisten algunos focos de más inseguridad a los que los equipos de MSF aún no han podido acceder. Durante años, MSF ha luchado por atender las necesidades de la población afectada por el conflicto y, este sea menos intenso y se haya logrado cierto acceso, no ha sido así para las áreas recientemente afectadas.

Para 2017, la zona de Jarar ya no se consideraba área de intervención de alta prioridad para MSF, pero se mantuvo la presencia en la zona y concretamente en el hospital de Degahbur, para facilitar el traspaso continuo de actividades y dar apoyo a las intervenciones de emergencia en curso en la región. La clínica móvil ya solo intervenía en tres emplazamientos a finales de año y, finalmente, se decidió cerrar el proyecto por completo al acabar el año. En diciembre, concluyeron las últimas actividades de MSF, el apoyo a la sala de urgencias, el programa de tuberculosis y la derivación de pacientes. Tras diez años, MSF finalmente salió del hospital de Degahbur. Hoy, la vigilancia de la zona de Jarar está cubierta por el ESS con el apoyo de la base de Jijiga, por lo que MSF está preparada para responder a cualquier emergencia que se pueda producir.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	10.674
<b>Hospitalizaciones</b>	137
<b>Malaria (total)</b>	41
<b>CNT hospitalario</b>	137
<b>CNT ambulatorio</b>	1.168
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	774
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	418
<b>Atención posnatal</b>	441
<b>Violencia directa</b>	204
<b>TB (total)</b>	161
<b>TB (MDR)</b>	4
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	341
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	55
<b>Cólera</b>	1.766
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	555
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	620


	<b>Dolo Ado</b>	<b>Asistencia médica y nutricional a la población más vulnerable y a los refugiados somalíes de la zona de Liben</b>	
<b>Localización</b>	Distrito de Dolo Ado, zona de Liben, Región Somalí		
<b>Población objetivo</b>	130.000 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2009 - Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de los refugiados somalíes más vulnerables y de la población de acogida del distrito de Dolo Ado, en la zona de Liben		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna		
<b>Gasto del proyecto</b>	2.640.466,95€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	69,63	5,8	
<b>No sanitario</b>	147,17	1,88	

La frontera triple de Dolo Ado sigue siendo un emplazamiento muy estratégico para MSF en la zona y, tras el cierre de Degahbur y Fiq, Dolo es el único programa regular que queda en la Región Somalí. Hay una mezcla compleja de actores e intereses políticos en el distrito, con una influencia crítica de actores de Kenia y Somalia. Dolo Ado es el punto de entrada y salida desde la ciudad somalí de Doolow, donde recientemente se estaban construyendo grandes campos de desplazados internos.

Aunque MSF considera que el posicionamiento estratégico es crucial, los recursos destinados (en especial en el centro de salud de Dolo Ado) tuvieron que reducirse considerablemente en 2017 con el fin de alinear la intervención de MSF con el nivel real de necesidades médicas. A partir de enero de 2018, MSF solo trabajará en los quirófanos, la maternidad, el programa de TB y las derivaciones de pacientes. El Centro de Recepción de Refugiados, donde MSF ofrece exámenes médicos y apoyo nutricional, se enfrentó a un gran flujo de refugiados a inicios de año, pero luego las cifras se mantuvieron bajas durante todo 2017. MSF continuó administrando tres puestos de salud en los campos de Hilaweyn y Buramino e inició en ambos algunas capacitaciones para los centros de salud de ARRA (Administración para Asuntos de Refugiados y Repatriados, dependiente del Gobierno). A finales de año, se produjo en Dolo Ado un brote de dengue, que también afectó a un gran número de trabajadores de MSF. A partir de febrero, el equipo de Dolo Ado llevó a cabo varias visitas exploratorias en Doolow, seguidas de intervenciones más pequeñas para apoyar la respuesta de la diarrea acuosa aguda en el lado somalí.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	31.588
<b>Hospitalizaciones</b>	3.671
<b>Malaria (total)</b>	38
<b>CNT hospitalario</b>	253
<b>CNT ambulatorio</b>	649
<b>Atención prenatal (total)</b>	5.147
<b>Atención prenatal (nueva)</b>	1.893


<b>Partos</b>	1.102
<b>Atención postnatal</b>	1.788
<b>Violencia sexual</b>	11
<b>Cirugía</b>	425
<b>Violencia directa</b>	106
<b>TB (total)</b>	150
<b>TB (MDR)</b>	1
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	5.541
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	12
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	555
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	620

	<b>Fiq</b>	<b>Asistencia médica y nutricional a la población más vulnerable de las zonas de Erer y Nogob</b>	
<b>Localización</b>	Distrito de Fiq, zona de Erer, Región Somalí		
<b>Población objetivo</b>	450.000 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2014 –Julio de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la tasa de morbilidad y mortalidad en la población vulnerable de las zonas de Erer y Nogob afectadas por la crisis humanitaria y la inseguridad alimentaria		
<b>Tipo de población</b>	Población general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna		
<b>Gasto del proyecto</b>	412.195.31€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	5,88	0,43	
<b>No sanitario</b>	7,56	0,48	

En Fiq, MSF OCBA daba apoyo desde 2014 al único hospital con atención secundaria de la zona. Aunque algunas áreas de Nogob seguían afectadas por un conflicto prolongado y de baja intensidad entre el Ejército etíope y los grupos armados de oposición, la disponibilidad de servicios médicos en la región y el acceso de la población a los mismos mejoraron considerablemente durante 2016 y 2017.

La falta de acceso a las ubicaciones donde debía trabajar la clínica móvil limitó gravemente el área de intervención y la capacidad de MSF para llegar a los pacientes más necesitados. A pesar de que posteriormente se autorizó la realización de evaluaciones en ciertas áreas alrededor de Fiq, la siguiente evaluación confirmó la decisión de cerrar actividades en junio de 2017. Como el número de niños desnutridos en el centro de estabilización era alto en ese momento, MSF lanzó una intervención de emergencia nutricional y apoyó las actividades de centros hospitalarios y ambulatorios desnutrición terapéutica en la zona hasta octubre, cuando MSF finalmente salió del área. MSF continuará monitoreando el estado nutricional y de salud en la zona a través del ESS.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	334
<b>Hospitalizaciones</b>	363
<b>CNT hospitalario</b>	137
<b>CNT ambulatorio</b>	9
<b>Partos</b>	105
<b>Cirugía</b>	78
<b>Violencia directa</b>	9
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	1
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1
<b>Cólera</b>	689

 <b>Gambella</b>	<b>Apoyo a la sala de urgencias, las hospitalizaciones quirúrgicas y la maternidad del hospital de Gambella</b>	
<b>Localización</b>	Ciudad de Gambella, región de Gambella	
<b>Población objetivo</b>	800.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2016 - Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en los refugiados vulnerables y las comunidades de acogida de la región de Gambella	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.454.883,26€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	28	6,61
<b>No sanitario</b>	49,73	2,76


Uno de los motivos clave para que MSF empezara a trabajar en el hospital de Gambella fue la masiva presencia de refugiados en siete campos de los alrededores de la ciudad y el flujo adicional que se esperaba debido al enquistamiento del conflicto en Sudán del Sur. En 2017, la situación en Sudán del Sur se está agravando a medida que las tropas del Gobierno avanzaban hacia la frontera con Etiopía y retomaban las posiciones del SPLA-IO (Ejército de Liberación del Pueblo de Sudán- En la Oposición). Las tensiones entre los diferentes grupos étnicos en la región de Gambella se suman al difícil escenario humanitario en una de las regiones menos desarrolladas de Etiopía.

El hospital de Gambella es la única instalación con atención médica avanzada para una población de más de 800.000 personas en toda la región, la mitad de ellas refugiados de Sudán del Sur. MSF OCBA empezó a trabajar en los principales servicios del hospital en febrero de 2017, en colaboración con la Oficina Regional de Salud. En la primera fase de la intervención, MSF se centró en mejorar los servicios de cirugía y urgencias e invirtió en actividades transversales, como la mejora de las infraestructuras de agua y saneamiento y de las prácticas de higiene y control de



infecciones; en julio de 2017 comenzó una segunda fase, centrada en el apoyo a la maternidad. Incluso con la participación de MSF, el hospital sigue estando sobrecargado y la población tiene muchas necesidades, por lo que el proyecto de MSF tiene un importante impacto médico en la región.


<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	29.310
<b>Hospitalizaciones</b>	3.552
<b>Malaria (total)</b>	2.382
<b>Partos</b>	1.230
<b>Interrupción del embarazo</b>	24
<b>Violencia sexual</b>	13
<b>Cirugía</b>	1.468
<b>Violencia directa</b>	1.264
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	12
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	138
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	3

 <b>Región Somalí</b>	<b>Intervención de emergencia contra el brote de diarrea acuosa aguda (cólera) en la Región Somalí</b>	
<b>Localización</b>	Región Somalí	
<b>Población objetivo</b>	Población vulnerable afectada por el brote de diarrea acuosa aguda (cólera): 450.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2016 – Julio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad de los casos afectados por el brote en la Región Somalí	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.156.174,28€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	21,18	0,17
<b>No sanitario</b>	5,84	0,28

Desde noviembre de 2015, han sido varias las regiones de Etiopía afectadas por brotes de diarrea acuosa aguda. Este último comenzó en la frontera con Kenia y luego llegó a Adís, tras lo que entró en Jijiga a través de Sitti, antes de acabar propagándose a otras partes de la Región Somalí. Muchos distritos se vieron afectados, incluidos Jijiga, Gode, Kelafo, Mustahil, Fiq, Degahbur, Babile y Kabridahar. La enfermedad muestra un patrón prolongado, debido al pobre nivel de higiene y saneamiento, al acceso inadecuado al agua potable, a la proximidad geográfica de las áreas afectadas, a la baja sensibilización comunitaria en materia de prevención y a la mala coordinación entre el Gobierno, las ONG y las agencias de la ONU.

OCBA respondió interviniendo en 35 centros de salud: 20 de ellos fueron instalados por MSF y los equipos de la organización trabajaron dando atención directa, y los otros 15 fueron apoyados con suministros y personal de capacitación. Dados los relativamente bajos recursos invertidos, esta intervención fue notable en términos de eficiencia y de acceso: por primera vez en muchos años, OCBA pudo entrar en casi todas las áreas del centro de la Región Somalí, incluso en algunas que llevaban más de 10 años fuera de nuestro alcance debido a los problemas de seguridad.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Cólera</b>	<b>7.247</b>


 <b>Región Somalí, emergencia nutricional</b>	<b>Asistencia a la población vulnerable de la Región Somalí durante la emergencia nutricional</b>	
<b>Localización</b>	Región Somalí	
<b>Población objetivo</b>	350.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2017 - Julio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la desnutrición en la Región Somalí	
<b>Tipo de población</b>	Población general (niños y sus familias)	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.170.973,52€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	29,55	1,65
<b>No sanitario</b>	71,53	0,75

La sequía que comenzó en octubre de 2016 no ha cesado, provocando elevados niveles de inseguridad alimentaria y desnutrición; la Región Somalí es la más afectada. La sequía ha provocado importantes pérdidas de ganado, ha reducido en gran medida la disponibilidad de alimentos y ha provocado grandes desplazamientos de población. La situación nutricional se ha deteriorado rápidamente, de forma que en 2017 se reportaron más de 97.000 pacientes con desnutrición aguda severa atendidos por los actores presentes en la Región Somalí. Y si bien a lo largo del año la temporada de lluvias mejoró gradualmente las condiciones y la productividad del ganado, la situación general siguió siendo grave.

Tras varias evaluaciones, principalmente en la parte noroccidental de la Región Somalí, MSF identificó áreas de intervención en las zonas de Jarar, Nogob y Erer, donde se daban niveles preocupantes de desnutrición. Así, se abrieron centros de estabilización y programas para pacientes ambulatorios en los distritos de Degahamadow, Garbo, Gunagado, Fiq y Degahbur.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	<b>2.577</b>
<b>Hospitalizaciones</b>	<b>316</b>
<b>Malaria (total)</b>	<b>4</b>

<b>CNT hospitalario</b>	316
<b>CNT ambulatorio</b>	2.577
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	1.025
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	632
<b>Distribución general de alimentos</b>	7.589

	<b>Liben, plan de contingencia</b>	<b>Crisis nutricional, Plan de Preparación para Emergencias (EPREP), Región Somalí</b>	
<b>Localización</b>	Zona de Liben, Región Somalí		
<b>Población objetivo</b>	25.000 personal (inicialmente)		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2017 - Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Crear un plan de contingencia de cara a una potencial llegada masiva de refugiados somalíes a Liben		
<b>Tipo de población</b>	Población general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna		
<b>Gasto del proyecto</b>	383.699,96€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	3,02	0,36	
<b>No sanitario</b>	0,74	0,04	

A la luz de la grave sequía en el Cuerno de África y del aumento repentino del flujo de refugiados desde Somalia hacia Dolo Ado registrado en enero de 2017, se realizaron varios análisis de la situación, sin llegar a concluirse cuál sería el escenario más probable. Sin embargo, la fragilidad de los factores que se pueden predecir, sumada a la memoria aún reciente del flujo masivo de refugiados de 2011 y la incapacidad demostrada en aquella grave crisis humanitaria por MSF para reaccionar a tiempo y a una escala suficiente, hicieron que OCBA optara por la cautela y decidiera establecer un plan de contingencia de cara a una posible crisis de refugiados. Este plan debía estar preparado e implementado en 2017.

La misión impulsó la implementación de un plan que pudiera responder a un flujo de 25.000 refugiados somalíes. Con este fin, se actualizó la instalación de MSF en el Centro de Recepción, se iniciaron pedidos masivos de alimentos terapéuticos y medicamentos, y expertos en emergencias médicas y logísticas apoyaron al equipo sobre el terreno en la realización de capacitaciones para MSF y el personal externo. Como la diarrea acuosa aguda estaba asolando Somalia y partes de la Región Somalí de Etiopía, también se estableció un centro de tratamiento y se prepararon a los equipos. Al final, no hubo un flujo masivo de refugiados y el plan de contingencia quedó en suspenso en junio. Sin embargo, el equipo de Dolo Ado inició evaluaciones e intervenciones pequeñas en Somalia, donde al mismo tiempo se estaban formando campos de desplazados internos a tan solo unos kilómetros de la frontera.

# Guinea-Bissau

**MSF trabajó por primera vez en el país en 1998. MSF-E ha respondido a emergencias desde 2008 y tiene presencia regular desde 2015. No hay otros centros operacionales presentes en el país.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 178.

Esperanza de vida: 55,5 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.369 dólares/año (1.294 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable.

**Población asistida:** víctimas de la violencia social y la exclusión de la atención sanitaria; poblaciones afectadas por enfermedades endémicas o epidémicas.




RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	22,12	238,94	165,30	426,36
Internacional	8,96	27,94	-	36,90

Guinea-Bissau es un país marcado por la inestabilidad política, altos niveles de pobreza y desafíos en la prestación de servicios sociales básicos, que han tenido un impacto profundamente negativo en las condiciones de vida de la población, incluyendo en su acceso a la salud. Guinea-Bissau sigue siendo un contexto inestable a largo plazo y un Estado fallido y esto se refleja en todos los indicadores de salud, sociales y económicos: es uno de los países más pobres del mundo.

En 2017, la misión de Guinea-Bissau inició una fase de transición, con el objetivo de convertirse en una misión estratégica y centrarse solo en la atención pediátrica terciaria, con el objetivo de desarrollar nuevos modelos, estrategias, protocolos y tratamientos que puedan replicarse en otros contextos más inestables. En 2017, se anunció el cierre del proyecto de Bafatá y comenzaron los preparativos para su traspaso al Ministerio de Salud, con la idea de concluir el trabajo de MSF a finales de abril de 2018. De esta forma, empezó también la transición hacia una misión con un solo proyecto, el del Hospital Nacional Simão Mendes (HSNM) de la capital (el más importante del país), donde abrió una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; también se lanzaron los trabajos de planificación para contar con un centro hospitalario de nutrición terapéutica en 2018 y para fusionar los equipos de capital y de los proyectos pediátricos.

Esta misión requiere habilidades y conocimientos diferentes a los de otras misiones de MSF: bajo volumen de pacientes, grandes inversiones en equipos médicos, recursos humanos y conocimientos para desarrollar las capacidades de MSF en el nivel terciario en un entorno urbano, y enfoque en actividades con un claro valor añadido de innovación. Además, la misión mantuvo su capacidad de respuesta a emergencias en los escenarios más probables (fiebres hemorrágicas, cólera, meningitis y epidemias de sarampión).


<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	678.650,71	12,52
Bafatá, atención pediátrica	2.015.141,11	37,18
Bissau, urgencias pediátricas	2.625.969,26	48,44
Plan de preparación para emergencias	100.855,63	1,86
<b>Total gastos</b>	<b>5.420.616,71</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Austria	300.000,00	5,53
MSF España	5.120.616,71	94,47
<b>Total fondos privados</b>	<b>5.420.616,71</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>5.420.616,71</b>	<b>100,00</b>

 <b>Bafatá</b>	<b>Atención pediátrica</b>	
<b>Localización</b>	Norte de la región de Bafatá y Bafatá capital	
<b>Población objetivo</b>	Niños menores de 15 años	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2014 – Julio de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad pediátrica mediante el apoyo a cuatro centros de atención primaria y al hospital regional, junto con un sistema de derivación de los centros de salud al hospital regional y de allí al HNSM	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.015.141,11 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	68,51	9,11
<b>No sanitario</b>	52,52	4,33

La población de la región de Bafatá, rural, carece de acceso al sistema de salud por razones geográficas, financieras, de falta de medicamentos, etc.; de hecho, el propio sistema de salud tiene infraestructuras y una inversión muy pobres (falta de medicamentos y equipamiento básicos, ausencia de personal sanitario), y todo ello causa altas tasas de mortalidad en los grupos más vulnerables, especialmente a los niños.

Las actividades médicas del proyecto cubren la hospitalización de niños menores de 15 años (incluyendo nutrición, laboratorio, radiografías, transfusiones y otros). En junio de 2017, se anunció el cierre del proyecto y se inició la planificación del traspaso al Ministerio de la Salud y otras ONG internacionales; este proceso comenzó al final del año. También se realizó un estudio sobre el diagnóstico diferencial de la fiebre, con el fin de desarrollar un algoritmo que permita a los centros de salud reducir el uso de antimaláricos y antibióticos.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	32.738
<b>Hospitalizaciones</b>	2.161
<b>Malaria (total)</b>	4.020
<b>CNT hospitalario</b>	501
<b>Violencia directa</b>	8
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	11

 <b>Bissau</b>	<b>Urgencias pediátricas</b>	
<b>Localización</b>	Bissau capital	
<b>Población objetivo</b>	Niños menores de 15 años	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2015 – Diciembre de 2020	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad infantil	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.625.969,26 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	81,59	10,94
<b>No sanitario</b>	36,32	3,56

El HNSM es el único hospital público con atención de tercer nivel en todo el país y por tanto recibe pacientes llegados de todo el territorio. El objetivo de este proyecto es contribuir a la creación de capacidades en el personal del Ministerio de Salud y colaborar en servicios clave como las UCI pediátrica y neonatal, las urgencias pediátricas y la sala de observación pediátrica, para reducir la mortalidad infantil en el hospital. También pretende desarrollar nuevos modelos y estrategias y probar nuevos equipos y protocolos simplificados, que luego puedan ser replicados en contextos mucho más complejos. El tercer pilar es desarrollar las capacidades del personal nacional de MSF y del Ministerio de Salud y ofrecer capacidad de aprendizaje a MSF International.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	9.777
<b>Hospitalizaciones</b>	1.510

<b>Malaria (total)</b>	841
<b>Violencia directa</b>	4
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	20

# India

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

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 131.  
 Esperanza de vida: 68,3 años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita: 5.663 dólares/año (5.353 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable

**Población asistida:** población general y personas excluidas de la asistencia sanitaria.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	17,49	82,43	99,92
Internacional	2,45	6,13	8,58



Con un crecimiento económico que empieza a ralentizarse, India sigue afrontando importantes brechas sociales y graves desigualdades económicas. Una considerable parte de la población presenta indicadores de salud muy pobres porque todavía tiene graves limitaciones para conseguir una atención médica adecuada. La misión se ha centrado en estas poblaciones y en la construcción de una base de evidencias científicas que contribuyan a cambiar las políticas de salud, mediante investigación operacional y programas de alta calidad en áreas desatendidas de la salud, como la atención al kala azar y a la desnutrición severa y la resistencia a los antibióticos.

Tras el traspaso del proyecto de kala azar en Bihar, MSF ha mantenido su asistencia a este colectivo tan desfavorecido enfocándose en el tratamiento de la coinfección de kala azar, VIH y tuberculosis. También implementó un proyecto en el distrito de Asansol, en Bengala Occidental, centrado en la enfermedad febril aguda de origen desconocido, con el objetivo de mejorar el manejo de estas patologías y contribuir a cambiar los protocolos nacionales; en 2017 se incluyeron las infecciones respiratorias agudas pediátricas, para tener una mejor comprensión del uso de antibióticos y buscar formas innovadoras de abordar la resistencia a los mismos en India.


En Jharkhand se inició un nuevo proyecto para abordar la desnutrición aguda severa en los menores de 5 años, cuyo objetivo es mejorar la participación comunitaria y la terapia clínica; también incluye investigación operación para producir evidencia para el cambio de políticas.

Datos financieros		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	524.972,65	24,69
Bihar, pacientes coinfectados con kala azar y VIH	523.753,39	24,63
Asansol, dengue y enfermedades febriles	416.003,28	19,56



Jharkhand, desnutrición	661.827,41	31,12
<b>Total gastos</b>	<b>2.126.556,73</b>	<b>100,00</b>


<b>Financiaciones</b>		
MSF Austria	455.000,00	21,40
MSF España	1.401.065,34	65,88
MSF Canadá	170.491,39	8,02
Inditex	100.000,00	4,70
<b>Total fondos privados</b>	<b>2.126.556,73</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>2.126.556,73</b>	<b>100,00</b>

 Bihar, kala azar y VIH	Tratamiento de los pacientes con confección por kala azar y VIH	
<b>Localización</b>	Patna, estado de Bihar	
<b>Población objetivo</b>	400 personas coinfectadas con kala azar y VIH (estimación)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2005 - Julio de 2019	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad debidas al kala azar en pacientes coinfectados con VIH, brindando un servicio de salud de calidad y contribuyendo a los esfuerzos nacionales para la eliminación del kala azar	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	523.753,39 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	15,25	-
<b>No sanitario</b>	10,17	-

El kala azar (leishmaniasis visceral) es una enfermedad tropical desatendida que se transmite a través de la picadura de la mosca de arena y, si no se trata, causa síntomas graves que pueden llegar a provocar la muerte del paciente. La mayor parte del proyecto original de MSF en Bihar fue traspasado al Ministerio de Salud tras dar resultados positivos, contribuir a reducir la prevalencia en la región y conducir al cambio de los protocolos nacionales. Ahora, desde principios de 2017, el proyecto se centra en los pacientes con coinfectados con kala azar, VIH y TB.

Estos pacientes tienen un mayor riesgo de muerte ya que las enfermedades se refuerzan entre sí y debilitan el sistema inmunitario. El tratamiento es más complicado a medida que aumenta el riesgo de recaída y la investigación operacional quiere identificar el tratamiento más seguro y eficaz; este trabajo se realiza en colaboración con el Instituto Rajendra Memorial de Investigación de Ciencias Médicas, en Patna. Al mismo tiempo, MSF ha abordado los desafíos de salud pública para la eliminación de kala azar.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Hospitalizaciones</b>	357
<b>Apoyo nutricional selectivo</b>	23
<b>VIH</b>	168
<b>TAR 1ª línea (casos)</b>	163
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	77
<b>TAR 2ª línea</b>	5
<b>TB (total)</b>	22
<b>TB (MDR)</b>	1
<b>Kala azar</b>	168


 <b>Asansol</b>	<b>Manejo de enfermedades febriles de origen desconocido</b>	
<b>Localización</b>	Asansol, estado de Bengala Occidental	
<b>Población objetivo</b>	1,2 millones de personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2015 – Abril de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a enfermedades febriles, con énfasis específico en el dengue, mediante un paquete de diagnóstico y tratamiento	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	416.003,28€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	16,10	-
<b>No sanitario</b>	8,58	0,60

En colaboración con el Gobierno de Bengala Occidental, MSF inició un proyecto sobre enfermedades febriles en el distrito de Asansol, en Burdwan, a finales de 2015. Este proyecto tenía como objetivo mejorar las evidencias científicas sobre el diagnóstico y tratamiento de las fiebres agudas indiferenciadas y varias enfermedades infecciosas, incluyendo tifus de los matorrales, tifus, malaria y leptospirosis, con una atención especial al dengue en niños y adultos. En 2016, MSF continuó trabajando en la detección, diagnóstico y tratamiento de las fiebres, pero cambió su enfoque en 2017 para mejorar la gestión comunitaria de las infecciones pediátricas del tracto respiratorio en el Hospital Raniganj. El proyecto también tiene la ambición de investigar la administración de antibióticos en India y buscar formas innovadoras para abordar la resistencia a los mismos.

Los estudios de investigación operacional se han llevado a cabo en colaboración con la Escuela de Medicina Tropical de Calcuta y el Gobierno de Bengala Occidental en los ámbitos del dengue, el tifus, la resistencia a los antimicrobianos y el uso y abuso de antibióticos; la mayoría de estos estudios estaban previstos para los primeros meses de 2018.

El 1 de octubre de 2017 se traspasaron las actividades clínicas y el 31 de diciembre finalizó el apoyo de laboratorio para las pruebas de fiebre en el hospital del distrito de Asansol. La finalización de las actividades restantes del proyecto está prevista para abril de 2018.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	3.240

	<b>Jharkhand</b>	<b>Mejorando la atención nutricional a los menores con desnutrición aguda severa en Jharkhand</b>
<b>Localización</b>	Chakradharpur, estado de Jharkhand	
<b>Población objetivo</b>	198.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2017 – Diciembre de 2019	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar el acceso al tratamiento y la detección temprana de la desnutrición aguda severa en niños de 6 a 59 meses que necesiten atención terapéutica	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	661.827,41 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	14,47	0,50
<b>No sanitario</b>	17,85	0,08

Jharkhand es uno de los estados más vulnerables y con una de las prevalencias más altas de desnutrición aguda severa en niños menores de 5 años. En Chakradharpur, esta última alcanza el 7,9% (y un 32,7% de desnutrición aguda global) y se añade el que es un área endémica de malaria, que las estructuras de salud son deficientes y que la población, principalmente tribal, apenas tiene conocimientos de salud. También hay presencia de grupos rebeldes.

El objetivo del proyecto es proporcionar un tratamiento específico para la desnutrición aguda severa y generar evidencia científica para lograr el cambio de políticas y la implementación de un modelo de atención basado en la comunidad. Las actividades del proyecto y los estudios de investigación operacional se llevan a cabo en colaboración con el Gobierno de India y socios académicos como el Instituto Rajendra y la Universidad Jawaharlal Nehru.

El proyecto se estableció durante los primeros meses de 2017 y, aparte de las actividades de participación comunitaria que se están ejecutando desde mayo, MSF está dando tratamiento clínico a niños con desnutrición aguda severa en una unidad de cuidados intensivos y 32 centros nutricionales ambulatorios desde junio de 2017. Los estudios sobre diagnóstico, tratamiento y participación de la comunidad comenzarán en la primera mitad de 2018; para ese momento, se espera contar con una cohorte de 1.300 pacientes.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	4.116
<b>Hospitalizaciones</b>	156

<b>CNT hospitalario</b>	<b>256</b>
<b>CNT ambulatorio</b>	<b>626</b>

# Irak

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

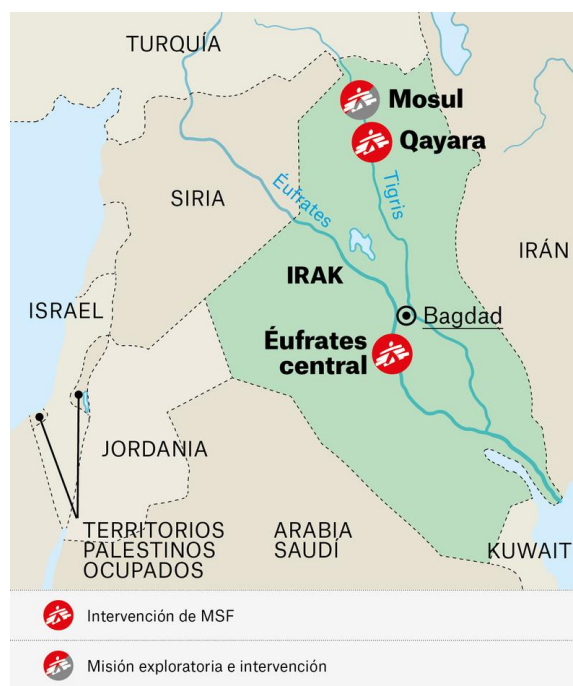
## Índice de Desarrollo Humano (IDH):

Clasificación del país: 121.  
Esperanza de vida: 69,6 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 11.608 dólares/año (10.972 euros/año).

**Contexto de intervención:** conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	28,59	51,94	80,53
Internacional	8,57	9,98 <sup>1</sup>	18,55



Como resultado de la ofensiva de las fuerzas de seguridad iraquíes contra el Estado Islámico, que ocupó durante los últimos tres años amplias partes del territorio del norte del país, una gran parte de la población (estimada en más de 5 millones de personas) tuvo que huir de esas áreas para refugiarse en el sur del país, en las áreas kurdas o fuera del país. En noviembre de 2017, el Gobierno anunció la derrota del EI y la recuperación de Nínive, Saladino, Diala y Kirkuk. A pesar de esta declaración de victoria, el conflicto y la seguridad siguen siendo la principal preocupación para la mayoría de la población, pues aún existen más de 2,4 millones de personas desplazadas en los campos o en comunidades de acogida. Es previsible que el EI se mantenga activo en todo el país y siga desestabilizando el Gobierno y a las comunidades, principalmente a través de ataques con artefactos explosivos improvisados y disparos.


En la década pasada, se han mantenido las tensiones a propósito del territorio, de los recursos económicos y del poder político entre el Gobierno regional kurdo y el Gobierno federal iraquí. Tras el referéndum de independencia organizado por las autoridades kurdas en septiembre de 2017, las fuerzas de seguridad iraquíes ocuparon parte de las áreas disputadas con las autoridades kurdas. Este conflicto probablemente no será de alta intensidad, sino más bien caracterizado por enfrentamientos esporádicos, ya que el Gobierno kurdo tiene mucho que perder (y una fuerte oposición interna de la Unión Patriótica del Kurdistan, que no es favorable a la independencia).

Por otro lado, se espera que los territorios en disputa sigan siendo puntos conflictivos, con enfrentamientos abiertos, arrestos, artefactos explosivos, robos y secuestros. Esto podría afectar a Kirkuk; Jelola y Janaquin (en Diala); Tuz Jurmato (al sur de Kirkuk); y Hamdanyia y Sinjar (en Nínive). Además, el conflicto entre los chiíes probablemente generará un mayor número de ataques en Bagdad, especialmente cerca del periodo electoral de mayo de 2018. El conflicto tribal ocurrirá más probablemente hacia el sur (gobernación de Basora, etc.)

<sup>1</sup> Incluye los FTE de una intervención menor no reportada.

Tras una primera visita a Mosul en enero de 2017 y una exploratoria en abril, la Unidad de Emergencias (UE) abrió una intervención en los campos de desplazados de Qayara y también dio apoyo al hospital pediátrico Al Jansa (en Mosul oriental) para responder a las necesidades agudas de la población causadas por la batalla de Mosul. Además, en 2017 OCBA abrió un proyecto en Musayib (gobernación de Babilonia) bajo la misión regular, pero, debido a problemas de seguridad, el proyecto tuvo que cerrar al final del año. El proyecto de la UE en Qayara se pasó a la misión regular en noviembre, y el proyecto en Al Jansa concluyó en octubre.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	890.208,65	19,07
Erbil, capital de emergencia	463.545,51	9,93
Éufrates central, atención médica y salud mental	104.108,59	2,23
Éufrates central, pediatría y salud mental	984.359,66	21,09
Mosul, exploratoria	35.899,24	0,77
Mosul, emergencia	997.937,93	21,38
Qayara, emergencia	790.955,27	16,94
Preparación de plan de emergencias	401.207,88	8,59
<b>Total gastos</b>	<b>4.668.222,73</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Grecia	100.000,00	2,14
MSF España	4.368.741,38	93,59
MSF Canadá	199.481,35	4,27
<b>Total fondos privados</b>	<b>4.668.222,73</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>4.668.222,73</b>	<b>100,00</b>


	<b>Éufrates central, Mossyab</b>	<b>Atención médica y en salud mental para la población desplazada</b>
<b>Localización</b>	Ciudad de Mossyab, gobernación de Babilonia	
<b>Población objetivo</b>	Población pediátrica del distrito de Mossyab, Babilonia norte	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2015 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar el manejo de casos de pacientes menores de 5 años en el hospital pediátrico Ibn Saif de Mossyab	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	984.359,66€	

Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitario	2,51	3,01
No sanitario	19,16	1,76

La necesidad de dar apoyo al hospital pediátrico Ibn Saif se identificó durante una evaluación realizada en septiembre de 2015. La afluencia de desplazados, combinada con la reducción del apoyo financiero al sector de la salud por parte del Gobierno iraquí, ha puesto al hospital en una situación incómoda. El centro ha registrado un aumento considerable en las consultas (40%) debido a la llegada de los desplazados, así como un incremento de pacientes pediátricos desnutridos. Los casos neonatales son la principal causa de mortalidad y derivaciones.


La intervención de MSF en el Ibn Saif se centró en tres áreas: urgencias, neonatos y nutrición. En urgencias, MSF aseguró el correcto triaje de pacientes, la observación adecuada de los críticos y una mejor implementación de los protocolos. En neonatos, MSF mejoró el nivel de atención, para poder ingresar a pacientes que necesitan ventilación asistida, y garantizó un ambiente aséptico. MSF también dará apoyo a la detección y manejo de niños desnutridos (en términos de seguimiento estructurado y uso de insumos médicos aceptados internacionalmente).

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	21.656
Hospitalizaciones	2.774
Salud mental, consultas individuales	82
Salud mental, consultas en grupo	86
Bienes de primera necesidad	567

	<b>Mosul emergencia</b>	<b>Atención pediátrica para los desplazados y la población de acogida de Mosul oriental</b>
<b>Localización</b>	Hospital Al Jansa, en Mosul capital	
<b>Población objetivo</b>	Población de desplazados internos	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2017 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Ofrecer atención de emergencia en pediatría, a pacientes con desnutrición severa y en salud mental a la población de acogida y desplazada en Mosul oriental, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	997.937,93€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
Sanitario	-	1,04
No sanitario	7,16	0,32

El objetivo del proyecto era proporcionar atención pediátrica gratuita en el hospital Al Jansa. Durante mucho tiempo, este fue el único hospital pediátrico de todo Mosul, por lo que atendía tanto a la población anfitriona como a los desplazados internos de Mosul oriental y occidental. Además de los servicios pediátricos generales, el proyecto también atendió a niños desnutridos y ofreció apoyo psicológico culturalmente adaptado. Nuestras actividades incluyeron la restauración de servicios clave que fueron destruidos en los combates, como la atención a pacientes agudos y críticos que requieren cuidados intensivos: se estableció una sala de emergencias y una nueva unidad de cuidados intensivos (con cuatro camas).

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	4.234
<b>Hospitalizaciones</b>	941
<b>CNT hospitalario</b>	82
<b>CNT ambulatorio</b>	86
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	7

 <b>Qayara, emergencia</b>	<b>Emergencia nutricional</b>	
<b>Localización</b>	Qayara, gobernación de Nínive	
<b>Población objetivo</b>	85.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2017 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población desplazada de los campamentos de Jedá	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	790.955,27€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	5,08	1,99
<b>No sanitario</b>	18,03	1,21

Como resultado del aumento del número de desplazados provenientes de las diferentes áreas de la gobernación, MSF decidió comenzar un programa nutricional en tres de los siete campos del área de Qayara. Además de las actividades nutricionales ambulatorias estándar, el equipo proporcionó también capacitación al personal nacional, con el objetivo de aumentar la sostenibilidad y la capacidad de respuesta local a la desnutrición. Como parte de nuestro programa de nutrición, abrimos un espacio seguro para madres y niño (con especial atención a los bebés menores de 6 meses), para ayudar a las madres a continuar o reanudar la lactancia. Para complementarlo, también tuvimos actividades de salud mental, incluido apoyo psicosocial integrado para padres con el objetivo final de mejorar el estado nutricional de sus hijos. La única actividad planificada que no pudo implementarse fue la campaña de vacunación con multiantígenos, ya que el Ministerio de Salud no la aprobó, a pesar de los esfuerzos del equipo.



<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	1.433
<b>CNT ambulatorio</b>	1.368
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	1
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	253
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	931

	<b>Mosul, exploratoria (UE)</b>	<b>Misión exploratoria</b>
<b>Localización</b>	Ciudad de Mosul y alrededores	
<b>Población objetivo</b>	Población de desplazados internos	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Diciembre de 2016 – Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Evaluar las necesidades humanitarias y médicas en la ciudad de Mosul y lugares clave de sus alrededores	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	35,899.24€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-

Tras el conflicto en el área de Mosul y la gran cantidad de población desplazada (con muchas personas heridas), MSF organizó una misión exploratoria a finales de 2016 y principios de 2017. La visita incluyó reuniones con actores clave y ONG en Erbil, visitas al hospital y los campos y una visita a Mosul oriental. En general, se determinó que las necesidades médicas de la población no estaban cubiertas, ya que la atención médica en Mosul era muy limitada y había pocas camas de hospitalización en toda la provincia de Nínive, principalmente debido a la destrucción de la mayoría de la infraestructura de salud en Mosul. También se identificaron brechas graves en la atención posoperatoria y dificultades en la provisión de material médico y el sistema de derivación.

Finalmente, mientras los enfrentamientos empeoraban y tras dos visitas exploratorias en Mosul, se iniciaron actividades médicas en mayo de 2017.

# Jordania y sur de Siria

MSF trabaja en Jordania desde 2006 y MSF-E, desde 2015. En el sur de Siria, MSF trabaja desde 2013 y MSF-E desde 2015. Los otros centros operacionales presentes son MSF-H y MSF-F.

## Índice de Desarrollo Humano (IDH):

Clasificación del país: 86.  
Esperanza de vida: 74,2 años.  
INB per cápita: 10.111 dólares/año (9.557 euros/año).

**Contexto de intervención:** conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	20,17	52,94	147	220,11
Internacional	5,88	10,02	-	15,90

El conflicto en Siria ha provocado, además de enormes bajas (más de uno de cada 10 sirios ha resultado herido o muerto desde 2011), más de seis millones de desplazados internos, cinco millones de refugiados y la masiva destrucción de servicios públicos y del sistema de salud, al tiempo que limitaba el acceso de los agentes humanitarios. La salud pública sigue siendo una de las principales prioridades que debe abordar el sector humanitario.

En Jordania, hay cerca de 650.000 refugiados sirios registrados; sus necesidades básicas siguen siendo cubiertas principalmente por actores humanitarios. El 80% de estos refugiados viven en entornos urbanos y el resto en los campos de refugiados de Zaatari y Azraq.

La misión de Jordania y para el sur de Siria opera dos proyectos desde Jordania. El primero se encuentra en la gobernación de Irbid, en el norte de Jordania, donde hay casi 137.000 refugiados sirios con poca atención médica (en especial para enfermedades no infecciosas, cuyo tratamiento es muy caro). El segundo proyecto se ejecuta en Siria, en la gobernación de Dará, donde la atención médica depende por completo del apoyo de actores externos. Dado el apoyo limitado a la atención secundaria por parte de las ONG, MSF brindó apoyo a los hospitales clave de la zona, para garantizar servicios gratuitos a la población afectada por el conflicto. Este proyecto está dirigido, con un modelo de gestión a distancia, por un equipo de MSF con base en Ammán.


Datos financieros		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.064.596,74	17,33
Ramtha, asistencia humanitaria a los desplazados	2.130.937,08	34,69
Dará, respuesta de emergencia con desplazados	2.757.712,84	44,89

Sur de Siria, plan de preparación para emergencias	189.890,38	3,09
<b>Total gastos</b>	<b>6.143.137,04</b>	<b>100,00</b>

### Financiaciones

MSF Argentina	486.011,11	7,91
MSF Austria	400.000,00	6,51
MSF España	857.125,93	13,95
MSF Bélgica	4.400.000,00	71,63
<b>Total fondos privados</b>	<b>6.143.137,04</b>	<b>100,00</b>

<b>Total financiaciones</b>	<b>6.143.137,04</b>	<b>100,00</b>
-----------------------------	---------------------	---------------


	<b>Ramtha</b>	<b>Asistencia médica y humanitaria a la población refugiada siria y a la población jordana vulnerable en Ramtha: enfermedades no infecciosas y salud primaria</b>	
<b>Localización</b>	Gobernación de Ramtha, región de Irbid (Jordania)		
<b>Población objetivo</b>	80.000 – 110.000 de personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2015 – Agosto de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar el acceso a servicios de salud adecuados para los refugiados sirios y los jordanos vulnerables en el distrito de Ramtha		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	2.130.937,08€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	22,88	4,59	
<b>No sanitario</b>	20,16	1,56	

La clínica de MSF en el municipio de Ramtha atiende a pacientes con enfermedades no infecciosas, con servicios que incluyen la atención domiciliaria para personas de movilidad reducida, consultas con médicos especializados y apoyo en salud mental. Las patologías prevalentes son la hipertensión, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El centro de atención primaria en Sahel Huran, en este mismo distrito, siguió prestando atención primaria gratuita a los refugiados sirios y a los jordanos vulnerables, con consultas externas, salud sexual y reproductiva y promoción de la salud.

Aproximadamente 70% de las personas atendidas por este proyecto de MSF son refugiados sirios, mientras que el resto son jordanos vulnerables.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	25.016
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	409
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	232
<b>Atención posnatal</b>	53
<b>Víctimas de tortura</b>	5
<b>Violencia directa</b>	2
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	1
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	2.718
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	99

 <b>Dará, emergencia con desplazados</b>	<b>Actividades de apoyo a una red de estructuras de salud en la gobernación de Dará</b>	
<b>Localización</b>	Gobernación de Dará	
<b>Población objetivo</b>	400.000 personas (estimación)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2015 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la mejora de acceso a la salud adecuada y reducir la morbilidad y mortalidad de la población desplazada y acogida en Daraa	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.757.712,84€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	1,65	2,84
<b>No sanitario</b>	8,25	1,03

MSF dio apoyo a tres hospitales del sur de Siria, los de Bosra, Al Hrak y Nasib, proporcionándoles medicamentos, asistencia logística, capacitación técnica y apoyo financiero, mediante un modelo de gestión a distancia desde Jordania. Los hospitales son centros de referencia clave para todo el este de Dará, y brindan atención médica primaria y secundaria a la población afectada por el conflicto.

El hospital de Bosra, de 38 camas, cuenta con urgencias, consulta ambulatoria, hospitalización, cirugía, maternidad, pediatría, cuidados intensivos para neonatos y diálisis. El apoyo al hospital de Al Hrak comenzó en mayo, en las urgencias, cirugía y gineco-obstetricia. El hospital de Nasib recibió apoyo puntual en febrero, con entregas de medicamentos para responder a la afluencia de heridos.

En febrero y marzo, MSF distribuyó un gran volumen de bienes de primera necesidad a las familias afectadas por el conflicto en el este de Dará, tras producirse un recrudecimiento de la violencia.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	57.960
<b>Hospitalizaciones</b>	7.094
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	3.085
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.817
<b>Partos</b>	2.089
<b>Atención posnatal</b>	693
<b>Cirugía</b>	3.996
<b>Violencia directa</b>	660
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1
<b>Bienes de primera necesidad</b>	1.936

# Mali

**MSF trabajó en Mali por primera vez en 1992 y MSF-E, en 2012. El otro centro operacional presente en el país es MSF-F.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 175.  
Esperanza de vida: 58,5 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 2.218 dólares/año (2.097 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado.

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



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	60,19	152,99	69,33	282,51
Internacional	10,39	12,32	-	22,71

Se han cumplido dos años de la ratificación del acuerdo de paz de Argel entre el Gobierno y los grupos armados de la oposición que operaban en el norte del país; a pesar de ello, la situación no ha dejado de deteriorarse y, en 2017, Mali registró un número récord de incidentes. Los grupos armados firmantes del acuerdo (la alianza opositora CMA y la progubernamental Plataforma) no siempre han aceptado el establecimiento de la administración interina que es la esencial del acuerdo de paz. La reconciliación tras el desarme es un punto de divergencia, y varios de estos grupos han perdido el control sobre sus efectivos (que llevan meses e incluso años sin paga). De ahí el interés de la creación del mecanismo de coordinación MOC en la región de Gao, si bien todavía sufre la falta de medios para cumplir su objetivo. Además, es previsible la falta de implicación efectiva de otros grupos armados: están proliferando el bandolerismo y los actos delictivos impunes en el centro y el norte. La violencia entre comunidades también continuó, con vinculación con diferentes grupos armados o tribus, implicando a comunidades que habían permanecido fuera del conflicto.


Durante 2017, la inseguridad se extendió al centro del país, alcanzando su punto álgido con el repunte de robos diarios, secuestros, asesinatos selectivos, robo de vehículos (incluidas ambulancias) y hurtos perpetrados contra la población y los trabajadores humanitarios. Esta falta de seguridad ha llevado a muchos funcionarios y trabajadores de la salud a abandonar sus puestos de trabajo en centros de salud y hospitales, y nadie les toma el relevo por miedo.

Desafortunadamente, el conflicto tiene todas las papeletas para degenerar en los próximos meses y esto tendrá un grave impacto en la población. En cinco años, las partes beligerantes no han avanzado demasiado en la implementación de los acuerdos y siguen culpándose mutuamente por este fracaso. Adicionalmente, los grupos armados han empezado a ocupar zonas cada vez más grandes del país, tratando de imponer la sharía. Y todo ello, cuando se acercan unas elecciones muy contestadas por diferentes grupos.

Los desafíos humanitarios son enormes en el norte y el centro del país. La seguridad alimentaria, la salud, la desnutrición, el agua, el saneamiento e higiene y el refugio son los sectores prioritarios. La financiación de los países donantes sigue siendo insuficiente y esto afecta al trabajo de las agencias humanitarias, en especial cuando se considera que los Proyectos de Impacto Rápido (QIP) militares están utilizando la asistencia como un medio de aceptación en la población. Esto ha creado una confusión de identidad con los trabajadores humanitarios, cuyos principios no están siendo respetados por estas iniciativas.

En este contexto de inseguridad difícil, inestable y compleja, MSF sigue ayudando a la población vulnerable con atención médica de calidad.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.083.313,99	22,98
Ansongo, asistencia médica	1.714.959,02	36,37
Kidal, atención primaria	894.376,29	18,97
Douentza, atención secundaria	906.422,18	19,22
EMUSA, Mali	42.674,09	0,91
Plan de preparación para emergencias	73.195,58	1,55
<b>Total gastos</b>	<b>4.714.941,15</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Noruega	1.881.904,69	39,92
MSF España	2.460.462,90	52,18
MSF Canadá	372.573,56	7,90
<b>Total fondos privados</b>	<b>4.714.941,15</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>4.714.941,15</b>	<b>100,00</b>

	<b>Ansongo</b>	<b>Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia</b>
<b>Localización</b>	Ansongo, provincia de Gao	
<b>Población objetivo</b>	166.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2013 – Diciembre de 2019	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en las poblaciones desplazadas y comunidades locales afectadas directa o indirectamente por la crisis humanitaria en el norte	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.714.959,02 €	

<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	60,98	3,95
<b>No sanitario</b>	57,94	2,42

Después de cinco años ofreciendo atención gratuita a la población del círculo<sup>1</sup> de Ansongo, MSF, en asociación con el Ministerio de Salud, ha adoptado una nueva estrategia basada en la atención gratuita específicamente dirigida a los estratos más vulnerables de la población: niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y heridos y otras víctimas del conflicto.

Siguiendo esta lógica, MSF se ha centrado en los siguientes servicios: consulta externa y hospitalización para menores de 5 años, salud sexual y reproductiva, atención a víctimas de violencia sexual, nutrición terapéutica hospitalaria, quirófano, esterilización, farmacia, laboratorio y banco de sangre. Además, da apoyo a los servicios generales: lavandería y cocina y logística para el normal funcionamiento del hospital.


Para reforzar esta labor, en octubre de 2017, MSF inició servicios de neonatología, triaje y urgencias. Cabe señalar que las actividades de consulta ambulatoria para mayores de 5 años y la atención a pacientes crónicos en el centro de salud comunitario y en el hospital se traspasaron al Ministerio en abril, y la hospitalización de mayores de 5 años, en agosto. MSF estuvo proporcionando medicamentos durante tres meses para garantizar un traspaso exitoso.

En las afueras, las actividades comunitarias para la referencia de pacientes continuaron durante todo el año. Por su parte, las actividades móviles en las que prestábamos asistencia directa se interrumpieron en la última semana de octubre debido a un incidente de seguridad en Talataye; pudieron reanudarse a mediados de diciembre mediante gestión a distancia, y la actividad se prorrogó hasta finales de enero (en lugar de concluir a finales de diciembre como estaba previsto). Nótese también que las actividades móviles solo llegaban a tres de las cinco áreas de salud planificadas, debido a las restricciones de seguridad, especialmente en la zona de Indelimane y Amalawlaw.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	32.512
<b>Hospitalizaciones</b>	3.485
<b>Malaria (total)</b>	4.509
<b>CNT hospitalario</b>	329
<b>CNT ambulatorio</b>	372
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	5.831
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.268
<b>Partos</b>	1.188
<b>Atención posnatal</b>	2.749
<b>Cirugía</b>	229
<b>Violencia directa</b>	207
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	712
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	825
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	395

<sup>1</sup> Subdivisión administrativa.




 <b>Kidal</b>	<b>Atención primaria a la población afectada por el conflicto armado</b>	
<b>Localización</b>	Kidal	
<b>Población objetivo</b>	82.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2015 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar el acceso a la atención primaria de la población vulnerable del círculo de Kidal	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	894.376,29 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	3	1,01
<b>No sanitario</b>	18,22	1,62

La situación de seguridad, conflictiva, inestable e impredecible, afectó al progreso de las actividades de MSF en 2017. Además de los cinco centros de salud comunitarios a los que apoyaba inicialmente, MSF amplió sus actividades al de Takallot, para asegurar la neutralidad e imparcialidad necesaria por parte de la organización. Las seis estructuras recibieron abastecimiento regular de medicamentos, equipos médicos y logística, además del pago de incentivos salariales al personal durante el periodo de actividad reducida que tuvo lugar entre julio y septiembre al suspenderse temporalmente las actividades, a causa de la inseguridad y tras varios incidentes.

Los equipos se vieron limitados en sus actividades de supervisión al reducirse su capacidad de movimiento, y esto tuvo un gran impacto en la calidad de los datos transmitidos semanal y mensualmente. En 2017 cambió el enfoque, especialmente con la ONG local Solisa, que de hecho se está centrando en actividades de promoción de la salud mediante la asociación con MSF-E; el objetivo es lograr mayor afluencia de personas a las estructuras a las que damos apoyo. Y en 2018, se adoptará un enfoque de salud comunitaria más adaptado al contexto.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	18.558
<b>Hospitalizaciones</b>	284
<b>Malaria (total)</b>	2.605
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	1.176
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	700
<b>Partos</b>	118
<b>Atención posnatal</b>	127
<b>Cirugía</b>	1
<b>Violencia directa</b>	128
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	900
<b>Fiebre amarilla</b>	29

	<b>Douentza</b>	<b>Atención secundaria a la población afectada por el conflicto armado</b>	
<b>Localización</b>	Douentza		
<b>Población objetivo</b>	314.636 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2017 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad al aumenta la capacidad de atención de las víctimas de conflicto armado		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	906.422,18 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	1,63	1,71	
<b>No sanitario</b>	10,62	1,61	

MSF comenzó su intervención en Douentza en junio de 2017, dando apoyo al hospital de referencia. El Plan Anual previsto para el proyecto no se ha aplicado tal y como se elaboró en los primeros meses, debido a factores relacionados con la seguridad y los recursos humanos en el terreno.

Al comenzar el proyecto, la atención médica gratuita de MSF en el hospital se limitó a las urgencias en menores de 15 años en pediatría y en el centro hospitalario de nutrición terapéutica, las mujeres con embarazos de riesgo, los heridos y los desplazados internos; también se realizaban derivaciones desde los centros de salud comunitarios hacia el hospital y de allí al hospital de Mopti. Finalmente, se realizaba el seguimiento de alertas y se estableció un sistema de vigilancia y detección de emergencias en colaboración con el Ministerio de Salud.

Durante los primeros meses, se detectó que era necesario un cambio de estrategia para impulsar la calidad y animar a los pacientes a ir a las estructuras de salud (la población no tiene recursos). Se contrató personal cualificado (enfermeros, matronas, higienistas, promotores de salud, etc.) con apoyo permanente en formación y acompañando al personal del Ministerio. Este cambio ha tenido un impacto positivo en los indicadores, especialmente el materno-infantil.

A pesar de la creciente inseguridad, MSF sigue siendo una de las pocas organizaciones en la zona comprometidas con las poblaciones en situaciones precarias, y ha tratado de fomentar que la ayuda humanitaria llegue a las áreas remotas donde las necesidades son mayores.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	1.688
<b>Hospitalizaciones</b>	2.094
<b>Malaria (total)</b>	1.738
<b>CNT hospitalario</b>	306
<b>Violencia sexual</b>	6

<b>Cirugía</b>	134
<b>Violencia directa</b>	50
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	4
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	21

# México

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

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 74.  
Esperanza de vida: 76,8 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 16.056 dólares/año (15.181 euros/año).

**Contexto de la intervención:** inestabilidad interna.

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

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	15,35	80,24	95,59
Internacional	7,03	11,41	18,44



La apuesta estratégica de MSF-E por asistir a poblaciones víctimas de Otras Situaciones de Violencia (OSV) no ligadas directamente a un conflicto armado explica nuestra presencia en México; en este caso es una violencia ligada a las organizaciones criminales que operan en una 4parte importante del territorio y cuyos métodos y estrategias tienen graves consecuencias humanitarias para la población civil.

En 2017, según cifras oficiales, se registraron en México 25.339 homicidios, esto es un 23,32% más que en 2016. Adicionalmente, se registraron un total de 1.149 secuestros y 5.649 casos de extorsión<sup>1</sup>, cifras todas superiores al año anterior y prueba de que la situación de violencia en el país no está mejorando. De manera paralela, a nivel nacional habría una cifra 'negra' (delitos no denunciados o que no derivaron en investigaciones) que superaría el 90%<sup>2</sup>.

Diversas fuentes sitúan la cifra de desplazados internos a causa de la violencia en más de 300.000 personas. Tan solo en el mes de junio de 2017, la población de tres comunidades del municipio de Chilapa (región Centro), alrededor de 2.000 personas en total, se desplazó a la cabecera municipal y ciudades del estado (Acapulco, Chilpancingo, Morelos y Cuernavaca) debido a amenazas del crimen organizado.

Los homicidios, traumatismos, violencia sexual, desplazamientos forzados, secuestros, desapariciones, tortura y otros delitos que se registran de forma regular en el país tienen serias consecuencias en la salud física y mental de la población. En cuanto al acceso a la atención médica, la violencia perpetrada por las organizaciones criminales dificulta la movilidad de las personas en ciertas áreas, limita los programas de promoción y prevención de la salud y tiene efectos directos en algunas estructuras sanitarias, obligadas a cerrar a causa de las amenazas y

<sup>1</sup> Secretario Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), 2017.


<sup>2</sup> Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de Seguridad Pública (ENVIPE), 2017.

ataques contra la misión médica. La atención en salud mental orientada a las víctimas de la violencia es francamente muy limitada y no constituye una prioridad.

Dentro de las poblaciones vulnerables más afectadas por la violencia en México, se encuentran los migrantes y refugiados centroamericanos que huyen de la violencia extrema y la pobreza en sus países de origen. A lo largo de 2017, MSF-E continuó asistiendo a esta población que es víctima de situaciones de violencia tanto en sus países de origen y como durante su tránsito por México. También consolidó sus actividades en el ámbito de la salud mental y la atención integral a víctimas de la violencia sexual en Acapulco (estado de Guerrero), considerada la segunda ciudad más violenta del país, con una tasa de 106.63 homicidios por cada 100.000 habitantes. En la zona rural del mismo estado de Guerrero, iniciamos atención primaria médica y psicológica en 18 comunidades cuya población tiene dificultades para conseguir atención médica debido al cierre de varios puntos de atención a causa de la violencia.

En septiembre de 2017 (los días 7, 19 y 23), tres fuertes seísmos de entre 6 y 8 grados de magnitud sacudieron varias zonas del país, provocando grandes pérdidas tanto de vidas como materiales; también afectaron notablemente al estado de salud mental de la población. Rápidamente, los equipos de MSF-E implementaron durante dos meses diversas acciones de emergencia en diferentes comunidades, para ayudar a aliviar el sufrimiento de cientos de personas que habían resultado afectadas de diversas maneras.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	829.336,24	25,15
México, asistencia médica a migrantes	888.288,35	26,94
Acapulco, intervención en Otras Situaciones de Violencia	766.216,54	23,24
Tierra Caliente, misión exploratoria e intervención	709.422,14	21,51
México, terremoto	104.320,27	3,16
<b>Total gastos</b>	<b>3.297.583,54</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF España	1.523.374,15	46,20
MSF Estados Unidos	1.762.709,39	53,45
MSF Luxemburgo	1.500,00	0,05
MSF Bélgica	10.000,00	0,30
<b>Total fondos privados</b>	<b>3.297.583,54</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>3.297.583,54</b>	<b>100,00</b>

	<b>México</b>	<b>Atención médico-humanitaria a la población migrante víctima de la violencia</b>
<b>Localización</b>	Puntos de atención en los municipios de Tenosique (Tabasco), Guadalajara (Jalisco), Coatzacoalcos (Veracruz) y Centro de Atención Integral en Ciudad de México	

<b>Población objetivo</b>	300.000 personas (estimación de los migrantes que entran en México)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2010 - Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar el acceso a la atención médica, psicológica y humanitaria de la población migrante víctima de la violencia	
<b>Tipo de población</b>	Desplazados (migrantes)	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	888.288,35 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	10,79	3,78
<b>No sanitario</b>	14,62	0,27

México es país de tránsito, destino y retorno del flujo migratorio proveniente en su mayoría de Centroamérica (y últimamente de algunos países de Sudamérica y el Caribe) con destino a Estados Unidos. Si bien es cierto que las tasas de homicidios descendieron ligeramente con respecto al año anterior, la realidad es que los países del llamado Triángulo Norte de Centroamérica (El Salvador, Honduras y Guatemala) todavía se encuentran entre los más violentos del mundo, con tasas de homicidios que alcanzaron, respectivamente, el 60, el 42,8 y el 26,1 por 100.000 habitantes en 2017. La inestabilidad política, económica y social de otros países de la región (Venezuela y Haití) también ha alimentado el flujo migratorio de la región. En la mayoría de los casos, estos migrantes indocumentados han sido empujados por las condiciones de pobreza, marginación y violencia ejercida por organizaciones criminales en sus países de origen y muchos de ellos son candidatos a obtener el estatuto de refugiado u otras formas de protección.

Los cambios en las políticas migratorias, el cierre de diversos programas en beneficio de la población migrante, el aumento en el número de detenciones, así como el fuerte discurso antimigratorio del Gobierno de Estados Unidos (muro, amenazas de deportación masiva, etc.), no solo no han logrado detener el flujo migratorio, sino que además han forzado a los migrantes a explorar nuevas rutas y medios de tránsito, quedando expuestos a graves situaciones de violencia (e incluso la muerte) a manos de los actores que controlan esas áreas. Existe información que apunta a que cruzar a Estados Unidos se ha vuelto más peligroso y caro y que el número de fallecidos en el intento ha aumentado. En 2017, en la frontera con Texas, hubo un 26% más de muertes que el año anterior (191 frente a 151). La dificultad y riesgo en el cruce transfronterizo también se evidencia en un aumento de casi el 40% en el número de solicitudes de refugio presentadas al Gobierno mexicano (la mayoría de ciudadanos centroamericanos) en 2017 con respecto al año anterior.

El haber sufrido determinados episodios de violencia extrema durante el camino (secuestro, tortura, violencia sexual, trata) tiene en algunos casos graves consecuencias para la salud física y mental de estas personas. Estos hechos agravan exponencialmente la vulnerabilidad de los migrantes, tanto si se ven presionados para continuar con el viaje, como si se ven abocados a regresar a su país, con una vida ya fracturada, a menudo en condiciones de total desprotección y exponiéndose de nuevo a graves riesgos para su integridad física.


Durante 2017, unos 14.635 migrantes y refugiados fueron registrados en los albergues en los que trabaja MSF. Además de las consultas médicas y psicológicas, se realizaron actividades

psicosociales para más de 3.400 personas y se aseguró el seguimiento de los casos de urgencia en diversos hospitales de las zonas con presencia de nuestros equipos.

En Ciudad de México, MSF-E ofreció en el Centro de Atención Integral (CAI) servicios especializados (atención médica y psicosocial) a migrantes y refugiados víctimas de violencia extrema, malos tratos y tortura, en coordinación con diferentes contrapartes, encargadas de la asistencia jurídica y atención médica de segundo y tercer nivel.

En esta apuesta por coadyuvar a generar cambios en la política migratoria (y en algunos procedimientos) en beneficio de los pacientes a los que atendemos, durante 2017 MSF reforzó la estrategia de incidencia política, así como la vinculación con diferentes organizaciones nacionales y regionales para generar trabajo en red.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	<b>9.272</b>
<b>Malaria (total)</b>	<b>1</b>
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	<b>149</b>
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	<b>57</b>
<b>Atención posnatal</b>	<b>27</b>
<b>Violencia sexual</b>	<b>126</b>
<b>Víctimas de tortura</b>	<b>21</b>
<b>Violencia directa</b>	<b>968</b>
<b>Chagas</b>	<b>4</b>
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	<b>1.499</b>
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	<b>380</b>
<b>Bienes de primera necesidad</b>	<b>5</b>

 <b>Acapulco</b>	<b>Atención en salud mental a víctimas de Otras Situaciones de Violencia y víctimas de la violencia sexual</b>	
<b>Localización</b>	Colonias (barrios) de Jardín, Emiliano Zapata y Renacimiento, en Acapulco (Guerrero)	
<b>Población objetivo</b>	112.762 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2014 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir el sufrimiento emocional y psicológico de la población afectada por Otras Situaciones de Violencia (OSV), incluida la violencia sexual, en Acapulco	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	766.216,54 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	21,65	2,11
<b>No sanitario</b>	14,08	1,10

Guerrero es uno de los estados más violentos de México, debido principalmente a la presencia de varias organizaciones del crimen organizado que se disputan rutas estratégicas del narcotráfico desde la costa del Pacífico hasta el centro del país. De hecho, atendiendo al número de homicidios, Acapulco siguió siendo la segunda ciudad más violenta de México y también una de las más violentas del mundo.


Los vecinos de varias colonias de Acapulco (principalmente Costera, Emiliano Zapata, Jardín, Progreso y Renacimiento) sufren una elevada exposición a eventos potencialmente traumáticos relacionados con la violencia generalizada que se vive en los barrios. Esto genera un conjunto de alteraciones que desbordan los mecanismos de afrontamiento de las personas, provocándoles un grave sufrimiento emocional y psicológico.

El proyecto de MSF-E para atender a víctimas de Otras Situaciones de Violencia (OSV) inició sus actividades en diciembre de 2014 y desde entonces ha venido consolidando los servicios de salud mental en diferentes centros sanitarios de las colonias Jardín, Renacimiento y Zapata.

Los equipos de MSF-E también han trabajado en la capacitación del personal del sector sanitario en las estructuras donde tiene presencia, para la atención integral de víctimas de violencia sexual, así como para garantizar la disponibilidad de kits PEP completos (profilaxis posexposición accidental al VIH). También ha colaborado en el fortalecimiento de las rutas de referencia para casos de violencia sexual que se detecten en las instituciones del sector salud, asegurándose que esas estructuras refieren a las víctimas a los módulos de atención especializada, donde los equipos de MSF pueden atenderlos, en colaboración con la Secretaría de Salud.

Los equipos de MSF-E han realizado un trabajo intenso de acercamiento con líderes de algunas colonias, con el fin de fortalecer su estrategia comunitaria, enfocada sobre todo a conocer las necesidades de la población, promoverlas redes de apoyo para el afrontamiento de situaciones de violencia y reforzar tanto la participación en espacios educativos y psicosociales como los servicios de MSF-E en la comunidad.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	2.303
<b>Violencia sexual</b>	200
<b>Víctimas de tortura</b>	2
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	2.307
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	732

 <b>Tierra Caliente</b>	<b>Misión exploratoria por Otras Situaciones de Violencia</b>
<b>Localización</b>	Municipios de Arcelia, San Miguel Totolapan, Apaxtla, Teloloapan y General Heliodoro Castillo (estado de Guerrero)
<b>Población objetivo</b>	25.000 personas
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2015 – Febrero de 2018
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en varios municipios de Tierra Caliente, Norte y Centro afectados por OSV, mejorando el acceso a una atención primaria y secundaria de calidad




<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazados y población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	709.422,14 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	8,05	3,07
<b>No sanitario</b>	8,99	1,08

MSF-E decidió intervenir en varias comunidades de las regiones de Tierra Caliente, Norte y Centro (TCNC), en el estado de Guerrero, tras constatar las consecuencias humanitarias y en la atención primaria y secundaria que están teniendo en dicha zona las confrontaciones territoriales entre diversos grupos armados del crimen organizado y bandas criminales. La población se encuentra atrapada y expuesta a amenazas, extorsiones, secuestros, desapariciones y asesinatos además de la imposición de fronteras 'invisibles' que afectan a la libertad de movimientos.

Todo ello ha provocado el cierre o la inoperancia de numerosas estructuras de salud, ya que el personal de la Secretaría de Salud (SS), así como las clínicas y demás recursos de la atención médica, son constantemente atacados o amenazados por el crimen organizado. Según datos proporcionados por las autoridades locales (mayo del 2017), en Guerrero hay 16 centros de salud cerrados por inseguridad, de los cuales 11 están en las regiones de TCNC; además, faltan 96 médicos y hay 50 centros de salud donde, debido a las amenazas, solo hay personal de enfermería o auxiliar.

Esta situación tiene un grave impacto en el acceso a la salud de la población, pues dificulta la implementación de programas de atención primaria (promoción, vacunación, salud sexual y reproductiva), así como el seguimiento de pacientes crónicos y la atención de urgencia. Durante 2017, el equipo de MSF-E exploró 24 comunidades e inició actividades en 18 de ellas (75%), a través de algunas clínicas móviles en al menos seis municipios de las regiones de Tierra Caliente, Norte y Centro, con el fin de facilitar atención primaria y psicológica a estas comunidades afectadas por la violencia recurrente.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	9.643
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	765
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	315
<b>Atención posnatal</b>	53
<b>Violencia sexual</b>	72
<b>Víctimas de tortura</b>	10
<b>Violencia directa</b>	13
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	1.298
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	346

	<b>Oaxaca, Morelos, México y Ciudad de México</b>	<b>Intervención de emergencia tras el terremoto</b>
<b>Localización</b>	Estados de Oaxaca, Morelos y México y Ciudad de México	

<b>Población objetivo</b>	185.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2017 – Noviembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Minimizar las reacciones psicológicas y contener sus consecuencias en la población afectada por la emergencia.	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	104.320,27 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	1,83	-
<b>No sanitario</b>	0,23	-

Tras los terremotos de septiembre, los equipos de MSF-E implementaron durante dos meses diversas acciones de emergencia en diferentes comunidades para asistir a las cientos de personas que resultaron afectadas de diversas maneras.

Se conformaron varios equipos para cubrir diversas comunidades gravemente afectadas en los estados de Oaxaca, Morelos y México y en Ciudad de México, priorizando aquellas más alejadas de las zonas urbanas, y por lo tanto, con mayores dificultades para el acceso a la ayuda humanitaria. Además de las consultas médicas y psicológicas realizadas por nuestros equipos, más de 10.000 personas se beneficiaron de alguna de las sesiones psicosociales realizadas por nuestros psicólogos.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	1.019
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	674
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	661

# Níger

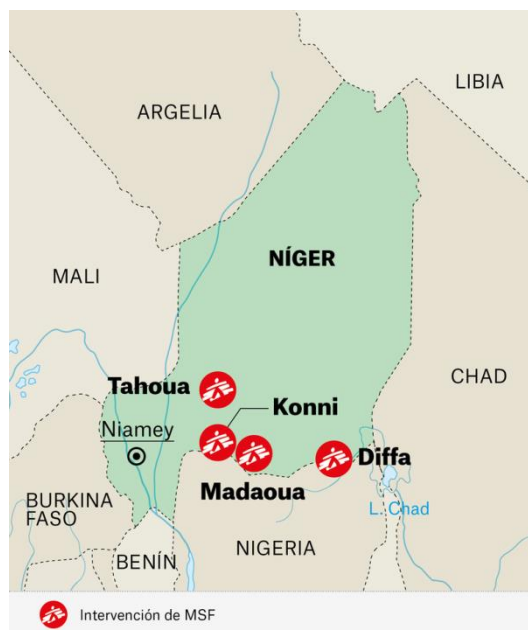
**MSF trabaja en Níger desde 1985, y MSF-E desde 2005. Los otros centros operacionales presentes en el país son MSF-CH y MSF-F.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 187.  
Esperanza de vida: 61,9 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 889 dólares/año (840 euros/año).

**Contexto de la intervención:** inestabilidad interna y conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado, víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas, y víctimas de desastres naturales.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	89,59	528,90	151,32	769,81
Internacional	14,40	28,51	-	42,91

Actualmente, el contexto de intervención de MSF está enmarcado en la dinámica del conflicto armado entre el Gobierno y grupos armados en el lago Chad y las recurrentes crisis nutricionales relacionadas con la estación de malaria, que causan una alta mortalidad pediátrica. La población es víctima de esas dinámicas, de enfermedades endémicas y epidémicas y de desastres naturales.

Además del conflicto y la alta prevalencia de la desnutrición aguda en Níger, la capacidad del Ministerio de Salud para afrontar las necesidades asociadas es baja, incluida la prestación de atención secundaria de calidad. La cronicidad de la crisis nutricional en el país ha provocado un fenómeno de fatiga de los donantes, con un claro impacto negativo en el volumen de la asistencia, lo que justifica aún más el trabajo de MSF.

En 2017, MSF España priorizó dos regiones (Tahoua y Diffa) y realizó una misión exploratoria en la región de Agadez.


En Tahoua, MSF proporcionó atención pediátrica en el hospital de Madaoua y atención materna en ese hospital y en la maternidad Saben Guindan; también respondió a epidemias de sarampión y meningitis, así como a unas inundaciones. En la misma región, MSF también abordó las morbilidades habituales en los niños en los centros de salud a los que da apoyo y llevó a cabo programas innovadores de investigación para contribuir a la definición de mejores estrategias y protocolos médicos en beneficio de la población.

Desde 2014, MSF brinda asistencia médica y humanitaria a las poblaciones víctimas del conflicto armado en la región de Diffa. La presencia de MSF cubrió una brecha clara en la respuesta de emergencia en términos de salud y nos permitió ser testigos de las dificultades generales del sistema humanitario para responder de manera efectiva a este contexto cambiante en el que las necesidades humanitarias se agravaron en todos los ámbitos tras el brote de violencia.

Finalmente, en Agadez, MSF desarrolló la idea de implementar un proyecto vinculado a la situación precaria de los migrantes en el norte de Níger, que comenzará en 2018.

En 2017, MSF España centró su intervención en tres objetivos: respuesta de emergencia en sus regiones de intervención; asistencia a las víctimas del conflicto armado; y asistencia a los grupos más vulnerables a las enfermedades endémicas y epidémicas (mujeres embarazadas y niños).

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.762.921,71	16,37
Madaoua, desnutrición	4.196.240,51	38,98
Diffa, intervención	3.749.623,21	34,83
Tahoua, vacunación de sarampión	47.093,78	0,44
Tahoua, vacunación y manejo de casos de sarampión	129.034,48	1,20
Diffa, ictericia	570.828,51	5,30
Konni, meningitis	34.021,79	0,32
EMUSA, equipo de emergencia	150.404,91	1,39
Plan de preparación para emergencias	126.353,28	1,17
<b>Total gastos</b>	<b>10.766.522,18</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Austria	500.000,00	4,64
MSF Grecia	70.000,00	0,65
MSF España	3.316.987,10	30,81
MSF Estados Unidos	3.009.503,83	27,95
MSF Canadá	1.270.031,25	11,80
MSF Bélgica	2.600.000,00	24,15
<b>Total fondos privados</b>	<b>10.766.522,18</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>10.766.522,18</b>	<b>100,00</b>

 <b>Madaoua</b>	<b>Prevención y tratamiento de enfermedades pediátricas</b>
<b>Localización</b>	Distrito de Madaoua, provincia de Tahoua
<b>Población objetivo</b>	122.885 personas (103.980 niños menores de 5 años y 18.905 mujeres embarazadas)
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2006 – Diciembre de 2018
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad entre los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas
<b>Tipo de población</b>	Población general


<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	4.196.240,51€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	168,68	9,16
<b>No sanitario</b>	90,66	3,07

MSF trabajó en esta zona para combatir la malaria endémica y la desnutrición crónica, buscando un alto impacto en la mortalidad en niños menores de 5 años, en un contexto en el que el Ministerio de Salud tiene poca capacidad para manejar la afluencia masiva de pacientes y proporcionar la atención de calidad necesaria.

MSF proporcionó servicios médicos gratuitos a una población que de lo contrario lo tendría muy difícil para conseguir atención debido a la falta de recursos y la disponibilidad general de esos servicios. Concretamente, MSF ofreció prevención y tratamiento de la desnutrición y servicios obstétricos y atención neonatal y pediátrica, además de asegurar la vigilancia y la respuesta de emergencia también.

Tenemos un componente muy fuerte en innovación e investigación operacional para desarrollar nuevos protocolos y enfoques para abordar la desnutrición y la atención pediátrica en general.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	66.902
<b>Hospitalizaciones</b>	21.551
<b>Malaria (total)</b>	15.113
<b>CNT hospitalario</b>	5.421
<b>CNT ambulatorio</b>	6.265
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	4.603
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.711
<b>Partos</b>	3.710
<b>Atención posnatal</b>	1.217
<b>Cirugía</b>	474
<b>Violencia directa</b>	39
<b>VIH</b>	280
<b>TAR 1ª línea (casos)</b>	280
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	16
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	9
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)</b>	9
<b>TB (total)</b>	39
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	8.444
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	91
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	34
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	8.161
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	3.939


 <b>Diffa</b>		<b>Asistencia a la población desplazada</b>	
<b>Localización</b>	Provincia de Diffa		
<b>Población objetivo</b>	203.796 personas (78.469 desplazados y refugiados)		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Diciembre de 2014 – Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Proporcionar asistencia humanitaria a la población desplazada o de refugiados procedentes del norte de Nigeria y la región del lago Chad		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	3.749.623,21 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	139,44	9,76	
<b>No sanitario</b>	114,59	4,55	

El proyecto tiene como objetivo abordar la crisis humanitaria vinculada al conflicto armado, que ha empujado a desplazados internos y refugiados a lugares donde sufren unas condiciones de vida muy malas y donde además es evidente la brecha en la asistencia humanitaria disponible en los ámbitos más básicos: agua, alimentos, atención médica, refugio, etc. El Estado sigue siendo incapaz de hacer frente al aumento de la presión sobre los servicios de salud y la calidad de la atención es poca, aparte de que no existe un programa fuerte de inmunización en la región.

MSF brindó servicios médicos gratuitos (atención primaria y secundaria, incluida salud mental) a la población general, los desplazados, los refugiados y los repatriados, dando apoyo a los centros de salud existentes (cinco de atención primaria, uno de salud materno-infantil y los hospitales de Diffa y Nguigmi) y mediante clínicas móviles en otros lugares donde el acceso se ve complicado por la orografía o la seguridad. Entre las prioridades de 2017, estuvieron el aumentar la calidad de la atención en salud mental, el garantizar servicios las 24 horas en los centros de salud a los que apoyamos (ya que después de las 18 h y durante toda la noche el Ejército prohíbe la circulación de cualquier vehículo) y el acceder a áreas difíciles donde no hay otras organizaciones trabajando. Los equipos de MSF aseguraron también la vigilancia y la respuesta de emergencia.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	236.983
<b>Hospitalizaciones</b>	15.449
<b>Malaria (total)</b>	9.255
<b>CNT hospitalario</b>	503
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	19.809
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	7.726
<b>Partos</b>	4.654
<b>Atención posnatal</b>	3.989
<b>Víctimas de tortura</b>	75
<b>Cirugía</b>	682
<b>Violencia directa</b>	663

<b>VIH</b>	10
<b>TAR 1ª línea (casos)</b>	10
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	10
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	38
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)</b>	38
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	10.143
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	8
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	14
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	15.742
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	2.534
<b>Bienes de primera necesidad</b>	569
<b>Saneamiento</b>	200

	<b>Respuesta de emergencia</b>	<b>Equipo médico de emergencia en el Sahel (EMUSA)</b>	
<b>Localización</b>	Con sede en Niamey pero con capacidad de respuesta tanto en Níger como en Mali		
<b>Población objetivo</b>	1.000.000 de personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2012 – Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad de las poblaciones víctimas de epidemias, crisis humanitarias y violencia, en apoyo de las misiones del Sahel		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y víctimas de violencia		
<b>Gasto del proyecto</b>	150.404,91€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	6,00	1,01	
<b>No sanitario</b>	5,27	0,96	

En los últimos años, la región del Sahel se ha enfrentado a una serie de crisis médicas y humanitarias de diversa gravedad. Los brotes epidémicos, especialmente de meningitis, sarampión y cólera, siguen siendo un problema de salud clave, junto con la amenaza del Ébola (a la luz del brote sin precedentes registrado en varios países de África occidental en 2014). Al mismo tiempo, persisten situaciones humanitarias complejas en la región, principalmente crisis de desplazamiento vinculadas a la inseguridad causada por la presencia de varios grupos armados.

El equipo EMUSA se creó en 2014 y se consolidó en 2015, fortaleciendo la capacidad del personal nacional para responder a emergencias y agregando a personal internacional para aumentar la experiencia y la capacidad de supervisión dentro de las actividades. El EMUSA responde a emergencias en Níger y también en Mali.

La elevada mortalidad atribuida a las epidemias estacionales (sobre todo, como se mencionaba, de meningitis, sarampión y cólera), así como la probabilidad de inundaciones y sequías con impacto médico y humanitario, crean una necesidad de alerta continua. También hay una elevada

incidencia de la malaria, que se agrava durante los meses de lluvia, y de desnutrición durante el periodo de escasez (*hunger gap*), así como necesidades humanitarias y médicas debido al desplazamiento de poblaciones que huyen de Mali y la cuenca del lago Chad.

El equipo proporciona vigilancia, gestión de alertas y respuesta a emergencias. En 2017, intervino en dos ocasiones contra el sarampión en la región de Tahoua (vacunación y manejo de casos), una vez contra la meningitis en los distritos de salud de Konni y Malbaza (vacunación y manejo de casos), y contra el principal brote de hepatitis E que el país haya conocido en años (detección activa, gestión descentralizada de casos, derivación de casos graves al nivel secundario, creación de una unidad de atención intensiva para mujeres y niños, agua y saneamiento y promoción de salud).

A continuación se detallan las actividades de la intervención del equipo de emergencia.

#### **Tahoua, vacunación de sarampión**

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Vacunación sarampión (brote)</b>	60.015
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	79

#### **Tahoua, manejo de casos y vacunación del sarampión**

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Vacunación sarampión (brote)</b>	194.238
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	315

#### **Konni, meningitis**

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Vacunación meningitis (brote)</b>	19.810
<b>Meningitis(tratamiento)</b>	302

#### **Diffa, ictericia**

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	483
<b>Hospitalizaciones</b>	396
<b>Bienes de primera necesidad</b>	85
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	40.964.000



# Nigeria

**MSF trabaja en Nigeria desde 1996 y MSF-E en particular, desde 2009. Actualmente, todos los centros operacionales están presentes en el país.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 152.

Esperanza de vida: 53,1 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 5.443 dólares/año (5.145 euros/año).

**Contexto de la intervención:** inestabilidad interna y conflicto armado

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado y víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas



RRHH	Capital <sup>1</sup>	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	47,68	582,02	84,50	714,20
Internacional	16,11	48,54	-	64,65

La misión se ha centrado en intervenciones de emergencia en el noreste del país, en los estados de Borno y Yobe, escenario del conflicto entre el Ejército y los grupos armados de la oposición. El conflicto comenzó en 2009 y, según OCHA<sup>2</sup>, ha desplazado a más de 1,7 millones de personas. Casi toda la población de Borno, incluida la comunidad de acogida, depende de la ayuda humanitaria. Y todavía hay un número desconocido de personas que permanecen en áreas no gubernamentales (unas 900.000, según OCHA) y que no reciben asistencia humanitaria.


No hay organizaciones humanitarias fuera de la capital del Estado y la ayuda disponible es muy pobre en términos de calidad. MSF España trabaja en tres ubicaciones en Borno –Benisheik, Pulka y Gwoza (con una población de unas 60.000 personas en cada una)–, ofreciendo atención primaria y secundaria, incluyendo nutrición, atención materno-infantil, salud mental y violencia sexual. En Yobe, MSF trabajó en nutrición y pediatría de emergencia, siendo el de MSF el único centro hospitalario de nutrición terapéutica de todo el estado.

MSF también respondió a varios brotes epidémicos, sobre todo de sarampión y meningitis en Borno y Yobe, así como de cólera en Mafa, donde tuvimos una unidad de tratamiento y construimos 300 letrinas y duchas y un pozo de agua. Debido a la falta de respuesta humanitaria y a lo masivo de las necesidades, los proyectos se ampliaron para incluir distribuciones de alimentos y de bienes de primera necesidad y programas de agua, saneamiento y refugio.

<sup>1</sup> Incluye los recursos humanos de capital y los dedicados a la coordinación de la respuesta a emergencias.

<sup>2</sup> Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.323.181,43	9,05
Base de Maiduguri, respuesta de emergencia	684.841,52	4,69
Yobe, crisis médico-humanitaria	2.918.911,13	19,97
Yobe, meningitis	236.158,29	1,62
Yakusko, crisis nutricional	934.513,02	6,39
Benisheik, campo de desplazados	1.949.113,90	13,34
Gwoza, respuesta de emergencia	2.264.703,70	15,50
Pulka, respuesta de emergencia	3.043.115,18	20,82
Maiduguri, vacunación de sarampión	479.429,26	3,28
NIMERT, equipo de emergencia	4.441,00	0,03
Plan de preparación para emergencias	776.578,83	5,31
<b>Total gastos</b>	<b>14.614.987,26</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Argentina	1.082.591,61	7,41
MSF Austria	500.000,00	3,42
MSF España	7.176.979,70	49,11
MSF Estados Unidos	1.550.841,18	10,61
MSF Canadá	804.574,77	5,50
MSF Bélgica	3.500.000,00	23,95
<b>Total fondos privados</b>	<b>14.614.987,26</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>14.614.987,26</b>	<b>100,00</b>

	<b>Yobe (Damaturu), crisis médico-humanitaria</b>	<b>Asistencia humanitaria de emergencia a la población desplazada</b>
<b>Localización</b>	Damaturu y Kukerita, estado de Yobe	
<b>Población objetivo</b>	69.780 personas (Damaturu) y 22.600 personas (Kukerita)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2015 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en la población afectada por la violencia, incluidos los desplazados, los refugiados y las comunidades de acogida	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.918.911,13€	


Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitario	67,43	8,09
No sanitario	77,67	3,33

La población del estado de Yobe lleva años sufriendo el impacto de las hostilidades entre el Ejército y grupos armados de la oposición, que ha provocado el desplazamiento de la población dentro y alrededor de Damaturu, con tres principales campos de desplazados en Kukerita, Pompomari y Nainawa-Nasarawa.

MSF España comenzó a proporcionar servicios básicos a la población afectada del estado de Yobe en diciembre de 2015, con distribución de bienes de primera necesidad en Damaturu (desplazados y refugiados). Gradualmente amplió sus servicios, primero con paquetes integrales en el centro de atención primaria de Kukerita (diciembre de 2015) y más tarde con apoyo nutricional en un CNT ambulatorio (marzo de 2016) y otro hospitalario (abril de 2016) y con actividades en el hospital Sani Abacha de Damaturu; además, en este hospital, en mayo de 2017, MSF se hizo cargo de la Unidad de Urgencias Pediátricas.

Debido a la estrategia de MSF para 2018, a finales de noviembre, la misión traspasó el centro de atención primaria de Kukerita a IRC (Comité Internacional de Rescate, que colabora con el Ministerio de Salud) y el CNT ambulatorio de Damaturu del hospital de referencia al Ministerio.


Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	40.420
<b>Hospitalizaciones</b>	3.884
<b>Malaria (total)</b>	18.494
<b>CNT hospitalario</b>	1.457
<b>CNT ambulatorio</b>	3.890
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	5.317
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.725
<b>Partos</b>	732
<b>Interrupciones del embarazo</b>	5
<b>Atención posnatal</b>	1.033
<b>Violencia sexual</b>	11
<b>Violencia directa</b>	48
<b>Vacunación sarampión(brote)</b>	5.994
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	510
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	16
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	11
<b>Fiebre hemorrágica</b>	1
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	640
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	412

	<b>Yobe, meningitis</b>	<b>Campaña de vacunación</b>
<b>Localización</b>	Damaturu, Fune, Fika y Gujba, estado de Yobe	

<b>Población objetivo</b>	133.196 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2017 – Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y la morbilidad por meningitis en los distritos afectadas de Fune, Fika, Gujba y Damaturu	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	236,158.29 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,43
<b>No sanitario</b>	0,18	0,32

Entre el 3 de enero y el 7 de abril de 2017, se notificaron 140 casos de meningitis (14 confirmados y 126 sospechosos), de los cuales 27 fallecieron (una tasa de mortalidad del 19,3%). La tasa de ataque acumulativo era de 48 casos por cada 100.000 habitantes. La vacunación se implementó en centros de salud (cuando no interrumpía las actividades regulares), escuelas, salas de reuniones tradicionales y otros emplazamientos públicos, así como en los puntos fijos de vacunación establecidos en las comunidades o en los asentamientos de desplazados. En áreas muy aisladas, si la seguridad lo permite y se considera necesario, se enviaron equipos móviles. La población objetivo de esta intervención estaba en la franja de edad de 2 a 29 años.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Vacunación meningitis (brote)</b>	136.798
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	206

	<b>Yakusko, crisis nutricional</b>	<b>Asistencia médica y nutricional de emergencia a la población afectada por desnutrición y brotes epidémicos</b>
<b>Localización</b>	Distrito de Yakusko, estado de Yobe	
<b>Población objetivo</b>	100.882 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2016 – Enero de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad de la población más afectada de Yakusko, con atención médica y apoyo nutricional	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	934.513,02€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	15,30	2,66
<b>No sanitario</b>	7,22	2,39


La situación general con respecto al estado nutricional de los niños menores de 5 años, documentada por la encuesta de nutrición y mortalidad realizada antes del periodo de escasez (*hunger gap*) que va de junio a septiembre, indicó una situación crítica de desnutrición aguda, combinada con un sistema de salud deficiente, bajo nivel cobertura vacunal y fragilidad del contexto. Además, el hecho de que esta área no se vea directamente afectada por el conflicto se traduce en falta de interés por parte de las ONG internacionales.

Por todo ello, para MSF estaba muy justificado realizar una intervención de seis meses, que cubriera el pico de malaria de la temporada de lluvias. La decisión de extender la intervención a las 10 áreas del distrito se basó en las lecciones aprendidas de la última intervención.

El núcleo de la intervención fue dar apoyo técnico al personal del Ministerio de Salud, por ejemplo en el manejo de la malaria, en ámbitos como el diagnóstico de los casos simples (pruebas clínicas y de laboratorio), la identificación de los síntomas de los graves y los criterios de derivación de los complicados desde la atención primaria al hospital. La capacitación incluyó la racionalización del uso de la terapia combinada con artemisinina. Además, 35 voluntarios de la comunidad se encargaron de la promoción de la salud y se creó un equipo de actividades externas para garantizar la eficacia del programa.

MSF gestiona los diferentes servicios del hospital de Yakusko las 24 horas del día los siete días de la semana, para asegurar la atención a todos los pacientes que son capaces de llegar por sí mismos y también a los que son derivados desde atención primaria. El hospital se rediseñó para satisfacer las necesidades del proyecto y ahora cuenta con salas de triaje, urgencias, estabilización, hospitalización y cuidados intensivos. Más tarde, durante el pico, MSF instaló tres tiendas de campaña para acomodar la alta afluencia de pacientes.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	20.235
<b>Hospitalizaciones</b>	1.873
<b>Malaria (total)</b>	3.302
<b>CNT hospitalario</b>	382
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	2

 <b>Benisheik, campos de desplazados</b>	<b>Asistencia médica y nutricional de emergencia a las poblaciones desplazadas y de acogida</b>	
<b>Localización</b>	Benisheik, Ngmadu y Mainok, estado de Borno	
<b>Población objetivo</b>	63.725 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2016 – Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad en la población más afectada de Benisheik, con especial atención a los desplazados	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.949.113,90€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>

<b>Sanitario</b>	44,31	6,03
<b>No sanitario</b>	54,73	4,33

La continua violencia en la zona de Kaga causó un gran desplazamiento de sus quince áreas hacia las tres más seguras: Benisheik, Ngmadu y Mainok. De las tres, Benisheik es la que más desplazados tiene: unas 41.290 personas en cinco campos y comunidades de acogida (entre el 30% y el 40% de la población del área). Este número masivo de desplazados, el colapso del sistema de salud y la falta de alimentos y agua potable han llevado a la situación actual de desnutrición y provocado otros desafíos de salud.

El objetivo del proyecto era mejorar la salud y el estado nutricional de la población en la zona de Benisheik, con especial atención a los niños y las mujeres embarazadas y lactantes. En concreto, se perseguían los cuatro siguientes resultados:

- Establecer atención primaria (preventiva y curativa) para desnutrición, las enfermedades más comunes y las principales causas de muerte.
- Establecer y fortalecer el sistema de derivación desde la comunidad a los diferentes niveles de atención.
- Establecer atención secundaria para niños menores de 15 años, incluyendo atención nutricional para niños desnutridos con complicaciones.
- Mejorar la vigilancia, el monitoreo y la respuesta de emergencias.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	7.948
<b>Hospitalizaciones</b>	971
<b>Malaria (total)</b>	8.511
<b>CNT hospitalario</b>	644
<b>CNT ambulatorio</b>	3.044
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	3.832
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.787
<b>Partos</b>	321
<b>Atención posnatal</b>	701
<b>Violencia sexual</b>	3
<b>Violencia directa</b>	15
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	3
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (hijos)</b>	3
<b>Vacunación sarampión(brote)</b>	7.967
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	626
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	1
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	12
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	450
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	296

	<b>Gwoza</b>	<b>Asistencia médica y nutricional de emergencia a las poblaciones desplazadas y de acogida</b>
<b>Localización</b>	Gwoza, estado de Borno	

<b>Población objetivo</b>	42.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2016 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad en la población más afectada de las zonas accesibles de Gwoza	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.264.703,70€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	50,78	7,50
<b>No sanitario</b>	103,44	3,10

Gwoza es un lugar estratégico en el conflicto; otros actores se están centrando en la atención primaria pero hay grandes diferencias en la calidad de los servicios que ofrecen. Ningún otro actor puede implementar una atención secundaria adecuada en Gowza con presencia completa de personal nacional e internacional cualificado. El conflicto y el desplazamiento de la población han provocado la interrupción del sistema de salud, la ausencia del Ministerio de Salud y la falta de estructuras adecuadas.


En 2017, MSF continuó trabajando en el hospital. Los servicios de consulta externa y salud mental se traspasaron a otros actores para poder centrarnos en atención secundaria y en abrir un quirófano para emergencias obstétricas y abdominales. También se fortalecieron las derivaciones mediante la sensibilización y participación comunitaria, con la ayuda de los *keke napes*, motocarros de tres ruedas que fueron asignados a barrios concretos y que, principalmente, se encargaban de los traslados nocturnos. También se hicieron derivaciones a Maiduguri.

Asimismo, se fortaleció el sistema de vigilancia y se trabajó activamente para detectar la desnutrición en menores de 5 años y embarazadas y lactantes. Además, se realizó un recuento de los hogares en todos los campos y la comunidad de acogida.

Los brotes de enfermedades transmisibles como resultado de la sobrepoblación en los campos y centros de acogida representan una grave amenaza para la población y se realizaron campañas de sarampión, meningitis y pentavalente, logrando buena cobertura.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	16.873
<b>Hospitalizaciones</b>	3.134
<b>Malaria (total)</b>	7.888
<b>CNT hospitalario</b>	169
<b>CNT ambulatorio</b>	577
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	4652
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.302
<b>Partos</b>	914
<b>Interrupciones del embarazo</b>	10
<b>Atención posnatal</b>	1.124
<b>Violencia sexual</b>	3
<b>Cirugía</b>	51

Violencia directa	75
VIH	1
TAR 1ª línea (casos)	1
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	12
Vacunación sarampión(brote)	6.336
Sarampión (tratamiento)	3
Meningitis (tratamiento)	7
Salud mental, consultas individuales	2.827
Salud mental, consultas en grupo	203
Distribución general de alimentos	166
Bienes de primera necesidad	3.859
Distribución de agua (en litros)	19.800.000

	<b>Pulka</b>	<b>Asistencia médica y nutricional de emergencia a las poblaciones desplazadas y de acogida</b>	
<b>Localización</b>	Pulka, estado de Borno		
<b>Población objetivo</b>	55.000 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2016 – Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad en la población más vulnerable de Pulka		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	3.043.115,18€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	62,21	7,12	
<b>No sanitario</b>	98,95	3,01	

MSF transformó el centro de salud existente en un hospital de primaria y secundaria, atención materno-infantil, asesoramiento en salud mental, nutrición y cirugía de emergencia.

Las actividades de inmunización continuaron como de costumbre, si bien muy obstaculizadas por la ruptura del *stock* de vacunas en marzo. En enero y marzo se organizaron dos campañas masivas contra el sarampión, logrando una cobertura superior al 90%. También continuaron las actividades de promoción de la salud, con vigilancia comunitaria, el monitoreo de los movimientos de población y detección de la desnutrición con MUAC. Continuó también la atención de emergencia a los recién llegados, con más de 24.100 personas atendidas (examen médico y nutricional, vacunación, salud mental, nutrición de emergencia y bienes de primera necesidad) de enero a septiembre. Las derivaciones a Maiduguri para atención secundaria también continuaron. Y se introdujeron las transfusiones de sangre (se transfundieron 62 unidades en 2017).


Las distribuciones de agua a los desplazados (mientras estaban acampados dentro del centro de salud) se hicieron mediante camiones de agua. También se instaló en el hospital un depósito de 10.000 litros para cubrir las necesidades estándar de todos los servicios. Resulta muy



preocupante que, con unas 55.000 personas ya viviendo en Pulka y la escasez de agua potable que hay, cualquier aumento de la población sature las fuentes, que ya están al límite; esto provocaría un suministro insuficiente, por debajo de la cantidad y calidad estándar, y esto podría conducir a brotes de enfermedades con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Se implementaron medidas de prevención y control de infecciones en el hospital, construyéndose una zona de gestión de residuos y capacitando al personal sobre prácticas estándar.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	32.223
<b>Hospitalizaciones</b>	2.906
<b>Malaria (total)</b>	11.694
<b>CNT hospitalario</b>	385
<b>CNT ambulatorio</b>	893
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	5.042
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.560
<b>Partos</b>	878
<b>Interrupciones del embarazo</b>	7
<b>Atención posnatal</b>	1.079
<b>Violencia sexual</b>	19
<b>Cirugía</b>	1
<b>Violencia directa</b>	37
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	8
<b>THA (enfermedad del sueño)</b>	1
<b>Vacunación sarampión(brote)</b>	10.367
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	30
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	5
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	3
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	1.837
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	1.011
<b>Distribución general de alimentos</b>	23.987
<b>Bienes de primera necesidad</b>	5.398
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	3.600.000

 <b>Maiduguri, sarampión</b>	<b>Campaña de vacunación</b>
<b>Localización</b>	Benisheik, Pulka y Gwoza
<b>Población objetivo</b>	51.717 personas
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Noviembre de 2016 – Enero de 2017
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad debido al sarampión en las localidades de los proyectos de MSF en Borno
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general
<b>Contexto</b>	Conflicto armado

<b>Gasto del proyecto</b>	479.429,26 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,13
<b>No sanitario</b>	-	0,12

En el estado de Borno, la inseguridad relacionada con la presencia de grupos armados provocó un desplazamiento de la población a gran escala. Se estima que 1,6 millones de personas están desplazadas, muchas de ellas en campos, donde son muy vulnerables a las enfermedades.

El final de la temporada de lluvias marca el comienzo del brote de sarampión. Empezaron a aparecer casos sospechosos en la última semana de noviembre, así como casos de tos ferina. MSF reaccionó reforzando el manejo de casos en el centro de salud en Pulka ya desde principios de diciembre.

También se planificó una campaña de vacunación del sarampión, pentavalente y neumococo y se instalaron puntos en lugares estratégicos.

# República Centroafricana (RCA)

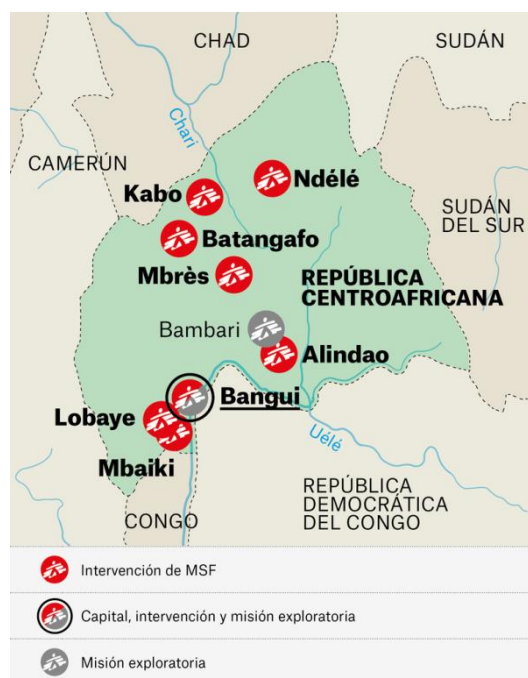
**MSF, y MSF-E en particular, trabajan en el país desde 1997. Los cinco centros operacionales estaban presentes en RCA en 2017.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 188.  
 Esperanza de vida: 51,5 años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita: 587 dólares/año (555 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado.

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



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
<b>Nacional</b>	83,61	423,85 <sup>1</sup>	43,30	550,76
<b>Internacional</b>	21,64	33,66 <sup>2</sup>	-	55,30

En 2017, la situación en República Centroafricana se ha deteriorado notablemente, con la creación de nuevos grupos armados y nuevas alianzas o enfrentamientos entre antiguos aliados. Las autoridades gubernamentales son inexistentes en la mayoría de las provincias y dependen en gran medida de la asistencia internacional y el apoyo de la ONU. Como consecuencia de todo ello, la violencia se agravó considerablemente: en 2017, hubo un 23% más de incidentes que en 2016 y un 44% más que en 2015. Una de las principales consecuencias de esta situación crítica es el desplazamiento masivo de la población, hasta llegar a 1,2 millones de desplazados internos y refugiados a principios de 2018; esto representa el desplazamiento de un 25% de la población del país. En paralelo, las organizaciones humanitarias siguen teniendo un acceso limitado a las poblaciones necesitadas de ayuda, debido a la violencia y la inseguridad; de hecho, el número de incidentes que afectan a los agentes humanitarios también está aumentando. Esto incluye actos contra estructuras médicas o ambulancias (algunas de ellas operadas por MSF, como en Batangafo, Bangassou, Bria, Alindao y Paoua).


En marzo de 2017, debido a la presencia de organizaciones de desarrollo y a la relativa tranquilidad de la zona, MSF decidió transferir al Ministerio de Salud sus actividades en Ndélé, donde llevaba trabajando desde 2010. Esta decisión permitió a MSF mejorar su flexibilidad para responder a las necesidades humanitarias más urgentes en el país. Para poder responder de manera rápida y eficiente a emergencias médicas, MSF cuenta con un equipo móvil en la misión, el EURECA, que aúna capacidades médicas y logísticas para responder a brotes de enfermedad o desplazamientos de población; su objetivo principal es tener un impacto inmediato y sustancial en la morbilidad y mortalidad de las poblaciones que sufren estas emergencias.

<sup>1</sup> Incluye FTE de proyectos no reportados en este informe debido a su tamaño.

<sup>2</sup> Ídem.

Además, durante 2017, MSF ejecutó un proyecto de vacunación en Lobaye, donde la cobertura de inmunización era muy baja. Finalmente, en diciembre de 2017, comenzamos en Bangui un proyecto de atención médica y psicológica a víctimas de violencia sexual, centrado en menores.

<b>Datos financieros</b>		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.898.285,08	17,12
Batangafo, asistencia médica	3.131.877,28	28,24
Kabo, asistencia médica	2.762.150,43	24,91
Ndélé, asistencia médica	606.721,40	5,47
RCA, equipo de prevención y vacunación en Lobaye	1.411.979,81	12,73
Bangui, exploratoria violencia sexual	29.371,57	0,26
Bangui, violencia sexual	141.300,27	1,27
Mbrès, intervención de conflicto	124.094,45	1,12
Bambari, acción exploratoria	46.935,72	0,42
Mbaiki, sarampión	216.530,79	1,95
Alindao, desplazados	167.310,39	1,51
Alindao, desplazados, conflicto	104.099,60	0,94
EURECA (MERT)	187.298,03	1,69
Bangui, taller mecánico	91.864,10	0,83
Plan de preparación para emergencias	169.713,07	1,54
<b>Total gastos</b>	<b>11.089.531,99</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Argentina	486.151,25	4,39
MSF Japón	4.397.433,80	39,65
MSF España	5.175.318,53	46,67
MSF Canadá	880.628,41	7,94
Inditex	150.000,00	1,35
<b>Total fondos privados</b>	<b>11.089.531,99</b>	<b>100,00</b>
<b>Total fondos</b>	<b>11.089.531,99</b>	<b>100,00</b>

	<b>Batangafo, asistencia médica</b>	<b>Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia</b>
<b>Localización</b>	Subprefectura de Batangafo	
<b>Población objetivo</b>	84.327 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2006 - Diciembre de 2018	


<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad en la población de la subprefectura de Batangafo	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	3.131.877,28€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	107,85	4,54
<b>No sanitario</b>	84,15	4,75

La tensión entre los diferentes grupos armados aumentó durante la primera parte del año, alcanzando su pico más alto en julio, cuando se produjeron enfrentamientos armados en la ciudad y las carreteras circundantes que provocaron un desplazamiento repentino de más de 15.000 personas hacia Batangafo. Muchos de ellos tuvieron que instalarse en el recinto del hospital y se quedaron durante cinco meses. Por su parte, las actividades de MSF se vieron muy afectadas por incidentes recurrentes que obligaron al proyecto a mantener un equipo reducido durante casi dos meses.

Después de 11 años trabajando en este hospital y varios centros de salud, MSF ha cambiado el enfoque de actividades en la periferia, invirtiendo más en trabajadores comunitarios de salud. Esto ha permitido que, durante los enfrentamientos, la población que huía pudiera recibir tratamiento para la malaria (primera causa de muerte en niños menores de 5 años en el país), entre otras enfermedades. También se reforzaron las capacidades de atención secundaria para reducir el número de evacuaciones médicas a Bangui.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	91.124
<b>Hospitalizaciones</b>	6.363
<b>Malaria (total)</b>	42.619
<b>CNT hospitalario</b>	284
<b>CNT ambulatorio</b>	682
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	6.590
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	3.430
<b>Partos</b>	1.464
<b>Interrupciones del embarazo</b>	14
<b>Atención posnatal</b>	1.136
<b>Violencia sexual</b>	35
<b>Víctimas de tortura</b>	63
<b>Cirugía</b>	798
<b>Violencia directa</b>	722
<b>VIH</b>	256
<b>TAR 1ª línea (casos)</b>	256
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	38
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	25
<b>TB (total)</b>	102
<b>THA (enfermedad del sueño)</b>	23
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	869

Sarampión (tratamiento)	29
Meningitis (tratamiento)	85
Salud mental, consultas individuales	2.827
Salud mental, consultas en grupo	3.594
Bienes de primera necesidad	1.515
Saneamiento	9
Distribución de agua (en litros)	540.000


	<b>Kabo, asistencia médica</b>	<b>Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia</b>	
<b>Localización</b>	Subprefectura de Kabo		
<b>Población objetivo</b>	54.974 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2006 - Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en la población afectada por la violencia en la subprefectura de Kabo		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	2.762.150,43€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	97,63	4,56	
<b>No sanitario</b>	61,06	3,36	

La escalada de actividades de los grupos armados y los conflictos ancestrales entre pastores y agricultores durante los últimos meses de 2017 afectaron gravemente al contexto de Kabo y generaron gran preocupación en relación a la capacidad de resiliencia de la población en una zona donde hay pocas organizaciones humanitarias y donde estas también han sufrido episodios de violencia.

Con el apoyo del hospital y de varios centros de salud desde 2016, MSF optó por una estrategia de descentralización de la atención. MSF implementó la respuesta de salud a través de trabajadores comunitarios, con el objetivo de afrontar la primera causa de muerte (malaria, sobre todo en los menores de 5 años) y brindar tratamiento del VIH mediante grupos de pacientes. En el hospital, MSF atendió a muchas personas heridas de la periferia de Kabo. Y tanto en este municipio como en el resto de los proyectos, MSF aseguró la evacuación médica de quienes necesitaban una atención más especializada.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	119.062
<b>Hospitalizaciones</b>	5.759
<b>Malaria (total)</b>	55.370
<b>CNT hospitalario</b>	220
<b>CNT ambulatorio</b>	605
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	6.846


Consultas prenatales (nuevas)	2.503
Partos	1.734
Atención posnatal	1.316
Violencia sexual	32
Cirugía	200
Violencia directa	637
Víctimas de tortura	5
VIH	345
TAR 1ª línea (casos)	342
TAR 1ª línea(nuevos)	87
TAR 2ª línea	3
Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)	52
TB (total)	64
THA (enfermedad del sueño)	1
Sarampión (tratamiento)	15
Vacunación sarampión (rutina)	2.593
Meningitis (tratamiento)	48
Salud mental, consultas individuales	332
Salud mental, consultas en grupo	219

	<b>Ndélé, asistencia médica</b>	<b>Asistencia médica integral a la población afectada por las consecuencias directas e indirectas de la violencia</b>	
<b>Localización</b>	Subprefectura de Ndélé		
<b>Población objetivo</b>	46.474 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2010 – Marzo de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en la población de la subprefectura de Ndélé		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	606.721,40€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	15,59	0,87	
<b>No sanitario</b>	13,33	0,97	

En Ndélé, el contexto mantuvo una relativa estabilidad en comparación con otras zonas del país; de hecho, han llegado organizaciones de desarrollo a la zona. Por todo ello, tras seis años de trabajo en el hospital y en cuatro centros de salud, MSF decidió traspasar sus actividades al Ministerio de Salud en marzo de 2017. Y con el fin de que la calidad de la atención se mantenga tras la salida de MSF, se realizaron inversiones en estructuras y en capacitaciones del personal del Ministerio y de los COGES (Comités de Gestión de estructuras médicas).

Desde 2010, los equipos de MSF realizaron más de 570.000 consultas médicas en Ndélé, atendieron 7.300 partos y hospitalizaron a 11.700 pacientes. Todos los servicios médicos fueron gratuitos.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	18.349
<b>Hospitalizaciones</b>	750
<b>Malaria (total)</b>	2.899
<b>CNT hospitalario</b>	6
<b>CNT ambulatorio</b>	22
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	1.132
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	454
<b>Partos</b>	270
<b>Atención posnatal</b>	448
<b>Víctimas de tortura</b>	9
<b>Cirugía</b>	60
<b>Violencia directa</b>	112
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	16
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)</b>	4
<b>TB MDR (total)</b>	1
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	18
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	108
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	52


 <b>RCA, equipo de vacunación</b>	<b>Equipo de prevención y vacunación en Lobaye</b>	
<b>Localización</b>	Lobaye	
<b>Población objetivo</b>	38.978 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2016 - Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y la morbilidad de enfermedades causadas por ciertos antígenos en los niños de subprefectura de Mbaiki y Mongouba	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.411.979,81€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	15,51	3,15
<b>No sanitario</b>	13,23	2,69

Como parte de su apoyo al Ministerio de Salud para la prevención de enfermedades con potencial epidémico, en 2017 MSF llevó a cabo una campaña de inmunización con múltiples antígenos en




tres rondas en dos subprefecturas de Lobaye, concretamente Mbaiki y Mongouba. Esta campaña tuvo como objetivo vacunar en aldeas y campos a niños menores de 5 años que no habían sido vacunados durante el conflicto de 2013-2015. La cobertura de vacunación es realmente muy baja en Lobaye y los riesgos de epidemias, así como las muertes por enfermedades prevenibles con vacunas, son muy altos. La operación dirigida por MSF tuvo como objetivo proteger a los niños de enfermedades como el tétanos, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la tos ferina y algunos tipos de neumonía.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Hospitalizaciones</b>	8
<b>Malaria (total)</b>	2.139
<b>CNT hospitalario</b>	8
<b>CNT ambulatorio</b>	399
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	68.347

 <b>Bangui, exploratoria violencia sexual</b>	<b>Acción exploratoria para los víctimas de violencia sexual</b>	
<b>Localización</b>	Bangui	
<b>Población objetivo</b>	Población de Bangui	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2017 - Agosto de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Identificar la necesidad de intervención con víctimas de violencia sexual	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	29.371,57€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,22
<b>No sanitario</b>	-	0,34

Aunque hay servicios de atención a víctimas de la violencia sexual en Bangui, entre otros los que ofrece MSF Francia, nos preocupa que la dificultad para llegar a estas víctimas y el constante flujo de nuevos desplazados internos esté dejando a un buen número de personas sin acceso a los cuidados que necesitan. El alto impacto de la violencia sexual en la salud de las personas y el hecho de que generalmente la sufran las personas más vulnerables convierten esta cuestión en una prioridad para MSF, por lo que se decidió iniciar la intervención que se detalla a continuación.

 <b>Bangui, violencia sexual</b>	<b>Asistencia médica a las víctimas de la violencia sexual</b>	
<b>Localización</b>	Bangui	
<b>Población objetivo</b>	Población de Bangui	

<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2017–Agosto de 2020
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con la violencia sexual, especialmente en menores, creando en Bangui un centro de atención a estos pacientes y de capacitación para el manejo de estos casos
<b>Tipo de población</b>	Población general
<b>Contexto</b>	Conflicto armado
<b>Gasto del proyecto</b>	141.300,27€


<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	2,43	0,33
<b>No sanitario</b>	0,50	0,36

La violencia sexual está muy extendida en Bangui, debido a la presencia de grupos muy vulnerables (desplazados y personas que viven en la pobreza extrema) y el alto grado de violencia en la ciudad.

Este proyecto de MSF tiene su base en la sala de maternidad del Hospital Comunitario de Bangui desde diciembre de 2017 y su particularidad es que está especializado en la atención médica y psicológica de las víctimas menores de edad. En todo caso, ofrece cuidados a cualquier persona que haya sufrido abuso sexual, independientemente de su edad.

La violencia sexual se considera una emergencia médica y psicológica, porque las lesiones físicas deben atenderse rápidamente, tanto con tratamiento para prevenir la infección por VIH (dentro de las primeras 72 horas) como proporcionando métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. Además, el manejo psicológico oportuno y apropiado permite a los supervivientes un mejor afrontamiento del trauma.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Terminaciones del embarazo</b>	1
<b>Violencia sexual</b>	8
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	10

	<b>Mbrès, conflicto</b>	<b>Asistencia médica y humanitaria de emergencia a la población desplazada y de acogida</b>
<b>Localización</b>	Mbrès	
<b>Población objetivo</b>	10.224 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2017 – Marzo de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad entre la población desplazada y la población de acogida	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	

<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	124.094,45€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-

Después de la acción exploratoria, el equipo de EURECA intervino en Mbrès en enero de 2017, y luego en Maloum en febrero y marzo, para proporcionar asistencia médica a los desplazados por el conflicto en los alrededores de Bambari. Durante estas dos intervenciones, el equipo distribuyó artículos de primera necesidad y protegió a una gran cantidad de niños y mujeres embarazadas con una vacuna multiantígeno.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	3.165
<b>Hospitalizaciones</b>	94
<b>Malaria (total)</b>	570
<b>Partos</b>	43
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	1.273
<b>Bienes de primera necesidad</b>	784

	<b>Bambari, acción exploratoria</b>	<b>Asistencia médica y humanitaria de emergencia a la población desplazada</b>
<b>Localización</b>	Bambari	
<b>Población objetivo</b>	No identificada	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Evaluar la necesidad de una intervención en Bambari	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	46.935,72 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-


Desde el 25 de noviembre de 2016, se produjeron enfrentamientos armados entre diferentes grupos armados que intentaban controlar la zona minera alrededor de Bambari. Decenas de civiles murieron. El EURECA se trasladó al área para evaluar si las necesidades humanitarias y las condiciones de seguridad permitían una intervención.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	<b>3.468</b>

	<b>Mbaiki, sarampión</b>	<b>Campaña de vacunación</b>
<b>Localización</b>	Municipio de Lobaye	
<b>Población objetivo</b>	73.841 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2017 – Mayo de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Vacunación y tratamiento de casos de sarampión durante la epidemia en Lobaye	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	216.530,79€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,27
<b>No sanitario</b>	-	-

En abril de 2017, el equipo de EURECA se desplazó en ayuda del equipo de MSF que trabaja en Lobaye para detener el brote de sarampión que se había declarado. MSF y el Ministerio de Salud vacunaron a una gran cantidad de niños menores de 15 años contra esta enfermedad.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	<b>37</b>
<b>Vacunación sarampión (brote)</b>	<b>63.823</b>

	<b>Alindao, desplazados internos</b>	<b>Asistencia médica y humanitaria de emergencia a la población desplazada</b>
<b>Localización</b>	Municipio de Alindao	
<b>Población objetivo</b>	18.374 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2017 - Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad en la población desplazada y de acogida	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	167.310,39€	


Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitario	-	-
No sanitario	-	-

Los enfrentamientos armados en Alindao el 8 y 9 de mayo de 2017 provocaron movimientos de población en dos sitios principales, con más de 15.000 desplazados internos. Los ataques contra la población continuaron, con un saldo de más de 140 personas muertas y un centenar de heridos.

MSF dio apoyo al hospital y a un centro de salud de la ciudad y lanzó intervenciones puntuales en las aldeas de la periferia, hacia Mobaye y Mingala, para satisfacer las necesidades de los desplazados; MSF ofreció consultas médicas, vacunación, consultas prenatales y traslados al hospital cuando era necesario.

Después de algunas semanas, el equipo de EURECA se desplazó no muy lejos de Alindao, a Gbadolite, en la vecina República Democrática del Congo, para evaluar la situación de la población que había huido hasta allí. Como resultado, la Unidad de Emergencias ha comenzado un proyecto dirigido a estos refugiados centroafricanos.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	6.001
Malaria (total)	1.644
Violencia directa	3
Sarampión (tratamiento)	337

 Alindao, conflicto	Asistencia médica y humanitaria de emergencia a la población desplazada	
Localización	Municipio de Alindao	
Población objetivo	49.500 personas	
Fecha de inicio y fin	Octubre de 2017–Enero de 2018	
Objetivo del proyecto	Reducir la mortalidad y morbilidad entre la población desplazada y de acogida en Alindao	
Tipo de población	Mixta: desplazada y general	
Contexto	Conflicto armado	
Gasto del proyecto	104.099,60€	
Recursos humanos	Nacional	Internacional
Sanitario	-	-
No sanitario	-	-

Tras marcharse el EURECA a Gbadolite y Zangba en julio de 2017, la seguridad se deterioró aún más, a medida que el conflicto avanzaba hacia el municipio de Alindao. Hubo varias emboscadas y ataques contra los pastores peuhl (fulani) y se produjo un gran desplazamiento de población.

El equipo de emergencia volvió para proporcionar principalmente atención primaria de salud y ayudó a referir a los heridos al hospital de Alindao. También se organizaron actividades de intervención única o *oneshot*, con evaluación de la desnutrición, consultas prenatales, tratamiento de la malaria, derivación de heridos o pacientes y vacunación. La cobertura de vacunación es muy reducida en este país, por lo que las poblaciones desplazadas son particularmente vulnerables a enfermedades infecciosas, agravadas por las malas condiciones de vida.

Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>CNT ambulatorio</b>	259
<b>Atención posnatal</b>	489
<b>Violencia sexual</b>	44
<b>Violencia directa</b>	43
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	1.323
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	360.000

## República Democrática del Congo (RDC)

**MSF trabaja en RDC desde 1981 y MSF-E, desde 2001. Los cinco centros operacionales están presentes en el país.**

### Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 176.  
 Esperanza de vida: 59,1 años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita: 680 dólares/año (643 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado e inestabilidad interna.

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



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
<b>Nacional</b>	84,63	177,76 <sup>1</sup>	330,66	593,05
<b>Internacional</b>	22,37	48,70 <sup>2</sup>	-	71,07

Durante 2017, la situación política de República Democrática del Congo (RDC) no mejoró. La oposición y las organizaciones de la sociedad civil criticaron la lentitud de la implementación del acuerdo de paz de San Silvestre y arremetieron contra el Gobierno, acusándolo de querer mantener el poder mediante un nuevo aplazamiento de las elecciones que deberían haberse celebrado tras finalizar el mandato del presidente Joseph Kabila en diciembre de 2016. Desafortunadamente, los analistas políticos consideran que los grupos de oposición están bastante fragmentados, especialmente después de la muerte del líder histórico Étienne Tshisekedi y el exilio de otra poderosa figura, Moïse Katumbi.

<sup>1</sup> Incluye los FTE correspondientes al RUSK.

<sup>2</sup> Ídem.

El descontento de la oposición se empeoró después de que la comisión electoral convocara las elecciones para el 23 de diciembre de 2018. Esto condujo a una protesta de varios grupos de la sociedad civil (sindicatos, iglesia, etc.), manifestaciones que fueron reprimidas con dureza.

Paralelamente, la presión de la comunidad internacional siguió aumentando y aislando al Gobierno, con la Unión Europea, la ONU y muchos países condenando el incumplimiento del acuerdo de San Silvestre. Esta presión de la comunidad internacional, que no ha incluido ninguna sanción, no tuvo ningún efecto en el Gobierno y desafortunadamente fue la población la que sufrió los daños colaterales, al reducirse los fondos de ayuda humanitaria de los donantes.

En términos humanitarios, las condiciones de vida de una gran parte de la población congoleña continúan deteriorándose. Se estima que hay 4 millones de desplazados internos, casi el doble que en 2016. Además de lo crónico de la inseguridad, pobreza, violencia y desplazamiento que sufre el país, en 2017 se desencadenó la peor epidemia de cólera de los últimos 20 años. La debilidad del Ministerio de Salud se traduce en estructuras de salud que no están preparadas, que sufren rupturas crónicas de stocks de medicamentos, impago de salarios del personal y unas condiciones higiénicas desastrosas, por nombrar solo algunas cuestiones.

Siguiendo el Plan Estratégico de OCBA (refuerzo de la respuesta de emergencia y de la asistencia a víctimas de violencia), los dos proyectos regulares (Lulingu y Kalehe) redujeron su apoyo a las estructuras de salud, para proporcionar atención básica mediante estrategias comunitarias avanzadas que permiten llegar a la población vulnerable que menos atención médica recibe, por ejemplo porque se haya movido recientemente (para huir o para retornar) o sufra violencia.


El Equipo de Respuesta a Emergencias en Kivu Sur (RUSK) realizó 11 intervenciones relacionadas con violencia, desplazamiento, sarampión, malaria y desnutrición; la más importante fue la epidemia de cólera entre agosto y diciembre, durante la cual dio apoyo a 9 estructuras de salud. Por otra parte, el apoyo psicosocial aumentó en todas las intervenciones de emergencia.

Finalmente, tras los enfrentamientos en la vecina República Centroafricana y en la región congoleña de Kasai, la Unidad de Emergencias lanzó dos intervenciones para asistir, principalmente, a poblaciones desplazadas y víctimas de la violencia. En julio de 2017, en Tshikapa, se abrió un proyecto con el objetivo de atender a los heridos y brindar atención quirúrgica, pero rápidamente la intervención se convirtió en un programa nutricional que llegó a tener hasta 14 centros ambulatorios de nutrición terapéutica y otros 2 hospitalarios. En septiembre, llegaron equipos desde República Centroafricana para explorar la situación y se estableció una nueva intervención para ayudar a los refugiados centroafricanos, principalmente a través de clínicas móviles y derivaciones; también se incluyeron actividades de agua, saneamiento e higiene y se realizó una vacunación preventiva masiva.

La misión ha establecido ahora un equipo de coordinación completo, con un plan de preparación para emergencias, como estrategia de posicionamiento para 2018. La misión permanece bajo la dirección de la Unidad de Emergencias.

<b>Datos financieros</b>		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	2.146.442,74	13,63
Kinshasa, coordinación de emergencias	255.286,97	1,62
Kalehe, asistencia médica	2.493.565,05	15,83
Lulingu, violencia	2.747.938,64	17,45
Mulungu-Kaniola, violencia	566.849,52	3,60

Cólera, Kivu Sur	615.557,25	3,91
Mulungu, exploratoria por sarampión	69.153,69	0,44
Mulungu, sarampión	65.406,48	0,42
Shabunda, sarampión	679.556,58	4,31
Luntukulu, población desplazada	32.100,36	0,20
Kivu Sur, sarampión	595.236,13	3,78
Kalonge, desnutrición	166.008,97	1,05
Gbadolite, intervención de emergencia	1.520.688,81	9,65
Kasai, intervención de emergencia	3.024.437,83	19,20
Kasai, exploratoria	49.501,67	0,31
Kinshasa, base	162.725,64	1,03
Plan de preparación para emergencias	75.931,25	0,49
Equipo de Respuesta de Emergencia en Kivu Sur (RUSK)	485.295,65	3,08
<b>Total gastos</b>	<b>15.751.683,23</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Argentina	1.134.135,00	7,20
MSF España	9.012.027,89	57,21
MSF Estados Unidos	4.815.206,13	30,57
MSF Canadá	440.314,21	2,80
Inditex	350.000,00	2,22
<b>Total fondos privados</b>	<b>15.751.683,23</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>15.751.683,23</b>	<b>100,00</b>

	<b>Kalehe, asistencia médica</b>	<b>Asistencia médica integral</b>	
<b>Localización</b>	Territorio de Kalehe (Kivu Sur)		
<b>Población objetivo</b>	59.002 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2012 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población afectada por el conflicto		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	2.493.565,05€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	8,78	7,53	
<b>No sanitario</b>	37,08	4,47	


La población de Kalehe sufrió mucho debido a la enorme volatilidad y complejidad del contexto, con una miríada de grupos armados que se enfrentan de forma recurrente por el control de esta región rica en recursos minerales. MSF dio apoyo a las estructuras de salud en la zona de salud de Minova (Numbi y Lumbishi), así como en la zona de salud de Bunyakiri (Kusisa y Tuchugunti).



En 2017, pudimos comprobar la consolidación y mejora del centro de salud de Numbi, que alcanzó un nivel suficiente para dar servicios de calidad en atención primaria y secundaria y mantener un sistema de referencia eficiente en el área. Esto nos permitió redirigir nuestro foco hacia la zona de salud de Bunyakiri (Ziralo), donde MSF mejoró la atención médica mediante el desarrollo de capacidades y el apoyo a la maternidad y el servicio de pediatría en Kusisa.

Para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, MSF comenzó a implementar estrategias comunitarias más avanzadas en toda la zona cubierta por el proyecto, mediante siete puestos de salud especializados en malaria, tres programas avanzados de maternidad y uno de nutrición comunitaria. La movilidad y flexibilidad de esta estrategia nos permite ajustar y satisfacer las necesidades tanto de la comunidad en su conjunto como de las personas.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	93.991
<b>Hospitalizaciones</b>	9.341
<b>Malaria (total)</b>	25.241
<b>CNT hospitalario</b>	500
<b>CNT ambulatorio</b>	1.568
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	12.391
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	5.188
<b>Partos</b>	4.327
<b>Interrupción del embarazo</b>	37
<b>Atención posnatal</b>	5.611
<b>Violencia sexual</b>	109
<b>Víctimas de tortura</b>	2
<b>Cirugía</b>	829
<b>Violencia directa</b>	1.057
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	47
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)</b>	25
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	29
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	2.670
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	27
<b>Cólera</b>	52
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	71
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	6

	<b>Lulingu, violencia</b>	<b>Asistencia médica a población desplazada y población local</b>
<b>Localización</b>	Zona de salud de Lulingu, territorio de Shabunda, Kivu Sur	
<b>Población objetivo</b>	176.693 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2015 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población afectada por el conflicto	

<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.747.938,64€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	10,66	8,02
<b>No sanitario</b>	40,79	3,23

El objetivo del proyecto es proporcionar asistencia a la población muy vulnerable que sufre violencia y desplazamiento constante. La región y quienes viven en ella se ven debilitados por conflictos duraderos y aislamiento geográfico. MSF da apoyo a las estructuras de salud, para agilizar la actividad médica y mejorar sus resultados y para garantizar el desarrollo de la capacidad del personal del Ministerio de Salud.

Para responder a las consecuencias del aislamiento de estas poblaciones, el desplazamiento y la alta morbilidad de la malaria, MSF empezó a trabajar en aldeas remotas, con estrategias avanzadas que cubren el tratamiento de la malaria, la salud materna y la nutrición.


Como la malaria tiene una gran incidencia en la región y constituye un problema de salud pública, MSF, en colaboración con el Ministerio de Salud, inició un estudio entomológico, con el objetivo de reducir o eliminar (de ser posible) el vector y minimizar la transmisión.

Durante 2017, el proyecto dio apoyo a ocho centros de salud –Lulingu (Lukala), Tchonka, Nyambembe, Nduma, Tchampundu, Byangama, Lolo y Matamba– y 1 también al Hospital General de Lulingu (en los servicios de maternidad, pediatría y urgencias). En Lolo, la actividad se detuvo en febrero de 2017 y en Matamba comenzó en noviembre.

También implementamos estrategias avanzadas, consistentes en seis puestos de salud especializados en malaria junto con programas de nutrición en Byundo, Wakenge, Swiza, Makala y Mitonko (comenzados en septiembre de 2017). Para mejorarlos, también lanzamos un programa de maternidad en cuatro puestos de salud: Wankenge, Kananga, Swiza y Mitonko.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	92.991
<b>Hospitalizaciones</b>	8.657
<b>Malaria (total)</b>	43.495
<b>CNT hospitalario</b>	253
<b>CNT ambulatorio</b>	1.750
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	7.965
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.953
<b>Partos</b>	3.082
<b>Atención posnatal</b>	4.226
<b>Violencia sexual</b>	409
<b>Víctimas de tortura</b>	2
<b>Cirugía</b>	516
<b>Violencia directa</b>	158
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	440
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	1.877

<b>Meningitis (tratamiento)</b>	13
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	576
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	106

	<b>Mulungu-Kaniola, violencia</b>	<b>Asistencia médica integral</b>	
<b>Localización</b>	Territorio de Shabunda y Walungu (Kivu Sur)		
<b>Población objetivo</b>	76.727 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2017 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población afectada por el conflicto		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	566.849,52€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	-	1,08	
<b>No sanitario</b>	3,02	1,14	


Desde mediados de 2014 hasta junio de 2017, el RUSK realizó muchas misiones exploratorias e intervenciones de emergencia en las zonas de Mulungu y Kaniola tras recibir repetidas alertas de violencia, desplazamiento, brotes de malaria y sarampión y crisis nutricionales. Esta es una región muy agreste, lo que contribuye a degradar la situación médico-humanitaria. Como las actividades de los grupos armados persisten, esta población vive en una constante inseguridad que menoscaba su agricultura y sus actividades económicas. Esas fueron las principales razones para tomar Kigulube como base del proyecto: abarcar mejor las zonas de salud de Mulungu y Kaniola.

El enfoque principal es cubrir las necesidades urgentes de la población más vulnerable: menores de 15 años, mujeres embarazadas y pacientes necesitados de cirugía de emergencia y/o derivación.

En el Hospital General de Kigulube, así como en el centro de salud de Nzovu, trabajamos en los servicios de atención primaria para niños menores de 15 años, la maternidad, las urgencias, la atención secundaria y las derivaciones. En los centros de salud de Kigulube y Kisuku, también asumimos el tratamiento del sarampión y el programa nutricional. En las zonas rurales, implementamos estrategias avanzadas en cuatro emplazamientos, con programas especializados en malaria, programas avanzados de maternidad y programas avanzados de nutrición.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	1.887
<b>Hospitalizaciones</b>	191
<b>Malaria (total)</b>	1.032
<b>CNT hospitalario</b>	37
<b>CNT ambulatorio</b>	163

<b>Consultas prenatales (totales)</b>	129
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	52
<b>Partos</b>	64
<b>Atención posnatal</b>	63
<b>Violencia sexual</b>	2
<b>Cirugía</b>	2
<b>Violencia directa</b>	4
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	68
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	103
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	2

	<b>Cólera, Kivu Sur</b>	<b>Respuesta del equipo de emergencia en Kivu Sur</b>	
<b>Localización</b>	Bukavu (ciudad) y otras cinco zonas de salud: Kabare, Katana, Miti-Murhesa, Minova e Idjwi		
<b>Población objetivo</b>	2.135.289 personas (población de toda la zona)		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2017 – Enero de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por la desnutrición		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	615.557,25€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	-	0,33	
<b>No sanitario</b>	-	-	

En la provincia de Kivu Sur, la epidemia de cólera se declaró a principios de agosto de 2017. La tasa de ataque, junto con la incapacidad de respuesta del Ministerio de Salud y la ausencia de otras ONG internacionales preparadas para intervenir, hicieron que MSF se hiciera cargo de la respuesta epidémica. Se abrieron nueve estructuras (centros y unidades de tratamiento), distribuidas entre cinco zonas sanitarias rurales y de la ciudad de Bukavu, con un total de 292 camas de hospitalización. Aunque se creó un comité de crisis que incluía al Ministerio, la Organización Mundial de la Salud, el IRC (Comité Internacional de Rescate) y muchos otros actores, MSF fue la única organización que dio atención directa a los enfermos.


<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Cólera</b>	6.602

	<b>Mulungu, sarampión</b>	<b>Misión exploratoria</b>
---	---------------------------	----------------------------

<b>Localización</b>	Idunga-Mulolo, en la zona de salud de Mulungu
<b>Población objetivo</b>	12.862 personas
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2017 – Agosto de 2017
<b>Objetivo del proyecto</b>	Obtener la información necesaria para abrir un nuevo proyecto
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado
<b>Gasto del proyecto</b>	69.153,69€

<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,24
<b>No sanitario</b>	-	0,53


Después de muchas misiones exploratorias e intervenciones en la zona de Mulungu y Kaniola, la misión decidió abrir un nuevo proyecto. Esta exploratoria nos permitió recopilar y analizar los indicadores médico-humanitarios que justifican la apertura del proyecto y que ayudarán a mejorar la creación de redes y la planificación del proyecto.

	<b>Mulungu, sarampión</b>	<b>Campaña de vacunación contra el sarampión</b>
<b>Localización</b>	Idunga-Mulolo, en la zona de salud de Mulungu	
<b>Población objetivo</b>	6.927 niños de entre 6 meses y 15 años	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Diciembre de 2016 – Febrero de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por el sarampión mediante una campaña de vacunación	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	65.406,48€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-

La población de estas dos áreas (Idunga y Mulolo) vive bajo el control de los grupos armados. El caso índice de la epidemia parece ser una persona que regresó de la zona de Irhegabarhonyi y Kaniola, donde, debido a la inseguridad, el Ministerio de Salud no tenía presencia ni había organizado vacunaciones desde hacía 10 años. MSF decidió intervenir a la luz de la alta mortalidad del sarampión y a la falta de conocimiento que la población de la enfermedad.

<b>Actividades</b>
--------------------


Indicadores cuantitativos	Total
Consultas externas	714
Hospitalizaciones	96
Malaria (total)	229
CNT ambulatorio	38
Vacunación sarampión (brote)	4.165
Sarampión (tratamiento)	327

 Shabunda, sarampión	Campaña de vacunación contra el sarampión	
Localización	Zona de salud de Shabunda	
Población objetivo	45.398 niños, de entre 6 meses y 15 años, en 7 áreas de salud	
Fecha de inicio y fin	Junio de 2017 – Agosto de 2017	
Objetivo del proyecto	Reducir la morbilidad y mortalidad causadas por el sarampión, mediante una campaña de vacunación	
Tipo de población	Mixta: desplazada y general	
Contexto	Inestabilidad interna y conflicto armado	
Gasto del proyecto	679.556,58€	
Recursos humanos	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
Sanitario	3	1,35
No sanitario	14,85	1,59

Tras la alerta recibida en la semana 4 y las confirmaciones biológicas en la semana 7, cinco de siete muestras dieron positivo. A pesar de que la zona de Shabunda estaba cubierta por una campaña de vacunación masiva en agosto de 2016, se declaró la epidemia. La mayoría de los casos provenían de la aldea de Matili, donde la población es agrícola. Otros casos procedían de Shabunda, Makese y Tchombi. Esta epidemia se declaró un día antes del cierre del proyecto de Shabunda, y prorrogamos un mes el cronograma de cierre para realizar esta vacunación.


Actividades	Total
Indicadores cuantitativos	
Consultas externas	2.878
Hospitalizaciones	843
CNT hospitalario	95
CNT ambulatorio	25
Consultas prenatales (totales)	393
Consultas prenatales (nuevas)	158
Partos	172
Atención posnatal	282
Violencia sexual	8
Cirugía	52
Violencia directa	20

Vacunación sarampión (brote)	32.916
Sarampión (tratamiento)	51

	<b>Luntukulu, desplazados</b>	<b>Malaria y desnutrición</b>
<b>Localización</b>	Zona de salud de Shabunda	
<b>Población objetivo</b>	2.722 desplazados	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2016 – Febrero de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad de los desplazados y la población de acogida en la zona de salud de Luntukulu, con apoyo psicológico y manteniendo la gratuidad del tratamiento de la malaria y la desnutrición	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	32.100,36€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	0,33	-

En octubre de 2016, el RUSK realizó una distribución de bienes de primera necesidad, seguida de una intervención nutricional en cuatro puestos de salud. Pero a finales de diciembre, la violencia se reinició y se observaron muchos desplazamientos de población. En este punto, decidimos continuar la intervención durante tres meses más, agregando apoyo psicosocial y tratamiento de la malaria.


<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>CNT ambulatorio</b>	21

	<b>Kivu Sur, sarampión</b>	<b>Campaña de vacunación contra el sarampión</b>
<b>Localización</b>	Zonas de salud de Kaniola, Kalonge y Bunyakiri, en Kivu Sur	
<b>Población objetivo</b>	202.398 niños de entre 6 meses y 15 años	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2017 – Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por el sarampión mediante una campaña de vacunación	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado	

<b>Gasto del proyecto</b>	595.236,13€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,54
<b>No sanitario</b>	-	0,51

Para contener rápidamente la transmisión de la epidemia de sarampión declarada en Kivu Sur, fue necesario que MSF interviniera ya que era el único actor presente en la zona y con la capacidad de hacerlo. El área sur fue cubierta por MSF-H y MSF-E intervino en el norte, en tres zonas de salud con altas tasas de morbilidad y mortalidad.


<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	65
<b>Vacunación sarampión (brote)</b>	198.619

	<b>Kalonge</b>	<b>Intervención de desnutrición</b>
<b>Localización</b>	Zona de salud de Kalonge	
<b>Población objetivo</b>	1.015 niños menores de 15 años	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2017 – Julio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por la desnutrición	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	166,008.97€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0.36
<b>No sanitario</b>	-	-

Esta intervención siguió la evaluación nutricional realizada durante la campaña de vacunación contra el sarampión, y que sacó a la luz una situación de crisis nutricional o al menos de inseguridad nutricional como resultado no solo de la epidemia sino del desplazamiento frecuente de la población y de la inseguridad continua, que habían agravado la vulnerabilidad de la población.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	3.358
<b>Malaria (total)</b>	698
<b>CNT hospitalario</b>	111
<b>CNT ambulatorio</b>	816




 <b>Gbadolite</b>		<b>Intervención de la Unidad de Emergencia</b>	
<b>Localización</b>	Gbadolite y Mobayi, Ubangui Norte		
<b>Población objetivo</b>	110.000 personas: 50.000 refugiados y población local		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2017 – Abril de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Apoyar a los refugiados en la frontera con RCA		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	1.520.688,81 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	5,05	1,99	
<b>No sanitario</b>	1,42	1,74	

Tras los combates en mayo de 2017 en los alrededores de Zangba, en la vecina República Centroafricana, entre Grupos de Autodefensa (GAD) y la UPC (Unión para los Centroafricanos), miles de personas huyeron a RDC cruzando el río Ubangi y se establecieron en aldeas a lo largo de la orilla. Las estructuras de salud en RDC ya sufrían escasez de medicamentos y esto, unido al sistema de recuperación de costes vigente (es decir, al cobro por la atención médica), impidió que los refugiados tuvieran acceso a la atención médica.

En septiembre de 2017, MSF comenzó a prestar apoyo al Hospital General de Gbadolite y más tarde, en octubre, al de Mobayi-Mbongo, así como a 11 centros o puestos de salud donde los refugiados se habían asentado, principalmente en la población local. MSF también llevó a cabo una campaña masiva de vacunación multiantígenos (sarampión, pentavalente, neumococo, polio, DTP) para niños de hasta 5 años y mujeres embarazadas. Debido a la falta de potable, MSF también excavó 11 pozos y reparó tres que estaban destruidos.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	24.644
<b>Hospitalizaciones</b>	2.939
<b>Malaria (total)</b>	13.911
<b>CNT hospitalario</b>	207
<b>CNT ambulatorio</b>	1.151
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	1.749
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	854
<b>Partos</b>	464
<b>Interrupción del embarazo</b>	1
<b>Atención posnatal</b>	672
<b>Violencia sexual</b>	12
<b>Cirugía</b>	110
<b>Violencia directa</b>	9
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	21

 <b>Kasai</b>		<b>Intervención de la Unidad de Emergencias</b>
<b>Localización</b>	Tshikapa, Kanzala, Kalonda Oeste, Kamonia, Kamako y Kamwasha, en la provincia de Kasai	
<b>Población objetivo</b>	55.940 desplazados y 229.307 personas de población de acogida	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2017 – Abril de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad en seis zonas de salud de Kasai	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna y conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	3.024.437,83 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	6,69	6,77
<b>No sanitario</b>	9,71	3,29

Después del asesinato del principal jefe tradicional del Gran Kasai, sus seguidores crearon las milicias conocidas como Kamuina Nsapu. La crisis se prolongó y el conflicto interétnico afectó a cuatro provincias, con una gran violencia (que incluyó decapitaciones y amputaciones), seguida de un enorme despliegue del Ejército (FARDC) y la creación de otras milicias conocidas como Banamura. La población civil quedó atrapada en el conflicto, lo que provocó un desplazamiento masivo desde el campo al pueblo de Tshikapa.

La intervención de MSF se preparó para reducir las consecuencias de esta violencia en el entorno de Tshikapa, y luego se extendió a la periferia (principalmente para atender a niños desnutridos). Además, MSF también atendió apacientes que necesitaban cirugía y en los servicios de maternidad y pediatría de cinco estructuras de la ciudad; también brindó asistencia a la prisión central del pueblo.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	16.514
<b>Hospitalizaciones</b>	4.114
<b>Malaria (total)</b>	11.365
<b>CNT hospitalario</b>	669
<b>CNT ambulatorio</b>	3.778
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	2.155
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.544
<b>Partos</b>	1.187
<b>Interrupción del embarazo</b>	3
<b>Atención posnatal</b>	1.433
<b>Violencia sexual</b>	146
<b>Cirugía</b>	409

<b>Violencia directa</b>	53
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	6
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	33
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	198
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	87

# Sierra Leona

**MSF trabajó por primera vez en Sierra Leona en 1986. MSF-E trabaja en el país desde 2014. Las otras secciones presentes en el país son MSF-B y MSF-H.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 179.

Esperanza de vida: 51,3 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.529 dólares/año (1.445 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable.

**Población asistida:** víctimas de enfermedades endémicas y epidémicas; víctimas de Otras Situaciones de Violencia (OSV); y personas excluidas de la asistencia sanitaria.




<b>RRHH</b>	<b>Capital</b>	<b>Proyecto</b>	<b>Incentivos</b>	<b>Total</b>
<b>Nacional</b>	31,93	167,71	122	321,64
<b>Internacional</b>	11,23	20,99	-	32,22

Las últimas cifras muestran que Sierra Leona sigue teniendo algunos de los indicadores de salud más pobres del mundo, con una esperanza de vida de solo 51 años y tasas de mortalidad materna y de menores de 5 años que se encuentran entre las más altas. El brote de Ébola en 2014-2016 contribuyó a debilitar el ya frágil sistema de salud; el virus no solo se llevó la vida de casi 4.000 personas (entre ellas el 7% de los trabajadores sanitarios del país), sino también la de miles de personas que murieron como resultado de la interrupción de los servicios de salud.

Después del brote, el Gobierno y los donantes internacionales se comprometieron con un plan de recuperación del sector de la salud, que en sus dos primeros años ha desarrollado importantes reformas. Pero en agosto de 2017, un gran deslizamiento de tierras y algunas inundaciones en la capital causaron la muerte de más de 1.000 personas y dejaron sin hogar a otras 3.000; y a pesar de la reciente experiencia con el Ébola, el Gobierno y el Ministerio de Salud demostraron que su capacidad para responder a las emergencias aún es insuficiente.

MSF trabajó por primera vez en Sierra Leona hace más de 30 años y desde entonces ha brindado atención médica a la población, y fue un actor clave de la lucha contra el Ébola. Actualmente, los equipos brindan atención materna e infantil en los distritos de Kenema, Koinadugu y Tonkolili, con el objetivo de contribuir, a medio y largo plazo, a la recuperación del sistema de salud y a la lucha contra la alta mortalidad en embarazadas y niños. También a la luz de la debilidad del sistema de salud, MSF se ha comprometido a garantizar la vigilancia activa y la respuesta rápida de emergencia, ya que el país es muy propenso a epidemias y desastres naturales.

<b>Datos financieros</b>		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	873.765,27	20,85
Koinadugu, atención médica	3.238.341,66	77,27
Sierra Leona, plan de preparación para emergencias	78.625,03	1,88
<b>Total gastos</b>	<b>4.190.731,96</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF OCBA	4.190.731,96	100,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>4.190.731,96</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>4.190.731,96</b>	<b>100,00</b>

	<b>Koinadugu, atención médica</b>	<b>Atención médica a la población más vulnerable del distrito de Koinadugu<sup>1</sup> y preparación de la respuesta de emergencia</b>	
<b>Localización</b>	Ciudad de Kabala, distrito de Koinadugu		
<b>Población objetivo</b>	194.663 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2016 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal y pediátrica en la población del distrito de Koinadugu y responder a brotes epidémicos, crisis nutricionales u otras emergencias humanitarias		
<b>Tipo de población</b>	Población general		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	3.238.341,66 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	75,10	13,46	
<b>No sanitario</b>	92,61	7,53	

Después de la respuesta al Ébola, en abril de 2016, MSF OCBA inició una nueva estrategia con el objetivo de acelerar la implementación del plan de recuperación del sector de la salud, fortaleciendo la prestación de servicios en atención primaria, secundaria y comunitaria en el distrito de Koinadugu. Esta región del noreste presenta algunos de los peores indicadores de salud del país y muchos desafíos debido a sus deficientes infraestructuras de comunicación.

En los últimos dos años, MSF ha brindado apoyo a los servicios de salud materna e infantil en el hospital del distrito de Kabala, a fin de mejorar su capacidad y la calidad de su atención. Durante

<sup>1</sup> Centrándose especialmente en las mujeres embarazadas y los niños.

el primer año de intervención, MSF abrió las salas de urgencias y observación, para lograr mejoras en el menor tiempo posible en la atención de los casos urgentes; en 2017, creó la unidad de neonatos (de 12 camas) y una de sala espera materna (con 20). Desde el inicio, se han agregado 70 nuevas camas, llegando a 150 el total de los servicios auxiliares.

En 2017, se realizaron actividades permanentes de capacitación y capacitación *in situ*, así como talleres internacionales, con el objetivo de reforzar la preparación sanitaria de los más de 300 empleados locales del hospital.

En marzo de 2017, MSF también empezó a trabajar en un centro de salud en Mongo Chiefdom, uno de los lugares más remotos del distrito y del país, donde hay unas 51.000 personas con escasa atención primaria. También se iniciaron aquí actividades comunitarias, con la capacitación de líderes, trabajadores de la salud y matronas tradicionales. Para asegurar que los pacientes tengan acceso a todos los niveles de atención, MSF también opera cinco ambulancias para los traslados en todo el distrito.

A finales de 2017, MSF España comenzó a preparar una estrategia de salida y un plan de traspaso con el Ministerio de Salud que garantice la máxima sostenibilidad de sus actividades en el distrito. Este proyecto y la misión en Sierra Leona tienen previsto finalizar sus actividades en diciembre de 2018.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	15.411
<b>Hospitalizaciones</b>	4.187
<b>Malaria (total)</b>	5.343
<b>CNT hospitalario</b>	319
<b>CNT ambulatorio</b>	36
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	1.031
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	406
<b>Partos</b>	1.314
<b>Atención posnatal</b>	81
<b>Violencia sexual</b>	134
<b>Cirugía</b>	248
<b>Violencia directa</b>	174
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	25
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	241
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	8
<b>Fiebre hemorrágica</b>	1

# Siria

**MSF, y en particular MSF-E, trabaja en Siria desde 2009. Los demás centros operacionales presentes en el país son MSF-B, MSF-F y MSF-H.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 134.

Esperanza de vida: 69,7 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 2.441 dólares/año (2.307 euros/año).

**Contexto de intervención:** conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado.

<b>RRHH</b>	<b>Capital</b>	<b>Proyecto</b>	<b>Total</b>
<b>Nacional<sup>1</sup></b>	21,95	232,49	254,44
<b>Internacional<sup>1</sup></b>	12,12	12,34	24,46

De junio a noviembre de 2017, se produjo un cambio significativo en el modus operandi de los actores regionales e internacionales a la hora de abordar el conflicto sirio, pasando de intervenciones militares puras a iniciativas político-militares como las conversaciones de Astaná, los acuerdos de reconciliación (que de alguna manera fueron respetados en el norte) y los acuerdos sobre zonas de seguridad y sobre desescalada. Con la excepción de Al Qaeda en Siria y Estado Islámico (EI), los principales actores implicados en la guerra parecieron querer reducir la intensidad del conflicto, pero la implementación de las zonas de desescalada a finales de 2017 lo reactivó en áreas como Idlib y el norte de Hama, y esto provocó miles de desplazados y otra gran crisis humanitaria. Al mismo tiempo, el conflicto entre los grupos armados de oposición (Al Qaeda y otros) se intensificó notablemente en julio y de nuevo a finales de año.

En el área del norte de Aleppo, la consolidación del control turco redujo mucho la violencia, mientras que en Afrin en general la situación se mantuvo relativamente tranquila.

Las intervenciones de emergencia de MSF este año fueron:


- Campañas masivas de vacunación multiantígeno (sarampión y rubeola, pentavalente y con la introducción de la vacuna del neumococo en dos rondas) en el norte y oeste de Aleppo en asociación con el Grupo Sirio de Inmunización, y en la zona rural de Al Bab bajo la responsabilidad única de MSF.
- Inicio de la atención primaria en el área del Éufrates (Alepo norte) dando apoyo a cuatro centros de salud en asociación con una ONG local durante cuatro meses y a un quinto centro bajo la responsabilidad de MSF.
- Distribución de bienes de primera necesidad para los evacuados de las afueras del este de Aleppo.
- Intervención de emergencia de Sinjar para atender a desplazados del noreste de Hama y el sureste de Idlib, con distribución de bienes de primera necesidad y apoyo a las instalaciones de salud para que ampliaran actividades.

<sup>1</sup> Esta cifra incluye los recursos humanos destinados a la oficina del representante internacional de MSF.



Las actividades regulares fueron las del hospital de Al Salama (con consultas externas, hospitalización y cirugía), las vacunaciones a las afueras del norte de Aleppo y Afrin y el proyecto de salud mental en Kilis (Turquía). Finalmente, se aprobaron tres misiones exploratorias, que tendrán lugar en 2018 en Qabasin, Idlib y Sinjar

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.062.074,04	12,47
Al Salama, hospital	3.049.650,84	35,81
Al Salama, donaciones	237.537,26	2,79
Kilis (Turquía), atención primaria para los refugiados	1.054.225,70	12,38
Alepo, emergencia	1.342.525,80	15,76
Azaz, vacunación	576.238,75	6,77
Al Bab, apoyo de emergencia	379.925,03	4,46
Representante internacional	650.588,59	7,64
Plan de preparación para emergencias	163.617,15	1,92
<b>Total gastos</b>	<b>8.516.383,16</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Argentina	423.796,96	4,97
MSF Austria	900.000,00	10,57
MSF Grecia	70.000,00	0,82
MSF Noruega	803.916,75	9,44
MSF España	4.078.355,24	47,89
MSF Canadá	440.314,21	5,17
MSF Bélgica	900.000,00	10,57
Inditex	900.000,00	10,57
<b>Total fondos privados</b>	<b>8.516.383,16</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>8.516.383,16</b>	<b>100,00</b>


	<b>Al Salama, hospital</b>	<b>Asistencia médica de emergencia a la población afectada por el conflicto en el distrito de Azaz</b>
<b>Localización</b>	Al Salama, distrito de Azaz (gobernación de Aleppo)	
<b>Población objetivo</b>	250.000 – 500.000 personas (estimación)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2012 – Junio de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes agudos y crónicos en el norte de la gobernación de Aleppo	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	



<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	3.049.650,84 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	89,61	2,12
<b>No sanitario</b>	77,57	2,68


El hospital de MSF tiene servicios de atención primaria y secundaria (incluyendo enfermedades no infecciosas), combinados con actividades externas (promoción de la salud, salud mental) y capacidad de respuesta de emergencia en el área de Azaz. Cuando es necesario, hay apoyo puntual a otras instalaciones a través de donaciones o del sistema de derivación de pacientes.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	96.895
<b>Hospitalizaciones</b>	3.301
<b>Malaria (total)</b>	22
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	12.228
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	10.500
<b>Partos</b>	888
<b>Atención posnatal</b>	622
<b>Cirugía</b>	2022
<b>Violencia directa</b>	920
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	29
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	31

	<b>Al Salama, donaciones</b>	<b>Donaciones médicas de emergencia a hospitales</b>
<b>Localización</b>	Norte de la gobernación de Aleppo	
<b>Población objetivo</b>	250.000 – 500.000 personas (estimación)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2015 - Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Provisión de suministros médicos para restaurar el sistema básico de atención de salud en las áreas de Azaz y Al Bab	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	237.537,26 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-

Estado Islámico controlaba grandes áreas de los distritos de Azaz y Al Bab en 2016, hasta que el Ejército turco lanzó la Operación Escudo del Éufrates en colaboración con el Ejército Libre Sirio; esta intervención finalizó el 30 de marzo de 2017. Como resultado, todos los establecimientos de salud que habían permanecido bajo control del EI durante meses debían rehabilitarse y reabastecerse con el fin de que pudieran reanudar la atención a cientos de miles de personas.

MSF realizó donaciones médicas a centros de salud clave de los distritos de Azaz y Al Bab, combinándolas con apoyo logístico específico (rehabilitación) para restablecer sus servicios básicos. Además, trabajó desde la incidencia política, para lograr que otros actores dieran apoyo estable a dichas instalaciones y garantizar así su sostenibilidad.


	<b>Kilis (Turquía)</b>	<b>Salud mental , asistencia psicosocial y servicios de atención primaria para refugiados sirios</b>	
<b>Localización</b>	Kilis, Turquía		
<b>Población objetivo</b>	100.000 personas (estimación)		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Diciembre de 2013 – Junio de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Aliviar el sufrimiento relacionado con la salud mental y mejorar los mecanismos de supervivencia de los refugiados sirios registrados y no registrados en Kilis		
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	1.054.225,70 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	20,97	0,77	
<b>No sanitario</b>	17,42	1,12	

La necesidad de apoyo de salud mental va a seguir existiendo en la comunidad siria mientras esta no pueda retornar a su vida normal. Al estar muy cerca de la frontera norte de Siria, Kilis ha sido una ciudad de tránsito para los refugiados durante todos los años de la guerra y aún hay personas instaladas en sus cercanías. Pero no hay servicios gratuitos de salud mental para atender sus necesidades.

Los servicios prestados por MSF son de primeros auxilios psicológicos, psicoeducación, asesoramiento individual y en grupo, psicoterapia (también en las dos modalidades), referencias a servicios hospitalarios para los casos psiquiátricos e intervenciones de psicoterapia y derivación a especialistas para víctimas de violencia sexual y de tortura.


<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	18.764
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	2.064
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	899
<b>Atención posnatal</b>	159
<b>Víctimas de tortura</b>	16

<b>Violencia directa</b>	3
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	5.650
<b>Salud mental, consultas grupales</b>	3.963

	<b>Azaz, vacunación</b>	<b>Vacunación de emergencia (PAI)</b>
<b>Localización</b>	Distrito de Azaz y distrito de Afrin	
<b>Población objetivo</b>	143.060 niños menores de 5 años	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2016 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años de edad por enfermedades prevenibles mediante vacunas	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	576.238,75 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>National</b>	<b>International</b>
<b>Sanitario</b>	4,79	1,04
<b>No sanitario</b>	1,59	-

Debido al conflicto, no hay un sistema de salud funcional ni en el este de Azaz ni en el norte de Al Bab desde noviembre de 2013. Además, desde 2014 no se ha realizado ninguna vacunación regular. La falta de programas de inmunización estables, combinada con varios episodios de desplazamiento masivo, llevó a varios brotes en el área, incluyendo uno de sarampión. El equipo de MSF realizó vacunaciones en varias instalaciones médicas de estas dos áreas (incluyendo 11 centros de salud). Además, dos equipos móviles vacunaron en ocho ubicaciones más remotas.


<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Vacunación sarampión (brote)</b>	20.663
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	6.544

	<b>Alepo, emergencia</b>	<b>Asistencia humanitaria de emergencia a los sirios desplazados</b>
<b>Localización</b>	Gobernación de Alepo	
<b>Población objetivo</b>	250.000 – 500.000 personas (estimación)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2017 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Apoyar la atención de emergencia vital y detectar y responder a las necesidades médico-humanitarias en el distrito de Azaz, en el norte del distrito de Jebel Saman y en el este de Alepo	

<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.342.525,80 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	7,53	1,48
<b>No sanitario</b>	13,01	2,14

Entre de 2016 y principios de 2017, el Gobierno sirio retomó el control de Aleppo y, en los últimos días de diciembre, 45.000 personas fueron evacuadas desde la zona este de la ciudad hacia las afueras en la parte oeste. Con el apoyo de la Unidad de Emergencias, se llevaron a cabo dos rondas de vacunación masiva y una distribución de bienes de primera necesidad para los desplazados en el este y la comunidad local del oeste.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Distribución de bienes de primera necesidad</b>	430

	<b>Apoyo de emergencia en Al Bab</b>	<b>Misión exploratoria</b>
<b>Localización</b>	Distrito de Al Bab	
<b>Población objetivo</b>	60.000 personas (estimación)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2017 – Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Identificar necesidades que determinen una intervención	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	379.925,03 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>International</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,49
<b>No sanitario</b>	-	0,52

Esta exploratoria se llevó a cabo entre mayo y junio de 2017 en la parte sur del área del Éufrates (afueras de Aleppo norte y zona rural de Al Bab). El objetivo de la misión era reabrir un hospital de 40 camas en la ciudad de Qabasin (con una población de 60.000 habitantes) que era un antiguo proyecto de MSF Francia. Esta zona estuvo controlada por el EI durante cuatro años y el sistema de salud quedó completamente interrumpido. La necesidad estaba allí, pero finalmente la propuesta no fue aprobada.

# Somalia

**MSF trabaja en Somalia desde 1991 y MSF-E, desde 1992. MSF regresó en Somalia en 2017, después de cuatro años de ausencia. Los otros centros operacionales presentes en el país son MSF-CH y MSF-H.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: n/d.

Esperanza de vida: 55,7 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 294 dólares/año (239 euros/año).

**Contexto de la intervención:** inestabilidad interna y conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	-	-	-
Internacional	0,65	0,76	1,41



El contexto somalí no ha experimentado cambios significativos desde que MSF se marchó en 2013<sup>1</sup>. Sus principales características son la presencia de Al Shabab (AS), con ataques frecuentes en las grandes ciudades (sobre todo Mogadiscio y alrededores) y el control de las zonas rurales; el despliegue de fuerzas extranjeras como la Misión de la Unión Africana AMISOM (que incluye a Etiopía y Uganda), con presencia también de Turquía, Reino Unido y Estados Unidos, en apoyo de la lucha del Gobierno contra AS; y la sequía y la escasez de alimentos, que afectan a casi la mitad de la población, provocando desplazamientos desde las zonas rurales a las grandes ciudades e incluso a través de la frontera hacia Etiopía. Más concretamente, en 2017, el cólera y la desnutrición fueron la principal carga para la salud de la población somalí.

Después de largas consultas en el movimiento MSF, se decidió volver a trabajar en Somalia para responder a las enormes necesidades de salud no cubiertas de la población. La estrategia de reincorporación de MSF se basa en un enfoque modesto, gradual y prudente.

Este nuevo modelo de intervención tiene una representación única (encomendada a MSF-H), con el fin de presentar a MSF como una entidad internacional única y asegurar una toma de decisiones coherente y consistente en todos los aspectos de la misión y que todas las secciones apliquen.

En mayo de 2017, MSF reanudó la atención médica con un proyecto en el Hospital General de Mudug, en el norte de Galkayo, en la región de Puntlandia.

En Doolow (Jubalandia), se llevó a cabo una intervención transfronteriza desde Etiopía, para responder al brote de diarrea acuosa aguda (cólera) y a la crisis de desnutrición en la zona. Esta


<sup>1</sup> Los cinco centros operacionales de MSF se retiraron de Somalia en 2013 y la Junta Internacional estableció un periodo de dos años antes de regresar en el país.

intervención se realizó en colaboración con otras ONG. MSF intervino de forma similar en Galmudug (en Dussamareb).

Finalmente, en el suroeste, MSF hizo una exploratoria en el Hospital Regional de Baidoa, centrada en salud reproductiva y pediatría, como base para la propuesta de intervención de cara a 2018.

Asimismo, durante 2017, se trabajó en la definición del marco lógico de interacción con MSF-H.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	51.693,68	9,12
Baidoa, atención médica	406.465,13	71,69
Doolow, intervención transfronteriza	108.811,19	19,19
<b>Total gastos</b>	<b>566.970,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF España	566.520,00	99,92
MSF Luxemburgo	450,00	0,08
<b>Total fondos privados</b>	<b>566.970,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>566.970,00</b>	<b>100,00</b>


 <b>Baidoa, atención médica</b>			Misión exploratoria
<b>Localización</b>	Hospital Regional de Baidoa, región de Bay (estado de Iswa)		
<b>Población objetivo</b>	256.000 personas de la población de acogida y 250.000 desplazados		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2017 – Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad y restablecer la dignidad en grupos específicos de la Población objetivo en Bay		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazados / población general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	406.465,13 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	-	0,08	
<b>No sanitario</b>	-	0,08	

Se realizó una evaluación, seguida de dos exploratorias, en 2016 y 2017, que confirmaron la necesidad de apertura de este proyecto a finales de 2017. Las áreas principales de intervención serán la salud reproductiva y la pediatría.

En efecto, el contexto se caracteriza por la falta de seguridad, por las grandes limitaciones del sistema de salud (que no tiene presupuesto) y por la falta de ONG que trabajen en salud reproductiva y servicios pediátricos en el Hospital Regional de Baidoa. Es difícil obtener datos precisos de mortalidad materna e infantil, pero las entrevistas realizadas indican que la tasa es alta, lo cual coincide con la situación observada tanto en Baidoacom como en el propio hospital.

Este proyecto dará apoyo al hospital, que es de nivel secundario y se considera que es el único centro de referencia para toda la región de Bay y parte de las vecinas regiones de Bakool, Shabelle y Gedo. El objetivo de MSF es proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia y atención pediátrica, con la posibilidad de incorporar también actividades de seguimiento de pacientes y de incidencia política. MSF también quiere estar preparada para responder a cualquier necesidad humanitaria y médica futura, si se le permite el acceso.

La propuesta del proyecto fue preparada y aprobada en noviembre de 2017. A fines de 2017 y principios de 2018 se llevaron a cabo los preparativos y la apertura estaba planificada para abril de 2018. El equipo nacional somalí se desplegará en el terreno para trabajar junto con el Ministerio de Salud y habrá un equipo internacional en Nairobi, que realizará visitas regulares al proyecto. Esta intervención es de bajo perfil debido a los problemas de seguridad.

 <b>Doolow, transfronterizo</b>		<b>Intervención de emergencia</b>	
<b>Localización</b>	Doolow, región de Gedo		
<b>Población objetivo</b>	20.000 desplazados, 56.000 beneficiarios indirectos		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2017 – Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad entre los desplazados de Doolow y establecer una presencia indirecta de MSF para recoger información en caso de crisis los próximos meses		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazados / población general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	108.811,19 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	-	0,30	
<b>No sanitario</b>	-	0,31	

En marzo de 2017, la ONU advirtió de que más de la mitad de la población de Somalia necesita ayuda humanitaria: 6,2 millones de personas, de las cuales 2,9 millones están en riesgo de hambruna y requieren ayuda inmediata “para sobrevivir o mantenerse”.

Según la Unidad de Análisis de Nutrición y Seguridad Alimentaria de Somalia (FSNAU), más de 6,7 millones de personas necesitan asistencia humanitaria, incluyendo 1,4 millones de niños. En 2017, a partir de mayo, la diarrea acuosa aguda (cólera) causó más de 700 muertes y afectó a

casi 43.000 personas; por su parte, los casos de sarampión también se incrementaron, con más de 8.000 reportados en 2017 (un 65% eran menores de 5 años).

El análisis de la situación humanitaria regional en el periodo 2016-2017 inicialmente indicaba que podría producirse un flujo de refugiados hacia Etiopía similar al de la crisis de 2011; sin embargo, se ha aceptado que el contexto en 2017 es bastante diferente de aquel y que los principales movimientos de población relacionados con el conflicto y la sequía se producirán más bien dentro de Somalia. En todo caso, en enero de 2017, casi 3.000 refugiados cruzaron la frontera hacia Dolo Ado (Etiopía); ya en los siguientes meses, la mayoría de las personas necesitadas de asistencia humanitaria parecían reacias a cruzar la frontera y se quedaron en los campos de desplazados de Doolow.

A fines de marzo, estalló en esta ciudad un brote de diarrea acuosa aguda, lo que llevó a MSF-E a intervenir a principios de abril, en una operación de perfil bajo amparada por la ONG Trócaire. De esta forma, se alcanzó a cruzar la frontera, estabilizar la situación y reducir significativamente la tasa de mortalidad. Las actividades se traspasaron a Trócaire cuando la situación se estabilizó.

En mayo, el equipo realizó una evaluación nutricional y una encuesta de mortalidad en los dos campos de desplazados: Kabasa y Qansakhle. Como resultado, MSF desarrolló una propuesta de intervención y esta se produjo entre septiembre y diciembre en colaboración con Trócaire y con la ONG local CEDA. MSF les dio apoyo en el tratamiento de la desnutrición en los dos campos, con el fin de aumentar de 6 a 24 camas la capacidad del centro hospitalario de nutrición terapéutica. MSF les dio apoyo técnico a ambos; en el caso de Trócaire, se le proporcionaron recursos humanos y medicamentos, y a CEDA, trabajadores comunitarios de salud y derivación de casos.

<b>Activities</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Hospitalizaciones</b>	256
<b>Malaria (total)</b>	21
<b>CNT hospitalario</b>	256



# Sudán

**MSF trabaja en Sudán desde 1979 y MSF-E, desde 2004. El otro centro operacional presente es MSF-CH.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 165.

Esperanza de vida: 63,7 años.

Ingreso Nacional Bruto per cápita: 3.846 dólares/año (3.635 euros/año).

**Contexto de la intervención:** inestabilidad interna y conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado.



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	109,72	415,70	93,89	618,31
Internacional	8,69	12,54	-	21,23

Las exportaciones de oro (una importante fuente de ingresos para el país) siguieron aumentando, al tiempo que la moneda seguía depreciándose de forma dramática, lo que disparó los precios de los productos básicos de la cesta de la compra, afectando gravemente al poder adquisitivo de las familias pobres. Si bien Estados Unidos retiró las sanciones económicas que pesaban sobre él, Sudán no estaba preparado para la alta inflación.

Después de Uganda, Sudán es el segundo país de la región que más refugiados sursudaneses acoge: casi 773.000 personas. En 2017, se produjo además un dramático aumento de las nuevas llegadas desde principios de año; al acabar 2017, habían cruzado esta frontera casi 196.000 personas más, casi dos veces más que el año anterior y el volumen más grande desde que se inició el conflicto en el país vecino en 2013. Esta progresión sometió a las agencias de ayuda a una gran presión, situación agravada por un déficit de financiación de casi el 80%.


La situación de seguridad en general sigue mejorando desde la implementación de la campaña de recogida de armas, pero aún no es confiable o sostenible, ya que no hay un acuerdo de paz concreto entre el Gobierno y los grupos armados. Por ejemplo, la situación de las fuerzas paramilitares aliadas del Gobierno no está clara. En el último trimestre, fue arrestado un notorio líder tribal, fue secuestrado un trabajador humanitario suizo en El Fashir y hubo importante presencia de la guardia fronteriza (una fuerza paramilitar que mal expediente en su trato con la población): estos podrían ser indicadores de las tendencias en 2018.

En 2017, MSF España tuvo problemas para mantener el proyecto regular funcionando con normalidad, debido a la llegada de una gran cantidad de refugiados a Khor Alwaral y el brote de cólera (diarrea acuosa aguda, como se conoce en Sudán) en los estados de Nilo Blanco y Darfur Norte.

En primer lugar, desde el 1 de febrero hasta mayo, llegaron al campo de refugiados de Khor Alwaral unos 50.000 sursudaneses. En respuesta a la petición del Gobierno, y en concreto del Ministerio de Salud y de la Comisión de Asuntos Humanitarios (HAC), y dada la magnitud de la crisis y las condiciones de los refugiados, MSF inició una intervención. A unos 20 km de allí, MSF también trabaja en Al Kashafa desde 2014, brindando servicios de salud a unas 100.000 personas, entre refugiados y comunidades locales.

En cuando a la respuesta al cólera, la misión ha establecido unidades de tratamiento en Tawila, El Sireaf (especialmente en Gara Zawya), Sortony, Khor Alwaral y Al Kashafa.

<b>Datos financieros</b>		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.463.299,13	13,80
El Fashir, coordinación	235.988,53	2,22
Tawila, asistencia médico-humanitaria	1.801.813,80	16,99
Dar Zaghawa, asistencia médico-humanitaria	257.358,45	2,43
El Sireaf, asistencia médico-humanitaria	1.484.097,30	13,99
Nilo Blanco, campo de Al Kashafa	1.585.373,22	14,95
Sortony, población desplazada	657.723,50	6,20
NDER, Equipo de Emergencias de Darfur Norte	536.938,47	5,06
Khor Alwaral, población desplazada	2.343.510,03	22,10
Darfur Norte, diarrea acuosa aguda/cólera	101.661,01	0,96
Plan de preparación para emergencias	136.930,66	1,30
<b>Total gastos</b>	<b>10.604.694,10</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF Dinamarca	25,52	0,00
MSF Japón	2.779.913,68	26,21
MSF Noruega	1.296.271,19	12,22
MSF España	3.569.135,92	33,66
MSF Estados Unidos	1.461.759,00	13,79
MSF Canadá	1.490.294,23	14,05
MSF Luxemburgo	7.294,56	0,07
<b>Total fondos privados</b>	<b>10.604.694,10</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>10.604.694,10</b>	<b>100,00</b>

	<b>Tawila</b>	<b>Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales</b>
<b>Localización</b>	Tawila, estado de Darfur Norte	
<b>Población objetivo</b>	100.000 – 249.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2007 – Diciembre de 2018	

<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en la población más vulnerable de la zona de Tawila, Darfur Norte	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.801.813,80€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	48,01	1,56
<b>No sanitario</b>	98,76	-


Geográficamente, Tawila es estratégico: se encuentra en la carretera principal que conecta El Fashir con la mayor parte del oeste y el sureste de Darfur y sigue siendo una importante zona de paso para los grupos de pastores nómadas. No hay instalaciones de salud operativas en esta zona, excepto los programas de MSF, que atienden desde 2007 a la gran mayoría de la población de los campos de desplazados. Hay una gran limitación en la capacidad de derivación de pacientes a los centros de atención secundaria más cercanos, que están en El Fashir.

La transmisión del VIH de madre a hijo es, con mucho, la mayor fuente de infección por este virus en menores de 15 años (un 95%). La prevalencia del VIH en las mujeres en edad reproductiva representa la base de prevalencia proyectada en un área determinada y, por lo tanto, afecta a las decisiones sobre futuras intervenciones del Ministerio de Salud y otros actores. El programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo más cercano a Tawila se encuentra, de nuevo, en El Fashir, y por tanto es en la práctica inalcanzable para la gran mayoría de la población de Tawila y sus alrededores, debido a razones sociales y de seguridad.

El objetivo del proyecto es brindar atención médica comunitaria, primaria y secundaria a víctimas del conflicto, a la población aislada del este del Jebel Marra y a los nuevos desplazados distribuidos entre cuatro campos en Tawila. MSF ofrece consultas externas, nutrición terapéutica hospitalaria y ambulatoria, hospitalizaciones, derivaciones, salud reproductiva, salud mental, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica. Otras actividades transversales fueron la reanudación de las clínicas móviles de Umjalbak y Tabarat, la reubicación de las consultas externas en el campo de Burgo para facilitar el acceso de la población, la construcción de una unidad de tratamiento de cólera y la respuesta a esta enfermedad.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	98.486
<b>Hospitalizaciones</b>	3.086
<b>Malaria (total)</b>	2.839
<b>CNT hospitalario</b>	772
<b>CNT ambulatorio</b>	1.664
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	8.614
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	3.027
<b>Partos</b>	541
<b>Interrupciones del embarazo</b>	8
<b>Atención posnatal</b>	2.461
<b>Violencia sexual</b>	21
<b>Violencia directa</b>	199
<b>Kala azar</b>	2


<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	1.348
<b>Cólera</b>	15
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	529
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	832

	<b>Dar Zaghawa</b>	<b>Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales</b>
<b>Localización</b>	Dar Zaghawa, estado de Darfur Norte	
<b>Población objetivo</b>	38.582 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Julio de 2009 – Marzo de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de la población más vulnerable de Dar Zaghawa, Darfur Norte	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	257.358,45€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	5,60	0,24
<b>No sanitario</b>	9,65	-

El plan de acción implementado antes del cierre del proyecto en abril incluyó la construcción de nuevas áreas de gestión de residuos en Furawiya y Jurajeem y la rehabilitación de la de Muzbat. Estas obras finalizaron a mediados de febrero. Una de las dificultades del cierre fue el traspaso de las actividades médicas: Dar Zaghawa es una zona muy aislada, con condiciones de vida muy básicas, y es difícil atraer a personal médico que quiera trabajar en la zona.

Las actividades en Furawiya y Jurajeem fueron traspasadas el 1 y 2 de febrero al Ministerio de Salud y el centro de salud de Muzbat, el 26 de febrero.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	6.301
<b>Hospitalizaciones</b>	174
<b>Malaria (total)</b>	3
<b>CNT hospitalario</b>	2
<b>CNT ambulatorio</b>	30
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	711
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	382
<b>Partos</b>	58
<b>Atención posnatal</b>	154
<b>Violencia directa</b>	36
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	123

	<b>El Sireaf</b>	<b>Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y comunidades locales</b>	
<b>Localización</b>	El Sireaf, región de Jebel Amir, estado de Darfur Norte		
<b>Población objetivo</b>	43.389 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2013 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad en la población de la localidad de El Sireaf, estado de Darfur Norte		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna		
<b>Gasto del proyecto</b>	1.484.097,30€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	25,96	1,74	
<b>No sanitario</b>	38,77	0,63	


Con la tensión y los posibles enfrentamientos armados por el control de la minería de oro entre Beni Hussein y las milicias de Aballa<sup>1</sup>, o entre las milicias de Aballa y el Ejército de Sudán, podríamos esperar que algunas poblaciones no pudieran acceder a la atención médica. El área de El Sireaf es propensa a brotes epidémicos y el Ministerio de Salud no tiene capacidad para darles respuesta; también hay una cobertura de vacunación muy baja. Hemos notado un desplazamiento recurrente de la población a El Sireaf debido a los múltiples conflictos en áreas distantes y entre las tribus. Esto podría explicarse debido al hecho que El Sireaf ha estado relativamente tranquilo y sigue atrayendo a miles de desplazados.

En El Sireaf, MSF brinda servicios integrales de atención primaria y atención secundaria específica para reducir la morbilidad y mortalidad de desplazados y comunidad local. MSF trabaja en el hospital de El Sireaf (urgencias, nutrición terapéutica hospitalaria y ambulatoria, programa ampliado de vacunación, salud reproductiva, hospitalización y quirófano). Además, desde abril de 2017, comenzó a dar apoyo al centro de salud de Gara Zawya (consultas, vacunación, promoción de salud, nutrición terapéutica ambulatoria, urgencias y salud reproductiva); en esta zona también tuvo lugar una intervención contra el cólera.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	34.328
<b>Hospitalizaciones</b>	2.798
<b>Malaria (total)</b>	1.579
<b>CNT hospitalario</b>	349
<b>CNT ambulatorio</b>	1.175
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	10.812
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	4.781
<b>Partos</b>	779
<b>Atención posnatal</b>	2.127
<b>Violencia sexual</b>	1

<sup>1</sup> Beni Hussein y Aballa son las principales tribus de la zona, que pertenecen a las comunidades árabes.

<b>Cirugía</b>	121
<b>Violencia directa</b>	215
<b>Kala azar</b>	1
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	543
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	2
<b>Cholera</b>	194
<b>Bienes de primera necesidad</b>	204
<b>Saneamiento</b>	20
<b>Distribución de agua (en litros)</b>	975.000

	<b>Nilo Blanco, campo de Al Kashafa</b>	<b>Atención médico-humanitaria a refugiados</b>	
<b>Localización</b>	Campo de Al Kashafa (estado de Nilo Blanco)		
<b>Población objetivo</b>	100.000 personas (refugiados y población de acogida)		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2014 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar la atención médica y reducir la mortalidad y la morbilidad de los refugiados de Sudán del Sur y las comunidades de acogida en El Salam, en Nilo Blanco		
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	1.585.373,22€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	51,61	0,76	
<b>No sanitario</b>	43,18	0,78	

Una de las zonas más afectadas por el conflicto en el vecino Sudán del Sur es el estado del Alto Nilo (cuya capital es Malakal), en la frontera con el estado sudanés de Nilo Blanco. Por eso, muchos sursudaneses han cruzado la frontera en esta zona desde que comenzó el conflicto en diciembre de 2013: unas 30.000 han entrado en Sudán por la localidad de El Salam, un asentamiento localizado a unos 150 km al sur de Kosti.

MSF presta atención primaria y secundaria y actividades de agua y saneamiento en el campo de Al Kashafa, así como para la población local de Al Salam. En particular, ofrece nutrición terapéutica hospitalaria, derivación de pacientes al hospital de Kosti y, desde 2017, programa para enfermos de tuberculosis, salud mental, atención de urgencias y transfusión de sangre.


Los programas principales en el hospital de Al Kashafa han evolucionado favorablemente. Es el centro de referencia para los otros campos (especialmente el de Khor Alwaral). La vigilancia se implementa gracias a promotores de salud dentro del campo y en la comunidad local, cubriendo todas las áreas alrededor de Al Kashafa y Khor Alwaral.

Con el aumento de refugiados a principios de 2017 en el área de Khor Alwaral<sup>1</sup> (hasta alcanzar las

<sup>1</sup> Ver detalles sobre la intervención con la población desplazada de Khor Alwaral, más adelante.

50.000 personas), el volumen de actividades en Al Kashafa tuvo que ser reforzado, ya que es el hospital de referencia para Khor Alwaral y este programa aún estaba en una fase inicial. Además, se estableció un centro de tratamiento de cólera.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	85.457
<b>Hospitalizaciones</b>	5.265
<b>Malaria (total)</b>	4.656
<b>CNT hospitalario</b>	615
<b>CNT ambulatorio</b>	173
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	6.703
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.297
<b>Partos</b>	660
<b>Atención posnatal</b>	1.503
<b>Violencia sexual</b>	6
<b>Cirugía</b>	6
<b>Violencia directa</b>	924
<b>TB (total)</b>	168
<b>Kala azar</b>	11
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	172
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	1
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	2
<b>Cólera</b>	135


	<b>Sortony, desplazados</b>	<b>Asistencia médico-humanitaria a víctimas de la violencia y del desplazamiento</b>
<b>Localización</b>	Sortony	
<b>Población objetivo</b>	22.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2016 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad entre la población más vulnerable del campo de desplazados de Sortony	
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	657.723,50€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	12,50	-
<b>No sanitario</b>	34,90	-

En 2016 no había asistencia médica humanitaria en Sortony para atender a los nuevos desplazados por la campaña militar en el Jebel Marra. Tras conceder el Gobierno los permisos de intervención, en general la situación médico-humanitaria mejoró, si bien la necesidad de apoyo médico permanece. Sortony es el único lugar de la región de Jebel con servicios médicos.

La población de Sortony, olvidada y víctima del estigma, es muy propensa a brotes epidémicos, especialmente diarrea acuosa aguda (cólera), síndrome de ictericia aguda, tos ferina o sarampión. La seguridad y el contexto siguen siendo impredecibles, los desplazados no son libres de moverse fuera del campo y no tienen planes de regresar a sus áreas de origen. El Ministerio de Salud, por su parte, no está preparado para hacerse cargo de las actividades médicas en Sortony. MSF no ha tenido acceso al Jebel Marra desde mucho tiempo (desde que cerró el proyecto de Kaguro a finales de 2013) y no llega a las personas más necesitadas de ayuda.

Para mejorar la salud y el estado nutricional de la población de Sortony y alrededores, con especial atención a niños, embarazadas y madres lactantes, MSF ofrece consultas externas, urgencias, hospitalización, nutrición terapéutica (traspasada a ANHAR en junio), vigilancia epidemiológica, salud reproductiva, programa ampliado de vacunación y derivación.


<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	56.671
<b>Hospitalizaciones</b>	1.218
<b>Malaria (total)</b>	579
<b>CNT hospitalario</b>	193
<b>CNT ambulatorio</b>	282
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	2.759
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	745
<b>Partos</b>	223
<b>Atención posnatal</b>	393
<b>Violencia directa</b>	674
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	4
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	86
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	1

	<b>Respuesta a emergencias</b>	<b>Equipo de Emergencias de Darfur Norte (NDER)</b>
<b>Localización</b>	Base en El Fashir y capacidad de respuesta en todo Darfur	
<b>Población objetivo</b>	Más de 2,1 millones de personas (población de Darfur)	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2012 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad de la población más vulnerable, afectada por emergencias (epidemias, crisis nutricionales y desastres naturales) en Darfur Norte	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	536.938,47€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	4,71	2,37
<b>No sanitario</b>	11,08	2,01



Darfur Norte es una región sin gran presencia de actores humanitarios con capacidad de respuesta urgente y con grandes factores de riesgo: que se produzca un gran volumen de heridos por el conflicto, desplazamiento interno de la población, llegada de refugiados o epidemias a gran escala de enfermedades graves (meningitis, sarampión, cólera, fiebre amarilla, hepatitis E, difteria o dengue). También es una región propensa a crisis nutricionales debido a las malas cosechas, la inestabilidad política y la inseguridad permanente.


En 2017, el NDER se centró principalmente en la intervención de Sortony. Recibió 32 alertas pero no pudo realizar una gran cantidad de evaluaciones debido a limitaciones tanto internas como externas, especialmente del Ministerio de Salud. Como resultado, de las 32 alertas, solo investigamos tres: el flujo de refugiados de Sudán del Sur en Alait (que tardó más de nueve meses en obtener la aprobación); la evaluación e intervención en el brote de diarrea acuosa aguda (cólera) en Kabkabiya (nos enfocamos en cortar la transmisión, saneamiento, promoción de la salud, traslados a los centros de tratamiento y capacitación del personal del Ministerio para el control de la infección y el triaje); y el brote de diarrea acuosa aguda en Garazawiya, donde el NDER apoyó al equipo de El Sireaf en el manejo de casos.

 <b>Khor Alwaral, refugiados</b>		<b>Asistencia médico-humanitaria a víctimas de violencia y desplazamiento</b>	
<b>Localización</b>	Khor Alwaral, localidad de El Salam		
<b>Población objetivo</b>	100.000 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril 2017 – Diciembre 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar la atención médica y reducir la mortalidad y la morbilidad de los refugiados de Sudán del Sur y las comunidades de acogida en El Salam, en Nilo Blanco		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflict armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	2.343.510,03€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	15,65	1	
<b>No sanitario</b>	15,32	1,45	

MSF ayudó al gran flujo de nuevos refugiados que tuvo lugar en 2017. Khor Alwaral alberga actualmente a 50.000 sursudaneses. El flujo se detuvo con la temporada de lluvias, pero podría reiniciarse cuando esta concluya y no hay instalaciones de salud de calidad en el área (aparte de los hospitales de MSF). La cantidad y calidad del agua tampoco cumple con los requisitos mínimos y el número de letrinas es muy inferior al estándar. Todo ello afecta tanto a los refugiados como a la comunidad local. Debido a cuestiones de financiación y recursos humanos, otros actores no tienen la capacidad de responder a las necesidades médicas de emergencia asociadas al flujo de refugiados.

Khor Alwaral brinda atención primaria y secundaria. También se ha adecuado un sistema de vigilancia epidemiológica gracias a una red de promotores de salud de MSF que cubren tanto el campo de refugiados como las comunidades locales de los alrededores.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	91.093
<b>Hospitalizaciones</b>	5.793
<b>Malaria (total)</b>	1.697
<b>CNT hospitalario</b>	163
<b>CNT ambulatorio</b>	1.404
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	4.025
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	1.926
<b>Partos</b>	616
<b>Atención posnatal</b>	601
<b>Violencia directa</b>	260
<b>Kala azar</b>	11
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	83
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	6
<b>Cólera</b>	37
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	22
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	38

 <b>Darfur Norte, cólera</b>	<b>Emergencia en Darfur Norte</b>	
<b>Localización</b>	Estado del Nilo Blanco	
<b>Población objetivo</b>	100.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2016 – Octubre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y la mortalidad en la población más vulnerable	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	101.661,01€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-

MSF lanzó una intervención para contener el brote de cólera en el estado del Nilo Blanco, con dos unidades de tratamiento: una en Al Kashafa y otra en Khor Alwaral. Fuera de estos centros y en respuesta a la solicitud del Ministerio de Salud, MSF también ayudó a contener el brote en Rabaka y Kosti, dando apoyo al equipo móvil de Ministerio durante el pico de la epidemia (del 22 de junio al 19 de julio). En Darfur Norte, desde principios de julio hasta finales de septiembre, el brote llegó primero a Gara Zawya y luego a El Sireaf; como respuesta, MSF estableció dos unidades de tratamiento en estas localidades.

# Sudán del Sur

**MSF trabaja en las regiones hoy pertenecientes a Sudán del Sur desde 1983 y MSF-E, desde 2004. Todos los centros operacionales están presentes en el país.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 181.  
Esperanza de vida: 56,1 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 1.882 dólares/año (1.779 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado e inestabilidad interna.

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



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	51,34	334,18	7,66	393,18
Internacional	18,17	28,15	-	46,32

En 2017, la prolongada guerra civil de Sudán del Sur no solo continuó, sino que se intensificó. Los enfrentamientos en Juba en julio de 2016 y la consiguiente derrota de la oposición dirigida por Riek Machar abrieron una nueva fase en el conflicto. Por un lado, el conflicto que se había estado gestando en las Ecuatorias explotó tras la retirada de Machar a República Democrática del Congo (RDC); desde entonces, las Ecuatorias han quedado inmersas en la nueva fase del conflicto, forzando a más de un millón de sursudaneses a huir a Uganda y RDC. Por otro lado, el Ejército sursudanés (SPLA) avanzó mucho en los territorios ocupados por la oposición en el norte del país y en las principales ciudades de las Ecuatorias. La crisis se vio exacerbada por la violencia étnica, las violaciones sistemáticas de los derechos humanos, los desplazamientos internos y externos masivos, el colapso de la economía y las divisiones internas en ambos bandos del conflicto.

Las tendencias en el contexto humanitario en 2017 reflejan en gran medida lo sucedido en años anteriores, con un desplazamiento incesante y generalizado, inseguridad alimentaria, brotes de enfermedades transmisibles y problemas de acceso para las organizaciones humanitarias. Aproximadamente uno de cada tres sursudaneses estaba desplazado a mediados de 2017, un año en el que los enfrentamientos causaron el desplazamiento interno de 1,9 millones de personas y la huida a países vecinos de otros 2 millones.

Millones de personas siguen dependiendo de la ayuda alimentaria y otra asistencia humanitaria; a pesar de algunos logros tras la cosecha, que aliviaron el hambre y la desnutrición, 4,8 millones de personas vivían en la inseguridad alimentaria a finales de 2017.

Debido a estos desplazamientos repetidos, a esta inseguridad alimentaria, a la disfuncionalidad de la atención médica primaria y secundaria y a la temporada de lluvias, en 2017 estalló además la epidemia de cólera más letal desde la independencia del país en 2011. Son ya tres años consecutivos de cólera en el país; la mayor parte del territorio ha sufrido brotes de esta misma

enfermedad y también de malaria, sarampión y otras patologías transmitidas por el agua e infecciosas. En 2017, también se produjo un brote de kala azar.

En octubre, MSF-CH realizó una campaña de vacunación contra el cólera a gran escala en Juba, que llegó a casi 200.000 personas. En cuanto al kala azar, MSF-H registró un número particularmente grande de casos en Lankien, en el estado de Jonglei, la región que habitualmente presenta una mayor prevalencia de la enfermedad.

En este contexto de crisis continua, el acceso de las organizaciones humanitarias ha sido un problema constante, con un número de problemas notificados a OCHA<sup>1</sup> durante el último trimestre de 2017 superior al del mismo periodo de 2016. Noviembre fue el mes más mortífero desde diciembre de 2013: nueve trabajadores humanitarios fueron asesinados. A lo largo del año, varios incidentes de seguridad forzaron el cierre de actividades humanitarias y el traslado del personal; concretamente, fueron saqueadas o destruidas instalaciones de salud y de nutrición, por citar solo algunos ejemplos. Estos incidentes tuvieron un grave impacto en la capacidad de trabajo de todas las organizaciones humanitarias, incluida MSF.

<b>Datos financieros</b>		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	2.522.281,72	26,19
Melut, atención médica a desplazados	91.520,38	0,95
Malakal, atención médica a desplazados	3.756.267,76	39,00
Wau Shilluk, atención médica a desplazados	359.491,89	3,73
West Bank (Kodok y Aburoc), respuesta de emergencia	1.464.331,08	15,20
Yambio, VIH (diagnóstico y tratamiento)	1.041.521,61	10,82
Plan de preparación para emergencias	395.804,12	4,11
<b>Total gastos</b>	<b>9.631.218,56</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
Gobierno del estado de Ontario, Canadá	321.119,52	3,33
Ayuda Humanitaria Internacional de Canadá (IHA)	655.185,25	6,80
<b>Total fondos institucionales</b>	<b>976.304,77</b>	<b>10,13</b>
MSF Grecia	42.850,00	0,44
MSF Noruega	2.053.420,55	21,32
MSF España	6.388.835,11	66,34
MSF Uruguay	169.808,13	1,77
<b>Total fondos privados</b>	<b>8.654.913,79</b>	<b>89,87</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>9.631.218,56</b>	<b>100,00</b>




**Melut**

**Atención médico-humanitaria a la población desplazada**

<sup>1</sup> Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.

<b>Localización</b>	Melut, estado de Alto Nilo Norte	
<b>Población objetivo</b>	80.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2014 – Enero de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto, en los campos de Denthoma 1 y 2, el PoC de Melut y en los asentamientos cercanos en las escuelas de Paloich, Malek y Koradar (cuando es posible el acceso)	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	91.520,38 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	0,21	0,34
<b>No sanitario</b>	1,66	0,35

En respuesta a lo que era una crisis humanitaria extrema, MSF-E inició este proyecto de salud primaria y secundaria en febrero de 2014, para atender a los desplazados en la ciudad de Melut. En mayo de 2015, nuevos combates entre el Gobierno y las fuerzas de la oposición causaron un nuevo desplazamiento, tanto de quienes ya estaban desplazados como de la población de acogida. La base de MSF-E fue saqueada y el equipo evacuado. La clínica afortunadamente no se vio afectada. La mayoría de la población de los campos de Denthoma huyó de Melut y se dispersó en Paloich, Koradar y Malek, en el condado de Melut. Tras la primera revisión trimestral de 2016, los indicadores médicos confirmaban el bajo número de pacientes atendidos en consulta y hospitalización, en comparación con el coste de las operaciones. Por todo ello, se decidió el cierre del proyecto en enero de 2017. Este se produjo sin mayores problemas. MSF acordó con el Gobierno trasladar la mayoría de los artículos médicos, farmacéuticos y logísticos (incluidos 12 contenedores) desde Melut al proyecto de Malakal. Los servicios se traspasaron a las estructuras de salud existentes y se realizaron capacitaciones en programas verticales y donaciones médicas. En enero, el equipo finalizó todas las donaciones planificadas de material médico y logístico a las estructuras de salud de Melut y cerró el proyecto.

	<b>Malakal</b>	<b>Atención médico-humanitaria a la población desplazada</b>
<b>Localización</b>	Malakal, estado de Alto Nilo Central	
<b>Población objetivo</b>	47.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Diciembre de 2013 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Dar asistencia sanitaria a los pacientes hospitalizados y a las víctimas de la violencia en el PoC y la ciudad de Malakal, así como dar seguimiento y respuesta a cualquier emergencia médico-humanitaria en Malakal y alrededores (Baliet y Akoka) y abogar por unas condiciones de vida dignas para los desplazados del PoC	

<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	3.756.267,76 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	87,61	11,57
<b>No sanitario</b>	119,27	4,92

A finales de 2017, el Gobierno del Alto Nilo Central trasladó a la ciudad de Malakal a unos 7.000 desplazados (de los 25.690 que había anunciado que reubicaría) y solicitó asistencia humanitaria para los recién llegados. Como no había centros de salud en la ciudad de Malakal, en marzo de 2016 MSF-E había abierto una clínica ambulatoria con programas verticales para kala azar, tuberculosis y VIH y atención hospitalaria básica, para atender a los 4.500 desplazados reubicados en Malakal tras los enfrentamientos en el campo de Protección de Civiles de la ONU (PoC) el mes anterior. A finales de 2016, MSF complementó estos servicios con actividades de salud sexual y reproductiva.

MSF-E sigue siendo el único actor capaz de proporcionar atención secundaria de calidad y otros servicios críticos dentro y fuera del PoC. A finales de 2017, la población en la ciudad de Malakal se había triplicado, para llegar a más de 15.000 personas. En el PoC, las cifras variaron, pasando de 33.000 a finales de 2016 a 24.000 a finales de 2017.


MSF actualmente dirige dos hospitales: uno en el PoC y otro en la ciudad. Las actividades médicas en el PoC son de urgencias, hospitalización, nutrición terapéutica (hospitalaria y ambulatoria), VIH, tuberculosis, kala azar, violencia sexual y de género, salud mental y promoción de la salud.

En cuanto a Malakal, MSF ofrece, además de todas las anteriores, salud sexual y reproductiva: consulta pre y posnatal, planificación familiar y maternidad. También tiene un servicio de ambulancias, que conecta los dos hospitales. MSF ha firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud para trasladar los servicios de Malakal a una estructura más permanente hasta que concluya la intervención a finales de 2018.

En 2017, MSF comenzó a trabajar en la implementación de un modelo descentralizado de atención en Akoka y Baliet. MSF envía una clínica móvil bimensual a Wau Shilluk, así como clínicas móviles *ad hoc* en el área de Canal y Khoufulus. Estas clínicas móviles ofrecen consultas externas, atención prenatal, inmunización, desparasitación (a menores de 5 años), distribución de mosquiteras y jabón (en las consultas prenatales y por cada niño vacunado), distribución de agua según las necesidades y derivación de pacientes.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	62.432
<b>Hospitalizaciones</b>	3.444
<b>Malaria (total)</b>	3.531
<b>CNT hospitalario</b>	259
<b>CNT ambulatorio</b>	140
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	2.025
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	831
<b>Partos</b>	382

<b>Interrupciones del embarazo</b>	1
<b>Atención prenatal</b>	546
<b>Violencia sexual</b>	13
<b>Violencia directa</b>	3.727
<b>VIH</b>	112
<b>TAR 1ª línea (total)</b>	112
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	67
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (madres)</b>	4
<b>TB (total)</b>	68
<b>Kala azar</b>	125
<b>THA (enfermedad del sueño)</b>	23
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	9
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	799
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	357

 <b>Wau Shilluk</b>		<b>Atención médico-humanitaria a la población desplazada</b>	
<b>Localización</b>	Wau Shilluk, estado de Fashoda		
<b>Población objetivo</b>	20.438 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2015 – Febrero de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Asegurar la atención secundaria a la población vulnerable del asentamiento de Wau Shilluk y la respuesta de emergencia en la ribera occidental del Nilo Blanco, en el estado de Alto Nilo		
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	359.491,89 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	7,11	0,59	
<b>No sanitario</b>	11,58	0,68	

A lo largo de 2016, la presencia de MSF-E había sido de gran valor para la población de Wau Shilluk y las áreas circundantes, tanto para los desplazados como para la población de acogida: era el único proveedor de atención médica primaria y secundaria de calidad, lo que garantizaba la derivación de casos graves y el monitoreo continuo de la situación humanitaria. MSF seguía preparada para responder a emergencias en la ribera occidental del Nilo Blanco.


El río siguió siendo escenario de guerra hasta mediados de 2017, manteniéndose la presión del Ejército sobre el SPLA-IO. La comunidad shilluk, que originalmente venía de la ciudad de Malakal u otras partes de la ribera occidental y tenía la esperanza de regresar a su hogar, fue empujada más hacia el norte (hacia Kodok, Aburoc y el vecino Sudán) por renovados enfrentamientos que tomaron a la población como blanco directo.

En febrero de 2017, después de casi dos semanas de intensos combates en la ribera occidental del Nilo, el Ejército arrebató el control del pueblo de Wau Shilluk a la oposición.

Durante los enfrentamientos, MSF evacuó al personal internacional a Kodok mientras el nacional mantenía los servicios hospitalarios (consultas y hospitalización). El 3 de febrero, cuando el Ejército entró en Wau Shilluk, el equipo nacional también se marchó a Kodok, llevándose consigo a trece pacientes para ingresarlos en el hospital del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

La ciudad y su periferia se quedaron desiertas: se marcharon entre 20.000 y 30.000 personas y MSF cerró por completo el proyecto. El hospital fue saqueado y destruido.

<b>Actividades</b>	Total
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	1.523
<b>Hospitalizaciones</b>	83
<b>Malaria (total)</b>	82
<b>CNT hospitalario</b>	6
<b>CNT ambulatorio</b>	11
<b>Violencia directa</b>	37
<b>Kala azar</b>	6

 <b>Ribera occidental (Kodok y Aburoc), emergencia</b>		<b>Atención médico-humanitaria a la población desplazada</b>
<b>Localización</b>	Ribera occidental del Nilo Blanco (Kodok y Aburoc), estado de Fashoda	
<b>Población objetivo</b>	16.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2017 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Garantizar atención médica esencial y de emergencia a la población afectada por el conflicto del estado de Fashoda y las áreas circundantes para evitar el exceso de morbilidad y mortalidad	
<b>Tipo de población</b>	Mixta: desplazada y general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.464.331,08 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	19,64	1,59
<b>No sanitario</b>	38,69	2,03

MSF comenzó a responder a las necesidades médicas y humanitarias de los desplazados por la violencia en la ribera occidental del Nilo Blanco con un proyecto de emergencia. En una primera fase, se mantuvo un equipo básico de cuatro internacionales en Kodok; daban apoyo al CICR en sus actividades quirúrgicas, y aparte realizaban consultas externas en colaboración con las autoridades sanitarias y evaluaciones de la población desplazada.



El número de desplazados registrados en Aburoc superaba los 22.500 en febrero de 2017, aunque MSF estima que había unos 15.000 más en pueblos a lo largo de una franja a unos 30 km al sur de Kodok. Para finales de año, había unas 15.000 personas en el campo de desplazados de Aburoc y en las áreas circundantes, pero acabaron marchándose a Sudán o estableciéndose en otras áreas de la ribera occidental.


El asentamiento no tenía vínculos oficiales con el Gobierno hasta el 11 de septiembre de 2017, cuando el Ejército asumió el control en una operación de un día. MSF-E evacuó a su personal internacional durante una semana, pero reabrió la sala de urgencias el día 12 y para el 13 ya se habían reanudado los servicios completos. El personal internacional regresó al campo una semana después del evento. MSF-E contactó con todos los actores implicados para reanudar lo antes posible las actividades.

En noviembre y diciembre, la provisión de agua potable se convirtió en una preocupación, ya que la estación seca cogió desprevenidos a los actores humanitarios presentes en la zona. MSF tomó el relevo de las actividades de agua y saneamiento en el seno del *cluster*, reiterando la necesidad de mitigar aquellas situaciones donde las necesidades básicas, como el agua, puedan convertirse en un factor de presión para que la población vulnerable se mueva a Kodok o abandonen el campo cuando en realidad las condiciones de seguridad aún no lo aconsejan.

MSF estableció una clínica con capacidad de entre 12 y 20 camas, para proporcionar atención primaria y secundaria a toda la población. El paquete básico de atención consiste en consultas externas, vacunación rutinaria, clínica móvil, hospitalización (con salas pediátricas y de adultos, oxígeno y transfusión), salud sexual y reproductiva, atención posnatal, maternidad, servicios para víctimas de violencia sexual, urgencias, sala de observación, nutrición terapéutica hospitalaria, plan de víctimas en masa, promoción de la salud, vigilancia comunitaria, respuesta de emergencia, plan de contingencia para la temporada de lluvias, programas de TB y kala azar y derivaciones a los hospitales de MSF en el PoC de Malakal y en Juba.

Entre mayo y junio de 2017, MSF respondió a un brote de cólera y realizó una vacunación masiva con la vacuna oral del cólera.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	19.944
<b>Hospitalizaciones</b>	505
<b>Malaria (total)</b>	1.168
<b>Partos</b>	29
<b>Violencia sexual</b>	2
<b>Violencia directa</b>	298
<b>Kala azar</b>	32
<b>Cólera</b>	509
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	386

 <b>Yambio</b>	<b>Proyecto de diagnóstico y tratamiento del VIH</b>
<b>Localización</b>	Condado de Yambio, estado de Gbudue
<b>Población objetivo</b>	104.690 personas

<b>Fecha de inicio y fin</b>	Febrero de 2015 – Diciembre de 2018	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Evaluar la aceptabilidad y factibilidad de la estrategia de diagnóstico y tratamiento ( <i>Test &amp; Treat</i> ) en el ámbito comunitario, para crear un modelo que pueda reproducirse en otras áreas o países con pocos o ningún servicio de VIH, y evaluar y responder a emergencias médicas y humanitarias	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	1.041.521,61€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	9,48	2,90
<b>No sanitario</b>	38,93	3,18

Durante 2017, las negociaciones entre el Movimiento de Liberación Nacional de Sudán del Sur y el Gobierno inauguraron un periodo de calma tensa. A lo largo del año, más de 120.000 personas fueron desplazadas al campo y hacia áreas urbanas, y más de un millón buscaron refugio en países vecinos (principalmente Uganda).

Este proceso va de la mano de una grave crisis económica que afecta a todo el país. En el estado de Gbudue, ha provocado una inflación del 600% en cuatro meses y el impago de salarios a los funcionarios públicos y las fuerzas de seguridad desde abril de 2017. La situación económica también se agravó por la inaccesibilidad de las carreteras debido a la lluvia y la inseguridad, que perjudicaron mucho la llegada de suministros desde Juba.

MSF España trabajó con algunas interrupciones parciales. Este proyecto se realiza en colaboración con el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud, con el Programa de Desarrollo (PNUD) y el Fondo Mundial aportando pruebas de diagnóstico y medicamentos. Este estado tiene la prevalencia de VIH más alta en el país: 6,8% en la franja de 15 a 49 años). En todo el país, se estima que solo un 10% de las personas que lo necesitan reciben tratamiento antirretroviral (según ONUSIDA).

MSF ofrece asesoramiento y pruebas de VIH, iniciación del tratamiento, reposición de medicamentos, consultas médicas, prueba de la TB en cada visita, control de la carga viral a los 6 y 12 meses, asesoramiento de adherencia a los pacientes con carga viral alta persistente, tratamiento de segunda línea cuando es necesario, tratamiento de enfermedades comunes como la malaria, apoyo nutricional y atención médica básica y psicológica para víctimas de violencia sexual y de género.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	425
<b>Malaria (total)</b>	221
<b>CNT ambulatorio</b>	13
<b>Violencia sexual</b>	25
<b>Violencia directa</b>	1
<b>VIH</b>	379
<b>TAR 1ª línea (total)</b>	370

<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	53
<b>TAR 2ª línea</b>	9
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Madres)</b>	14
<b>Prevención de la Transmisión Vertical (Hijos)</b>	14
<b>TB (total)</b>	7
<b>Vacunación sarampión (rutina)</b>	1029
<b>Bienes de primera necesidad</b>	813

# Tailandia

MSF trabajó en Tailandia por primera vez en 1976. MSF-E empezó a trabajar en 2017 y es el único centro operacional presente en el país.

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 87.  
 Esperanza de vida: 74,6 años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita: 14.519 dólares/año (13.723 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable

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

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	3	0,82	3,82
Internacional	1,56	0,56 <sup>1</sup>	2,12



Tailandia es una monarquía constitucional que, desde el golpe de Estado de 2014, está dirigida por una junta militar: el Consejo Nacional para la Paz y el Orden. Las elecciones han sido aplazadas en varias ocasiones. La capital, Bangkok, es la ciudad más poblada y la religión nacional es el budismo, aunque hay muchos grupos minoritarios. También hay un gran colectivo de migrantes.


El llamado 'sur profundo' del país ha sido durante mucho tiempo una zona problemática, de conflicto crónico, ya que es predominantemente musulmana; culturalmente, de hecho, se parece más a Malasia que a Tailandia. La sanidad pública ofrece atención médica y salud mental, pero estos servicios no siempre son utilizados por las personas que más los necesitan que, a menudo, no pueden acudir a las estructuras de salud o prefieren no hacerlo.

MSF Tailandia ha abierto recientemente un centro de apoyo y asesoramiento en Pattani (una de las tres provincias del sur profundo), destinado a los niños afectados por la inestabilidad y sus familias. El enfoque inicial se centra en niños y huérfanos, aunque la previsión es ampliar servicios en 2018 para todos los que lo necesiten, tanto en Pattani como en las otras dos provincias, Yala y Narathiwat.

Datos financieros		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	239.521,47	56,11
Víctimas de tortura, exploratoria	22.342,54	5,23
Sur profundo, víctimas de trato cruel e inhumano	165.002,18	38,66
<b>Total gastos</b>	<b>426.866,19</b>	<b>100,00</b>

<sup>1</sup> Incluye los FTE correspondientes a una misión exploratoria no reportada en este informe.

<b>Financiaciones</b>		
MSF España	426.866,19	100,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>426.866,19</b>	<b>100,00</b>
<hr/>		
<b>Total financiaciones</b>	<b>426.866,19</b>	<b>100,00</b>

 <b>Sur profundo, víctimas de trato cruel e inhumano</b>	<b>Apoyo a la población afectada por el conflicto y la violencia relacionada</b>	
<b>Localización</b>	Provincias del sur profundo	
<b>Población objetivo</b>	350.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Junio de 2017 – Julio de 2020	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Mejorar el acceso a la atención médica, con enfoque en la salud mental, para las personas afectadas por conflictos que no pueden o no desean acceder a los servicios gubernamentales de salud existentes	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Estable	
<b>Gasto del proyecto</b>	165.002,18 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,16
<b>No sanitario</b>	0,82	0,25

Muchas personas en esta región no usan los servicios de salud pública disponibles, por lo que quedan necesidades no satisfechas. No confían en el sistema o creen que no son confidenciales. El proyecto tiene como objetivo proporcionar una atención integral de calidad, con un enfoque en la salud mental, para los afectados por el conflicto crónico y para los colectivos marginados.

El equipo ha trabajado en red con varios actores en el área, ONG, agencias gubernamentales y militares para compartir planes y establecer relaciones de trabajo. Se han organizado grupos de referencia y capacitaciones para facilitar derivaciones de personas que necesiten atención hasta el centro de asesoramiento y para crear interacciones de apoyo mutuo con aquellos que también estén asistiendo a esta población vulnerable y marcada por el estigma.

# Territorios Palestinos Ocupados (TPO)

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

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 114.  
Esperanza de vida: 73,1 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 5.256 dólares/año (4.968 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado.

**Población asistida:** víctimas de conflicto armado.



RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	3	23,06	26,06
Internacional	2,78	4,07 <sup>1</sup>	6,85

2017 estuvo marcado tanto por la ausencia de progresos –de hecho, de cualquier movimiento, aunque fuera de retroceso– en la resolución del conflicto israelo-palestino; en el caso de la reconciliación entre Fatá y Hamás, hubo solo un limitado avance.

La población dio muestras de un creciente descontento con la Autoridad Palestina. El mantenimiento de la paz con Israel y la apuesta por la solución de los dos Estados, que tiene el apoyo internacional, no se ha plasmado en resultados tangibles. En el caso de Gaza, la situación siguió deteriorándose, afectando incluso a los servicios de salud. La implementación de los Acuerdos de Oslo (1993) y la construcción de un Estado palestino parecen más difíciles que nunca, especialmente tras la declaración unilateral del presidente estadounidense, Donald Trump, en diciembre de 2017 reconociendo Jerusalén como capital de Israel.

En 2017, la violencia relacionada con el conflicto se redujo en general. En todo caso, continuaron (si bien a menor ritmo) la expansión de las colonias, las demoliciones de viviendas palestinas y las detenciones administrativas, y se observó una mayor violencia por parte de los colonos israelíes.

A lo largo del año, MSF-E siguió respondiendo a las consecuencias psicosociales de la violencia prolongada y a los problemas de salud mental desde el proyecto de Hebrón; en paralelo, concluyó la intervención de emergencia en Belén y Ramala iniciada en 2016.

Datos financieros		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	462.896,03	29,92


<sup>1</sup> Incluye los FTE de una investigación operacional no desarrollada en este informe.

Hebrón, asistencia psicosocial y médica	932.913,68	60,30
Belén y Ramala, misión exploratoria de salud mental	151.063,96	9,76
TPO, investigación operacional en salud mental	371,75	0,02
<b>Total gastos</b>	<b>1.547.245,42</b>	<b>100,00</b>

### Financiaciones

MSF Grecia	70.000,00	4,52
MSF España	344.776,51	22,28
MSF Canadá	332.468,91	21,49
MSF Bélgica	800.000,00	51,71
<b>Total fondos privados</b>	<b>1.547.245,42</b>	<b>100,00</b>


<b>Total financiaciones</b>	<b>1.547.245,42</b>	<b>100,00</b>
-----------------------------	---------------------	---------------

	<b>Hebrón</b>	<b>Asistencia médica y psicosocial a las víctimas de la violencia relacionada con el conflicto (israelo-palestino e intrapalestino)</b>	
<b>Localización</b>	Hebrón		
<b>Población diana</b>	12.565 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2000 – Diciembre de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Proporcionar asistencia psicosocial y médica y apoyo social a las víctimas de la violencia relacionada con el conflicto		
<b>Tipo de población</b>	Población general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	932.913,68€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	7,46	2,83	
<b>No sanitario</b>	14,07	1,06	

En la gobernación de Hebrón, MSF ofrece servicios de salud mental a la población afectada por el conflicto, en distintos niveles. Después de un incidente violento, se proporcionan primeros auxilios psicológicos, derivándose si es necesario al paciente a servicios más especializados. Después, los psicólogos determinan la necesidad de psicoterapia y dan seguimiento a los casos más graves. Y finalmente, los trabajadores psicosociales realizan de forma regular actividades psicoeducativas en grupo. Para terminar, se ofrece atención psiquiátrica adicional (que incluye medicación psicotrópica) a pacientes con trastornos graves.

Durante 2017, el proyecto de Hebrón impulsó nuevas actividades de salud mental desde un enfoque comunitario, que permitió llegar a más personas, abordar la salud mental y el problema del estigma y al mismo sentar las bases para futuras intervenciones que incluirán un enfoque preventivo complementario al asistencial.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	3.999
<b>Víctimas de tortura</b>	18
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	4.034
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	550

	<b>Belén y Ramala</b>	<b>Misión exploratoria</b>
<b>Localización</b>	Gobernaciones de Belén y Ramala	
<b>Población diana</b>	8.609 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Marzo de 2016 – Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Proporcionar asistencia de emergencia en salud mental y psicosocial a las víctimas de la violencia relacionada con el conflicto	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	151.063,96€	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	1,28	-
<b>No sanitario</b>	0,25	-

En 2016 y 2017, MSF ofreció en Belén y Ramala servicios psicosociales y de salud mental en situación de emergencia (con primeros auxilios psicológicos, seguimiento, asesoramiento y psicoeducación) a las personas afectadas por la violencia relacionada con el conflicto. Esta intervención se concluyó al terminar 2017.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	772
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	47
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	232



# Turquía

**MSF trabajó por primera vez en Turquía en 1992 y MSF-E en 2011. Las otras secciones presentes en el país son MSF-B y MSF-H.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 71.  
 Esperanza de vida: 75,7años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita:  
 18.705dólares/año (15.177euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable.

**Población asistida:** víctimas de conflicto agudo


RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	-	13,28	13,28
Internacional	2,18	0,99	3,17



A causa de las crisis en Oriente Próximo y en África, las cifras de migrantes y refugiados que llegan a Turquía siguen aumentando, y Estambul se ha transformado en uno de los principales centros europeos de 'recepción'. Paralelamente, están aumentando las cifras de migrantes y refugiados que pueden haber sufrido tratos crueles e inhumanos. En general, debido a la falta de actores sanitarios y a la restrictiva legislación, el acceso de este colectivo a los servicios de salud en Turquía es limitado; en cuanto a los servicios específicos que necesitan las víctimas de traumas, son inexistentes.

Por esta razón, en abril de 2017, MSF abrió un centro de rehabilitación para víctimas de trato cruel e inhumano, cuyo enfoque es multidisciplinario. Su objetivo no es solo aliviar las necesidades de la población vulnerable de migrantes y refugiados, sino contribuir también a construir en nuestro centro operacional capacidad y conocimiento sobre la atención a estas víctimas.

Datos financieros		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	127.136,29	19,58
Estambul, víctimas de trato cruel e inhumano	522.320,43	80,42
<b>Total gastos</b>	<b>649.456,72</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF España	649.456,72	100,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>649.456,72</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>649.456,72</b>	<b>100,00</b>

	<b>Estambul</b>	<b>Centro de rehabilitación de migrantes y refugiados víctimas de trato cruel e inhumano</b>	
<b>Localización</b>	Estambul		
<b>Población objetivo</b>	25.500 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2017 – Diciembre de 2019		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Rehabilitación de la salud de los migrantes y refugiados que han sufrido trato cruel e inhumano y viven en Turquía		
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	522.320,43€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	5,74	0,40	
<b>No sanitario</b>	7,54	0,59	

El proyecto se implementa en colaboración con una organización local, Asamblea de Ciudadanos, ya que MSF no puede trabajar en Turquía. Gracias a la lógica multidisciplinaria, se cubren cuatro ejes: atención médica (incluyendo fisioterapia); manejo del dolor y derivación a especialistas externos; atención psicológica (con servicios de salud mental); y apoyo social y legal (con evaluación de necesidades y referencia a otros actores en caso necesario).

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	23
<b>Violencia sexual</b>	2
<b>Víctimas de tortura</b>	21

# Venezuela

**MSF-E trabaja en Venezuela desde 2015. El otro centro operacional presente en el país es MSF-B.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 71.  
Esperanza de vida: 74,4 años.  
Ingreso Nacional Bruto per cápita: 15.129 dólares/año (14.300 euros/año).

**Contexto de la intervención:** inestabilidad social.

**Población asistida:** víctimas de Otras Situaciones de Violencia (OSV) y personas excluidas de la asistencia sanitaria.

RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	4,00	17,26	21,26
Internacional	4,05	3,53	7,58




El deterioro constante de la situación política, social y económica desde 2016 ha tenido consecuencias palpables en el acceso a la salud y los alimentos por parte de la población. Las tentativas de diálogo entre Gobierno y oposición no han dejado ningún acuerdo tangible, por lo que la población ha seguido expuesta a situaciones de crisis. Según el Observatorio Venezolano de la Violencia (OVV), en 2017 se ha acentuado el desabastecimiento, se han encarecido todos los productos de la cesta alimentaria y se han deteriorado los ingresos domésticos, generando una progresiva pauperización de enormes sectores sociales. Los estudios realizados por las universidades nacionales muestran que cuatro de cada cinco hogares venezolanos (82%) están en situación de pobreza y que más de la mitad de las familias (52%) se encuentran en la pobreza extrema, es decir, no logran cubrir sus necesidades alimentarias básicas.

La violencia sigue siendo uno de los mayores retos en el día a día de venezolanos y extranjeros. En 2017, se han registrado un total de 26.616 muertes violentas, lo que representa un promedio de 89 homicidios por cada 100.000 habitantes. También en el año 2017, entre los meses de abril y julio, se presentaron un conjunto de situaciones de violencia vinculadas a la protesta social y política de los ciudadanos y la represión ejercida por los cuerpos policiales y militares. Algunas organizaciones de la sociedad civil estimaron en 163 el número de fallecidos en estas protestas y, en el informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, se afirma que hubo 124 muertos debido a las confrontaciones y al uso –desproporcionado o intencional– de la violencia por parte de la fuerza pública. Caracas es uno de los cinco estados con más de 100 muertos por cada 100.000 habitantes. La asistencia en salud mental a los familiares de las víctimas de homicidio y otras situaciones de violencia es una prioridad, junto con la atención integral a víctimas de la violencia sexual.

Durante las protestas de abril a julio, MSF dio apoyo a dos hospitales y tres ambulatorios de Caracas. El apoyo consistió en capacitación del personal sanitario en PAP (Primeros Auxilios Psicológicos), donación de insumos y apoyo logístico (ambulancias, transporte, agua y electricidad). Al mismo tiempo, a la vista del ya precario sistema de salud, MSF continuó


monitorizando con atención y de forma directa no solo escenarios como el posible aumento de la mortalidad infantil y materna, sino también otros como el nutricional y el epidémico.

<b>Datos financieros</b>		
	en euros	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	330.816,42	36,77
Caracas, OSV	516.836,34	57,45
Caracas, emergencia	51.942,69	5,78
<b>Total gastos</b>	<b>899.595,45</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF España	469.666,33	52,21
MSF Estados Unidos	429.929,12	47,79
<b>Total fondos privados</b>	<b>899.595,45</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>899.595,45</b>	<b>100,00</b>

	Caracas, OSV	Atención integral en salud mental a víctimas de Otras Situaciones de Violencia (OSV) y de la violencia sexual
<b>Localización</b>	Caracas	
<b>Población objetivo</b>	350.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Septiembre de 2015 – Junio de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir el sufrimiento y el impacto en la salud mental de la población afectada por OSV en Caracas y asegurar atención integral oportuna a las víctimas de violencia sexual	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	516.836,34 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	11,33	1,15
<b>No sanitario</b>	5,92	2,06

En 2017, las actividades formativas con grupos comunitarios y especialistas se desarrollaron con normalidad. MSF-E proporcionó atención integral a las víctimas de OSV y violencia sexual en dos centros de salud y en dos ambulatorios de los municipios de Libertador y Sucre. Se aseguró también la atención psicológica en colegios ubicados en los barrios más violentos de Caracas.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	1.896
<b>Violencia sexual</b>	77
<b>Víctimas de tortura</b>	6
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	1.706
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	299

 <b>Caracas, emergencia</b>	<b>Respuesta en las urgencias del servicio de salud al aumento de la violencia durante las protestas</b>	
<b>Localización</b>	Municipio de Chacao, en Caracas (Distrito Capital)	
<b>Población objetivo</b>	76.000 personas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2017 – Agosto de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad de las víctimas de las confrontaciones violentas entre civiles y fuerzas gubernamentales en la estructura de salud de Chacao	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Inestabilidad interna	
<b>Gasto del proyecto</b>	51.942,69 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,07
<b>No sanitario</b>	-	0,25

En el contexto de las manifestaciones públicas en Venezuela durante el primer semestre del año e inicio del segundo, se dieron en la ciudad de Caracas enfrentamientos entre civiles y personal de las fuerzas del orden público, de forma periódica y reiterativa, ocasionando daños materiales, lesiones físicas de leves a graves, e incluso la muerte de civiles y de personal de las fuerzas de orden público y el Ejército.

Muchos de los heridos, reticentes a acudir a los grandes hospitales del Gobierno por temor a ser detenidos, acudían principalmente a las estructuras municipales más cercanas a los lugares de los enfrentamientos, fundamentalmente el centro de salud Chacao. MSF dio apoyo a varias estructuras de salud en la zona, con el objetivo de asegurar la respuesta a una llegada masiva de víctimas. La intervención fue multidisciplinaria y se prolongó entre abril y agosto. Los pacientes fueron atendidos por personal médico, paramédico y de enfermería no familiarizado en la atención a víctimas de violencia urbana o traumatismos.

El apoyo por parte de salud mental del equipo de MSF se basó en acompañar, por una parte, al personal de urgencias de los centros de Chacao y Baruta, y, por la otra, a los pacientes que ingresaban por motivos asociados a las manifestaciones (asfixia por gases lacrimógenos, traumatismos, quemaduras, heridas de proyectil) y a sus familiares o acompañantes. En ocasiones, la intervención consistió únicamente en establecer un canal de información entre los afectados y sus acompañantes que contribuyera a tranquilizarlos; en otras, fue necesario contener la emocionalidad de los afectados, puesto que su nivel de incertidumbre con respecto al estado de

salud de sus allegados era alto (había mucho temor a que las heridas fueran graves o al fallecimiento del ser querido), lo cual se explica dadas las características de las confrontaciones.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	<b>378</b>
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	<b>19</b>
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	<b>7</b>

# Yemen

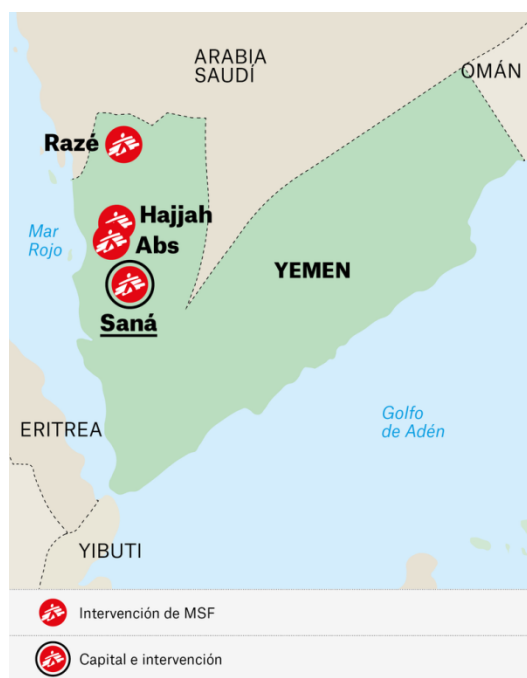
**MSF trabaja en Yemen desde 1994 y MSF-E, desde 2007. Los otros centros operacionales presentes en el país son MSF-H, MSF-CH y MSF-F.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 168.  
 Esperanza de vida: 64,1 años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita: 2.300 dólares/año (2.174 euros/año).

**Contexto de la intervención:** conflicto armado.

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



RRHH	Capital	Proyecto	Incentivos	Total
Nacional	59,71	215,32	104	379,03
Internacional	6,73	19,59 <sup>1</sup>	-	26,32

Casi tres años de conflicto han devastado Yemen, que ya incluso antes de la guerra era el país árabe más pobre: la situación humanitaria se ha ido deteriorando progresivamente. El conflicto no da señales de remitir pronto y en 2017 se produjeron más ataques aéreos que el año anterior. En noviembre, tras meses de creciente tensión y desconfianza entre los diferentes grupos representados en el Gobierno de Saná, se produjeron combates en la capital y sus alrededores, así como en las principales ciudades del norte del país, incluida la gobernación de Hajja.

En la que es una de sus misiones de mayor tamaño, MSF-E trabajó en cuatro hospitales y brindó apoyo a centros de salud en las gobernaciones de Hajja, Saada y Saná, con un gran volumen de personal nacional e internacional, así como personal incentivado del Ministerio de Salud.

Datos financieros		
	en €	%
<b>Gastos</b>		
Coordinación general	1.333.860,81	8,65
Abs, violencia	6.839.900,50	44,36
Apoyo al hospital de Hajja	3.079.532,35	19,97
Saná, intervención con pacientes con VIH	231.585,25	1,50
Programa de donaciones	342.437,18	2,22
Saná, violencia	129.228,30	0,84
Razé, violencia	750.759,22	4,87
Hajja, cólera	2.214.766,49	14,37


<sup>1</sup> Incluye los FTE del proyecto de unidad de quemados de Saná, que se iniciará en 2018.

Saná, unidad de quemados	45.235,93	0,29
Yibuti, base de operaciones	219.912,37	1,43
Plan de preparación para emergencias	230.623,15	1,50
<b>Total gastos</b>	<b>15.417.841,55</b>	<b>100,00</b>

### Financiaciones

MSF Argentina	879.642,55	5,71
MSF Austria	1.100.000,00	7,14
MSF Grecia	50.000,00	0,33
MSF Japón	833.974,10	5,41
MSF Noruega	120.500,03	0,78
MSF España	2.029.832,88	13,17
MSF Estados Unidos	5.188.693,30	33,65
MSF Canadá	2.011.439,47	13,04
MSF Uruguay	126.828,44	0,82
MSF Bélgica	2.800.000,00	18,16
MSF Luxemburgo	276.930,78	1,79
<b>Total fondos privados</b>	<b>15.417.841,55</b>	<b>100,00</b>

<b>Total financiaciones</b>	<b>15.417.841,55</b>	<b>100,00</b>
-----------------------------	----------------------	---------------

	<b>Distrito de Abs</b>	<b>Respuesta a la violencia y el desplazamiento en el distrito de Abs</b>	
<b>Localización</b>	Distrito de Abs, gobernación de Hajja		
<b>Población objetivo</b>	369.820 personas		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Abril de 2015 - Diciembre de 2017		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la morbilidad y mortalidad en la población afectada por el conflicto en el distrito de Abs		
<b>Tipo de población</b>	Población general		
<b>Contexto</b>	Conflicto armado		
<b>Gasto del proyecto</b>	6.839.900,50 €		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	108,91	6,96	
<b>No sanitario</b>	85,17	2,93	

Hajja Oeste, en el noroeste de Yemen, es una de las zonas más estratégicas para el conflicto, ya que limita con Arabia Saudí. Tras aumentar los bombardeos desde la frontera saudí, la población huyó hacia el sur, para instalarse en campos de desplazados. Ya antes de eso, la población de la gobernación y específicamente de su parte occidental (una franja costera) se vio afectada de forma crónica por la desnutrición y la escasez de agua. Ansarula-AH (hutíes) arrebató al Gobierno el control de la ciudad de Hajja y de parte de la gobernación sin que se produjeran enfrentamientos. Toda la población de la gobernación sufre el conflicto, empezando por los




heridos y los desplazados, pero también las comunidades de acogida, cuyas condiciones de vida se han deteriorado: la atención médica disponible se ha reducido y los productos básicos, incluyendo la comida, se han encarecido. Además, en cada pequeña ciudad hay una base militar que la convierte en un objetivo potencial.

MSF-E ha dado apoyo al hospital rural de Abs desde 2015 en colaboración con el Ministerio de Salud, aumentando su capacidad de 30 a 140 camas. El hospital fue bombardeado en agosto de 2016 y hasta tres meses después, en noviembre, no se reanudaron las actividades. MSF trabaja en los servicios de urgencias, cirugía, nutrición terapéutica con ingreso, laboratorio y esterilización; además, opera las derivaciones hacia los servicios terciarios de Hajja, Hudeida y Saná.

La capacidad del hospital se enfrenta al incremento de su área de responsabilidad. De hecho, cuenta con un equipo de clínica móvil que supervisa varios puntos de tratamiento de la malaria.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	63.775
<b>Hospitalizaciones</b>	10.879
<b>Malaria (total)</b>	1.830
<b>CNT hospitalario</b>	1.278
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	3.837
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	3.404
<b>Partos</b>	4.830
<b>Interrupciones del embarazo</b>	3
<b>Atención posnatal</b>	1.579
<b>Víctimas de tortura</b>	2
<b>Cirugía</b>	3.973
<b>Violencia directa</b>	500
<b>Kala azar</b>	25
<b>Sarampión (tratamiento)</b>	9
<b>Meningitis (tratamiento)</b>	62
<b>Cólera</b>	15.769
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	2.364
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	3.185

	<b>Hospital de Hajja</b>	<b>Atención médica básica y de urgencias</b>
<b>Localización</b>	Ciudad de Hajja, gobernación de Hajja	
<b>Población objetivo</b>	120.800 personas de población de acogida y 4.150 familias desplazadas en Hajja	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Agosto de 2015 - Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y morbilidad en las víctimas del conflicto en el hospital de Al Yumhuri, en especial heridos de guerra, embarazadas y personas con necesidades de salud mental	
<b>Tipo de población</b>	Población general	


<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	3.079.532,35 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	6,33	2,5
<b>No sanitario</b>	6,34	0,83

La gobernación de Hajja tiene una línea de frente activa en los distritos de Midi y Haradh, en la frontera con Arabia Saudí. La ofensiva en la costa norte de la coalición liderada por este último país no logró avances de consideración, aunque sí hubo varias oleadas de enfrentamientos feroces con víctimas en masa. Por otra parte, en la ciudad de Hajja y sus distritos, hay unos 26.000 desplazados y pocos actores humanitarios que puedan tomar el relevo de MSF.

El hospital Al Yumhuri es el más importante de toda la gobernación y es también el hospital de derivación para el hospital de Abs: tiene un alto nivel de especialización y capacidad de cuidados intensivos. La mayoría de los heridos se envían directamente al Yumhuri, así como otros casos críticos de trauma, maternidad y desnutrición.

En abril de 2017, el proyecto amplió su cobertura, que ya no se centra solo en los heridos, sino en todos los casos de emergencia. El número de heridos aumentó sustancialmente entre julio y noviembre, periodo en el que también aumentaron las intervenciones quirúrgicas. MSF ha establecido protocolos obstétricos y la calidad de la atención en la maternidad es buena y tiene una mejor aceptación entre las mujeres de la comunidad.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	49.864
<b>Hospitalizaciones</b>	3.875
<b>Malaria (total)</b>	332
<b>Consultas prenatales (totales)</b>	5.380
<b>Consultas prenatales (nuevas)</b>	2.831
<b>Partos</b>	1.241
<b>Atención posnatal</b>	3.083
<b>Víctimas de tortura</b>	3
<b>Cirugía</b>	2.202
<b>Violencia directa</b>	1.351
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	1.181
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	1.450

	<b>Saná, VIH</b>	<b>Intervención con pacientes con VIH/sida</b>
<b>Localización</b>	Saná, Taiz, Adén, Hudeida y Al Mukala	
<b>Población objetivo</b>	Unas 40.000 personas VIH-positivas	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2016 - Diciembre de 2017	


<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso a tratamientos de calidad para las personas con VIH/sida	
<b>Tipo de población</b>	Población general (personas con VIH/sida)	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	231.585,25 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	2,42	-
<b>No sanitario</b>	-	-

El VIH presenta importantes desafíos sociales, religiosos y políticos en el mundo islámico, donde padecer una enfermedad de transmisión sexual a menudo acarrea estigma, tabú y discriminación. El estigma asociado al VIH es particularmente grave en Yemen y puede estar ocultando la verdadera tasa de prevalencia, que oficialmente es del 0,2%.

Desde marzo de 2015, MSF cambió de estrategia, para centrarse en garantizar la continuidad de la medicación para los pacientes que ya la estaban recibiendo en todo el país. Es un plan de contingencia, realizado en colaboración con el Programa Nacional de Sida, y que, además del tratamiento, incluye sensibilización comunitaria, apoyo psicológico y tareas de incidencia política.


En el hospital Al Yumhuri de Saná, concretamente en el Centro de Tratamiento Antirretroviral, también se implementaron actividades de salud mental, con consultas individuales o en grupo.

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Indicadores cuantitativos	
<b>Consultas externas</b>	1.342
<b>Víctimas de tortura</b>	11
<b>VIH</b>	2.844
<b>TAR 1ª línea (casos)</b>	2.108
<b>TAR 1ª línea (nuevos)</b>	410
<b>TAR 2ª línea</b>	29
<b>Prevención de la Trasmisión vertical (madres)</b>	11
<b>Prevención de la Trasmisión vertical (hijos)</b>	11
<b>TB (total)</b>	28
<b>TB (MDR)</b>	2
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	1.423
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	1.677

 <b>Programa de donaciones</b>	<b>Programa de donaciones para heridos en el conflicto</b>
<b>Localización</b>	Hospitales Al Yumhuri, Al Thaura y otros de la periferia de Saná
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2015 - Diciembre de 2017
<b>Objetivo del proyecto</b>	Asegurar suministros médicos para intervenciones vitales con pacientes traumáticos

<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	342.437,18 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	-
<b>No sanitario</b>	-	-


En respuesta al conflicto, MSF lanzó un programa de donaciones para la atención a los heridos, que cubre desde artículos y medicamentos de primeros auxilios a materiales quirúrgicos, posoperatorios, para la transfusión de sangre y para la hospitalización. El proyecto ayuda a los principales hospitales de Saná, especialmente el Al Yumhuri y el Al Thaura (que reciben a la mayoría de los heridos de la capital y del resto del país). En 2017, el apoyo de MSF permitió la reposición de *stocks*, beneficiando a gran cantidad de pacientes en las urgencias, las cirugías y las salas de hospitalización.

	<b>Saná, violencia</b>	<b>Atención de salud mental</b>
<b>Localización</b>	Saná, hospital de Al Yumhuri	
<b>Población objetivo</b>	15.000 heridos hospitalizados (estimación) y sus familias que necesitan apoyo psicosocial	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2015 - Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir las afecciones de salud mental de la población afectada por el conflicto	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	129.228,30 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	-	0,33
<b>No sanitario</b>	-	-

La atención a urgencias de salud mental se centra en el hospital Al Yumhuri de Saná y está destinada a heridos en el conflicto y pacientes externos, así como a sus familias, con especial atención a los desplazados y los niños. Los equipos de salud mental también ofrecen sesiones en grupo para sensibilizar a la población sobre esta problemática, reducir el estigma que la rodea y enseñar técnicas básicas de bienestar psicológico y afrontamiento.

En 2017, los esfuerzos se concentraron en mejorar la calidad de los servicios y capacitar a los equipos para recopilar, revisar y registrar la información en la base de datos de salud mental y en el Sistema de Información Sanitaria (HMIS) de MSF.


<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	1.853
<b>Salud mental, consultas individuales</b>	2.014
<b>Salud mental, consultas en grupo</b>	1.754

 <b>Razé, violencia</b>	<b>Atención vital urgente para traumatismos causados por el conflicto</b>	
<b>Localización</b>	Hospital rural de Razé, en la ciudad de Shiara (distrito de Razé, gobernación de Saada)	
<b>Población objetivo</b>	Directa de casi 91.000 personas en el distrito de Razé e indirecta de unas 100.000 en los distritos vecinos	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Enero de 2016 - Diciembre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir la mortalidad y la morbilidad para la población vulnerable víctima del conflicto que accede a la asistencia sanitaria en Razé y los distritos circundantes	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	750.759,22 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	1,70	0,71
<b>No sanitario</b>	3,50	1,31

La gobernación de Saada es la región de procedencia de los hutíes y se ha visto afectada por los conflictos desde 2004. Actualmente, tiene varias líneas de frente abiertas en el oeste, norte y noreste. En diciembre de 2017, el distrito de Razé, fronterizo con Arabia Saudí, sufrió una escalada de los enfrentamientos. El hospital de Razé, que ha sido atacado y parcialmente destruido dos veces durante este conflicto, es el único funcional, pero sus servicios son limitados. En este contexto inestable y geográficamente aislado, las personas tienen muchas dificultades para recibir atención médica.

El apoyo de MSF-E comenzó en noviembre de 2015, con gestión remota de las urgencias y la maternidad y los traslados urgentes hacia Saada (que han de realizarse por una carretera de montaña y tardan casi cinco horas). El equipo internacional llegó en septiembre de 2017, pero la inestabilidad impidió que se quedara en Razé o que pudiera asumir las actividades regulares.


<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Consultas externas</b>	2.316
<b>Hospitalizaciones</b>	389
<b>Malaria (total)</b>	86
<b>Partos</b>	95
<b>Violencia directa</b>	265

	<b>Cólera, gobernación de Hajja</b>	<b>Atención médica de emergencia a la población afectada por el cólera</b>
<b>Localización</b>	Dos centros de tratamiento del cólera en el distrito de Abs y en la ciudad de Hajja, con unidades de tratamiento y puntos de rehidratación oral en otros distritos	
<b>Población objetivo</b>	Población afectada por el cólera en la gobernación de Hajja	
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Mayo de 2017 - Octubre de 2017	
<b>Objetivo del proyecto</b>	Reducir el impacto del brote de cólera en la gobernación de Hajja, reduciendo la morbilidad y la mortalidad	
<b>Tipo de población</b>	Población general	
<b>Contexto</b>	Conflicto armado	
<b>Gasto del proyecto</b>	2.214.766,49 €	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
<b>Sanitario</b>	0,86	1,15
<b>No sanitario</b>	0,09	1,58

La situación en Yemen, que ya era grave antes del conflicto, se ha deteriorado progresivamente desde que estalló la guerra hace más de dos años. En octubre de 2016, estalló un brote de cólera, con los primeros casos confirmados en Saná y una rápida propagación a otras provincias. El cólera vino a golpear a una población que sufre una crisis humanitaria y un conflicto: se estima que casi el 60% de la población padece inseguridad alimentaria. Incluso antes de la guerra, la mayoría de la población no tenía acceso a agua potable y a un saneamiento adecuado. En la primavera de 2017, los casos de cólera aumentaron nuevamente: el equipo de MSF en Abs comenzó a recibir casos de Beni Yus (Hajja) el 30 de marzo.

El apoyo de MSF en los centros de tratamiento de cólera incluyó la capacitación del personal, promoción de la salud, agua y saneamiento, suministros médicos, alimentación para los pacientes y el pago de salarios al personal del Ministerio. Las actividades en Hajja capital se traspasaron a la Organización Internacional para las Migraciones en agosto, mientras que en Abs se redujeron, para cerrarse el 4 de noviembre al cabo de tres semanas consecutivas de cultivos negativos.

<b>Actividades</b>	
Indicadores cuantitativos	Total
<b>Cólera</b>	5.466

	<b>*Saná, unidad de quemados</b>	<b>Propuesta de apoyo a la unidad de quemados del hospital de Al Yumhuri en Saná, con donaciones de suministros médicos, en el primer semestre de 2018</b>
---	----------------------------------	--

\*Esta propuesta queda pendiente para 2018.

# Zambia

**MSF trabajó por primera vez en Zambia en 1999 y MSF-E en 2004. No hay otros centros operacionales presentes.**

## Índice de Desarrollo Humano (PNUD):

Clasificación del país: 139.  
 Esperanza de vida: 60,8 años.  
 Ingreso Nacional Bruto per cápita:  
 3.464 dólares/año (2.811 euros/año).

**Contexto de la intervención:** estable.

**Población asistida:** víctimas de conflicto agudo/población desplazada



RRHH	Capital	Proyecto	Total
Nacional	-	-	-
Internacional	-	-	-


Zambia, a diferencia de la mayoría de sus vecinos, ha logrado evitar la guerra y la agitación que ha marcado gran parte de la historia poscolonial de África, ganándose la reputación de país de estabilidad política. Además, ha experimentado un rápido crecimiento económico en la última década, ya que es el segundo mayor productor de cobre de África (después de República Democrática del Congo). Pero su dependencia excesiva del cobre lo ha hecho vulnerable a la caída de los precios de las materias primas. También es un país exportador de alimentos (maíz). Por otra parte, tiene una de las poblaciones de mayor crecimiento del mundo: según las estimaciones de la ONU, la población actual (16,6 millones de personas) se habrá triplicado para 2050. Pero el crecimiento económico y la inversión masiva de China no han logrado mejorar la vida de la mayoría de los zambianos, y dos de cada tres personas viven en la pobreza.

Zambia ha sido históricamente un país de recepción de refugiados de los países vecinos desgarrados por las guerras, particularmente RDC y Angola a finales de los años 90 y principios de los 2000. En el caso concreto de RDC, ambos países comparten más de 2.300 km de frontera y esta es muy porosa en las provincias zambianas de Luapula y Copperbelt, por lo que hay frecuentes movimientos de población en esas zonas.

Debido al conflicto enquistado, en los últimos meses ha llegado un gran flujo de refugiados congoleños primero a Angola y después a Zambia, especialmente desde agosto de 2017. No se espera que la situación en RDC vaya a mejorar, ya que el conflicto afecta a muchas regiones. Por todo ello, la Unidad de Emergencia preparó un plan de contingencia a medio plazo para facilitar una respuesta en caso de ser necesario en los próximos meses. Parte de este plan incluía una evaluación de necesidades, que se realizó a finales de octubre.

Datos financieros	
	en € %
<b>Gastos</b>	

Exploratoria, población desplazada	3.703,77	100,00
<b>Total gastos</b>	<b>3.703,77</b>	<b>100,00</b>
<b>Financiaciones</b>		
MSF España	3.703,77	100,00
<b>Total fondos privados</b>	<b>3.703,77</b>	<b>100,00</b>
<b>Total financiaciones</b>	<b>3.703,77</b>	<b>100,00</b>

	<b>Zambia, misión exploratoria</b>	<b>Evaluación de la población de refugiados que llegan huyendo de la violencia en RDC</b>	
<b>Localización</b>	Región de Luapula		
<b>Población objetivo</b>	6.100 refugiados (principalmente del distrito de Pweto) registrados en noviembre 2017 y un número indeterminado y en aumento de no registrados		
<b>Fecha de inicio y fin</b>	Octubre de 2017 – Enero de 2018		
<b>Objetivo del proyecto</b>	Identificar necesidades médicas y humanitarias agudas en los nuevos refugiados, identificando posibles áreas de intervención para la Unidad de Emergencias, según las prioridades operacionales; definir umbrales de intervención; y restablecer la red de trabajo con actores locales para facilitar tal intervención		
<b>Tipo de población</b>	Población desplazada		
<b>Contexto</b>	Estable		
<b>Gasto del proyecto</b>	3.703,77€		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>	
<b>Sanitario</b>	-	-	
<b>No sanitario</b>	-	-	

La evaluación incluyó los siguientes pasos:

- Reuniones en Lusaka con actores clave de alto nivel del Ministerio de Salud, la organización Mundial de la Salud, el Ministerio del Interior (Oficina del Comisionado para los Refugiados), el Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados (ACNUR) y Cruz Roja de Zambia.
- Visita al campo de tránsito de Nchelenge Kenani 1 y 2 para la evaluación de necesidades directas de los refugiados.
- Visita al centro de recepción de Chiengi y puntos de entrada fronterizos en Lupia.
- Visitas en Lusaka a las autoridades relevantes para recopilar los procedimientos actuales en previsión de una futura respuesta: Seguridad Social, registro de ONG internacionales, Agencia de



Gestión Medioambiental, autoridades de importación de productos farmacéuticos, colegios de médicos y de enfermería, autoridades de migración, banca, etc.

La conclusión de la exploratoria fue que no había necesidad de una intervención de emergencia de MSF; sin embargo, se cree que la situación empeorará en los próximos meses. Por lo tanto, se recomienda continuar monitoreando la situación y mantener los contactos de forma proactiva para actualizar la nuestra red de contactos clave, como ACNUR, Cruz Roja de Zambia, Ministerio de Salud y también con las secciones de MSF que trabajan en RDC.

Según la evaluación, se identificó que el periodo crítico sería de enero a abril de 2018, cuando llega la temporada de lluvias y se espera que el número de refugiados sobrepase el nivel crítico. Dos escenarios posibles identificados que harían necesaria una intervención son el de desplazamiento y de brote de enfermedad (cólera).

# Datos estadísticos

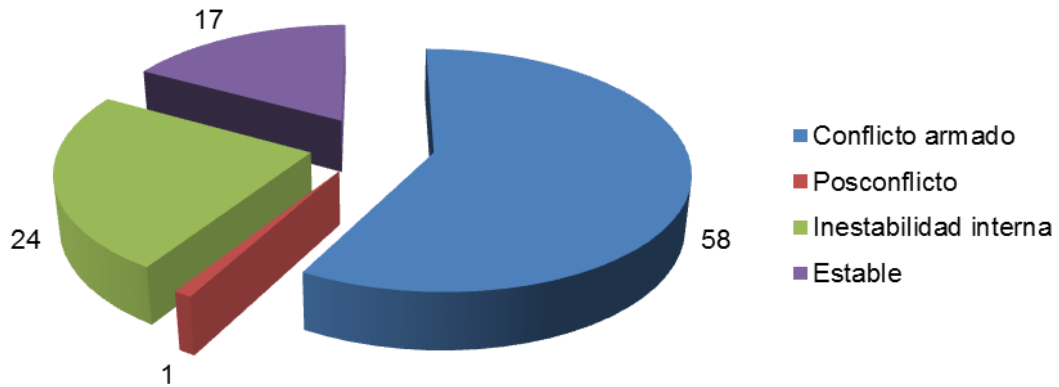
En este apartado se presentan datos estadísticos para complementar la información sobre los proyectos de MSF-E en 2017. La media de datos sobre gasto, duración de proyecto o recursos humanos se obtienen en función de las características de los proyectos.

No obstante, se deben de tener en cuenta algunos aspectos a la hora de valorar esta información:

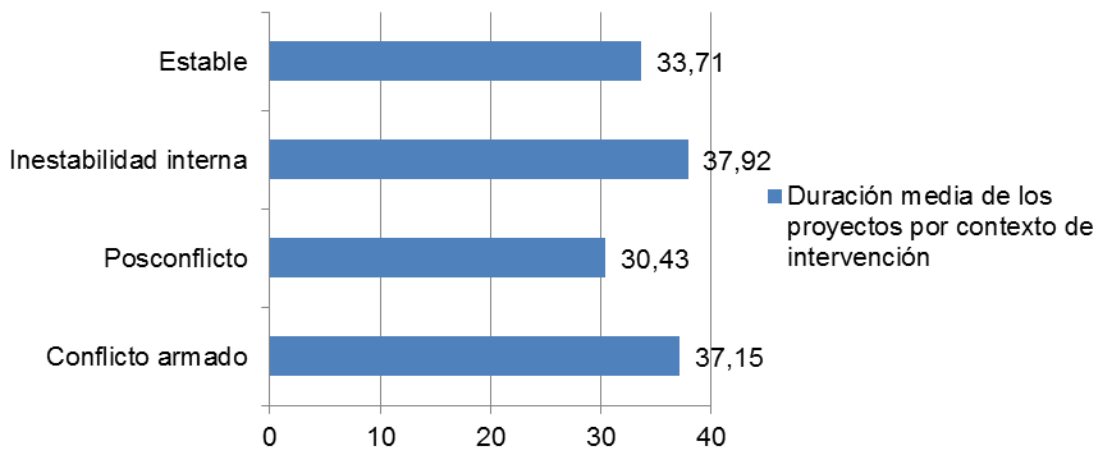
- no se incluyen en el análisis el personal, los gastos de las capitales, las misiones exploratorias, las bases ni los planes de preparación para respuesta a emergencias; las cifras se derivan exclusivamente de la información de los proyectos en el terreno.
- los proyectos se han clasificado por acontecimientos que afectan a la población y motivan la intervención, por tipo de contexto y por tipo de población, siguiendo el criterio de MSF internacional.

## 1. Contextos de intervención

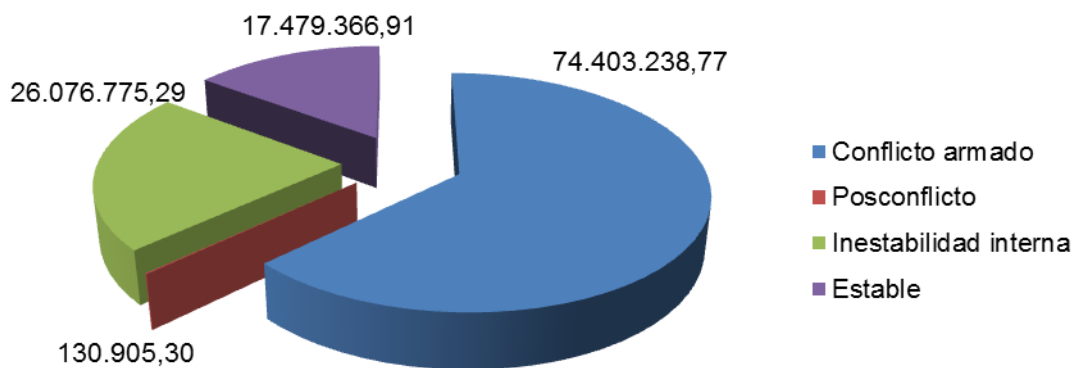
### Número de proyectos



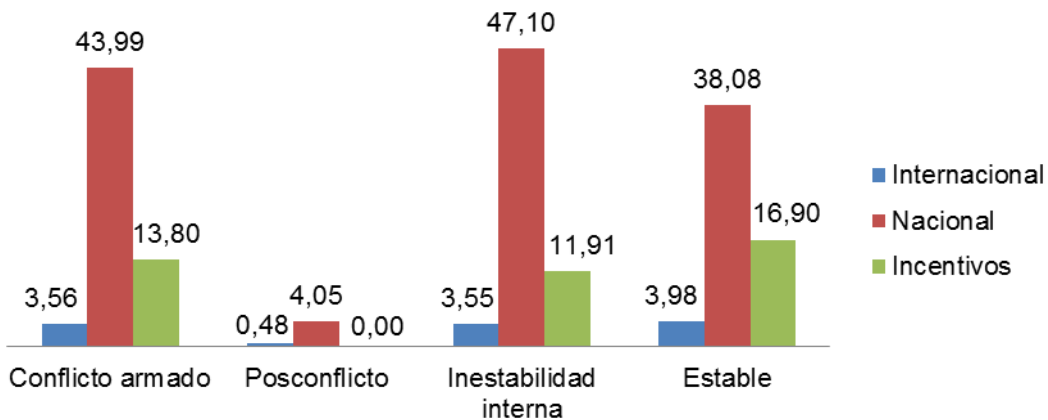
### Duración media de los proyectos (meses)



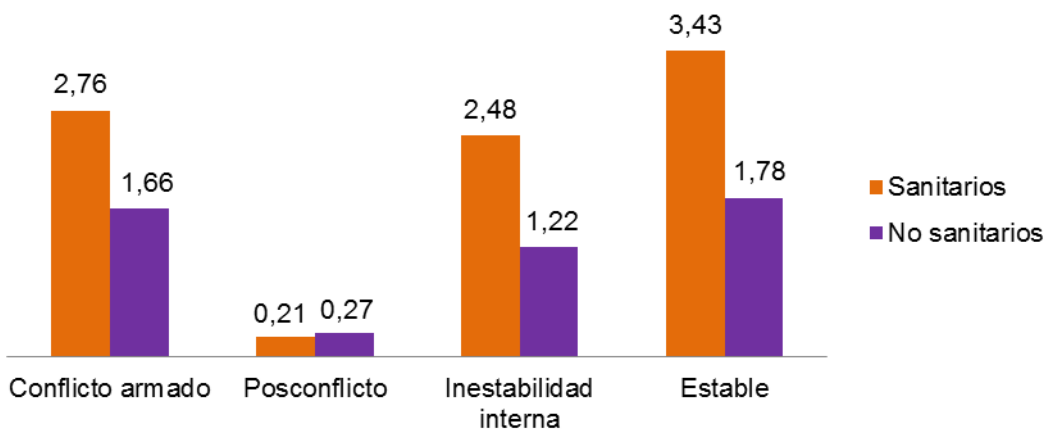
### Gasto total (euros)



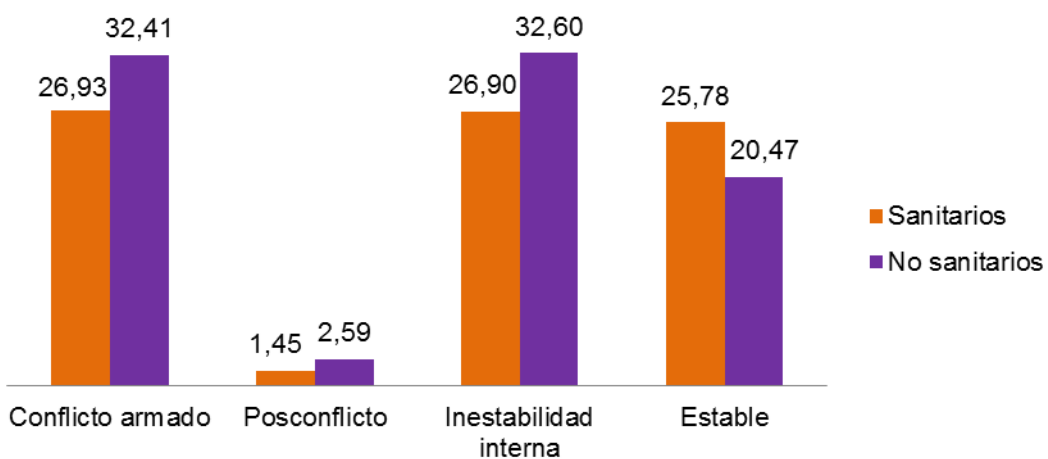
### Media de FTE internacional, nacional e incentivos



### Media de FTE internacionales

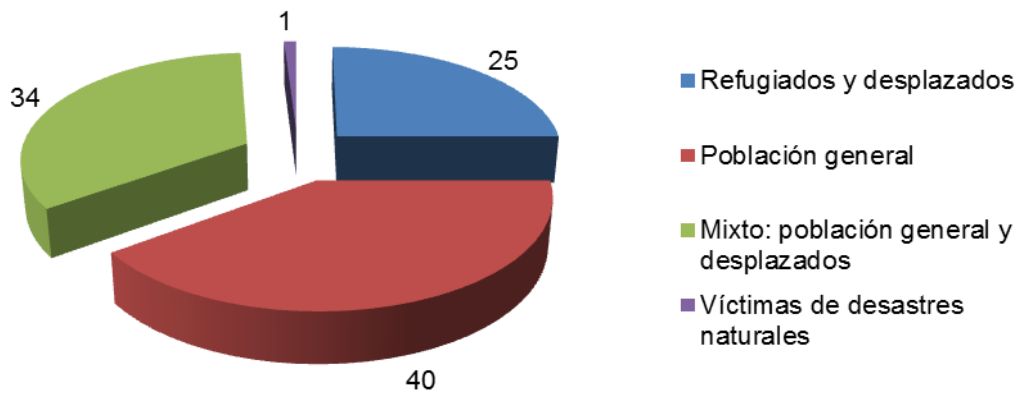


### Media de FTE nacional

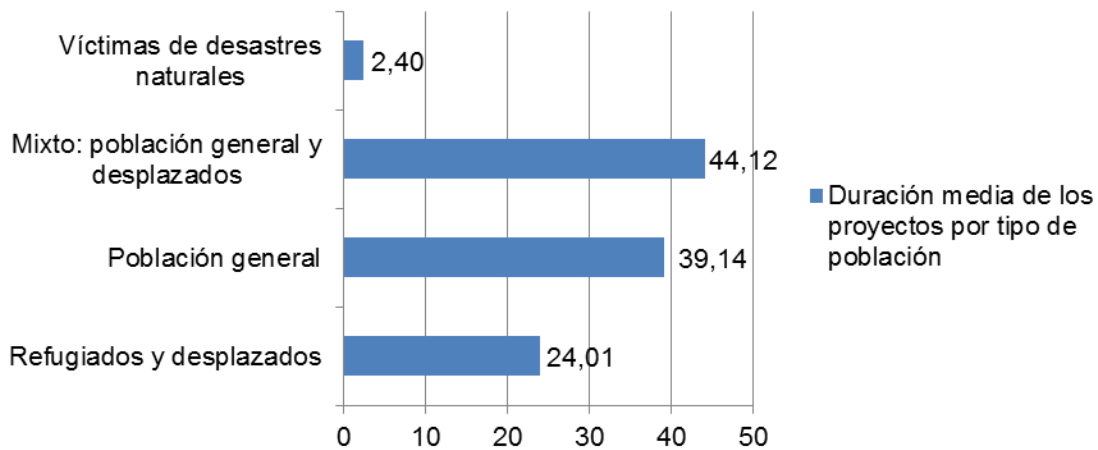


## 2. Tipo de población

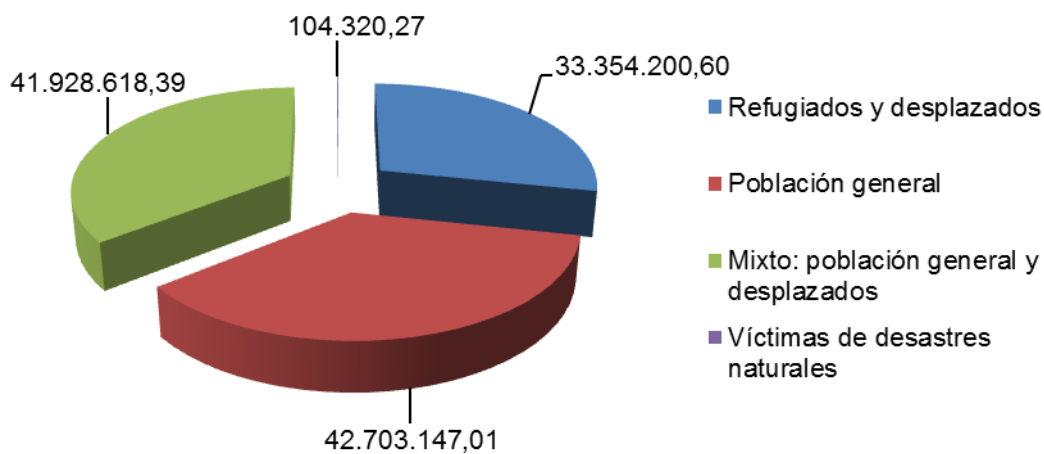
### Número de proyectos



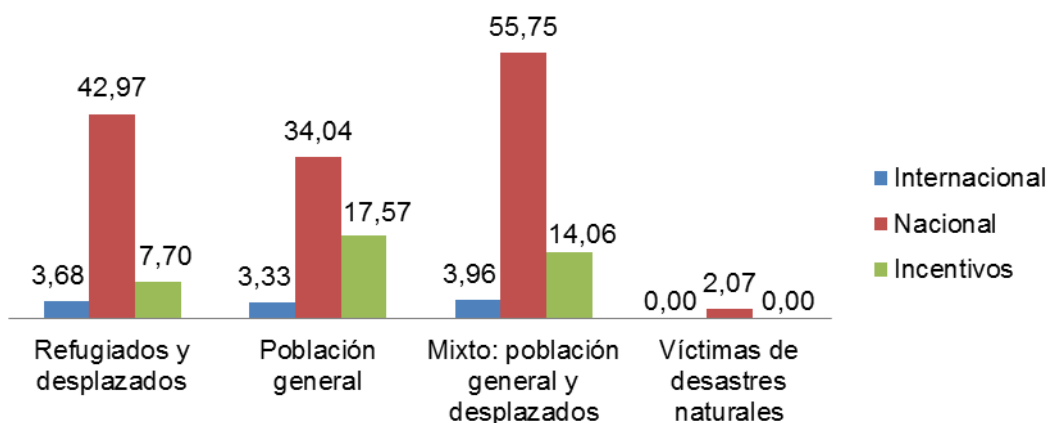
### Duración media de los proyectos (meses)



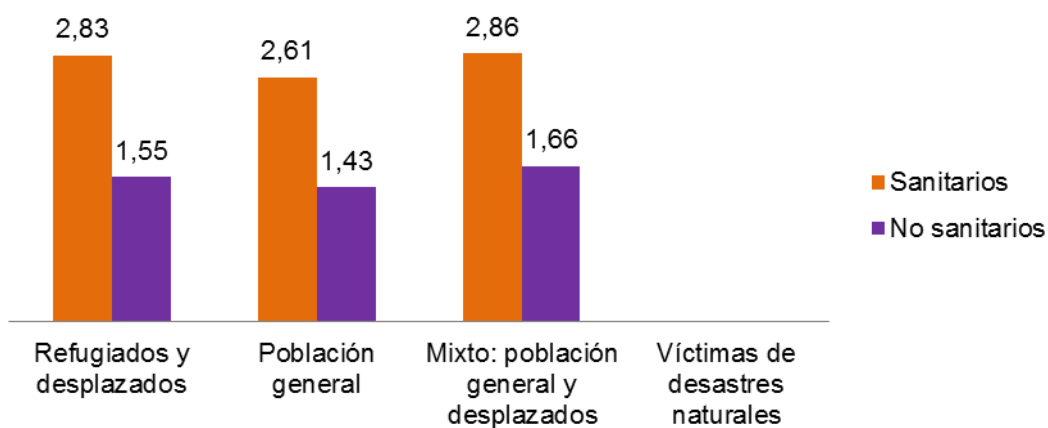
### Gasto total (euros)



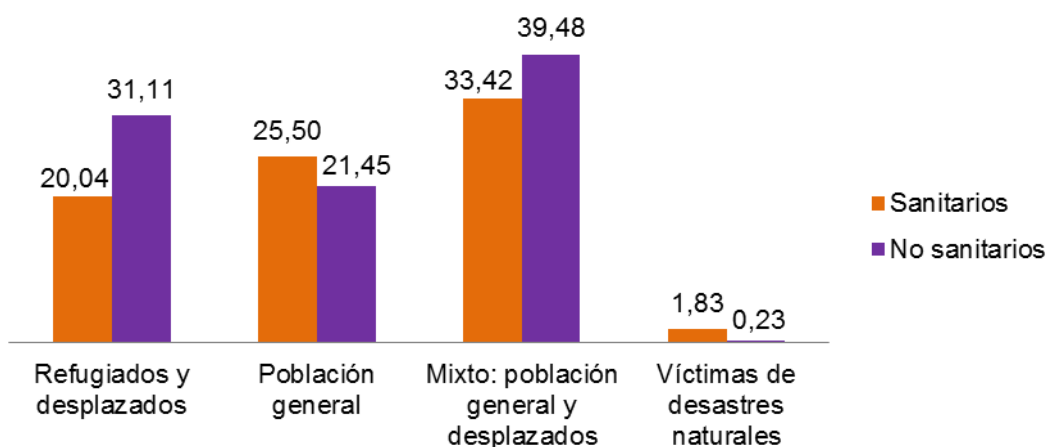
## Media de FTE internacional, nacional e incentivos



## Media de FTE internacionales

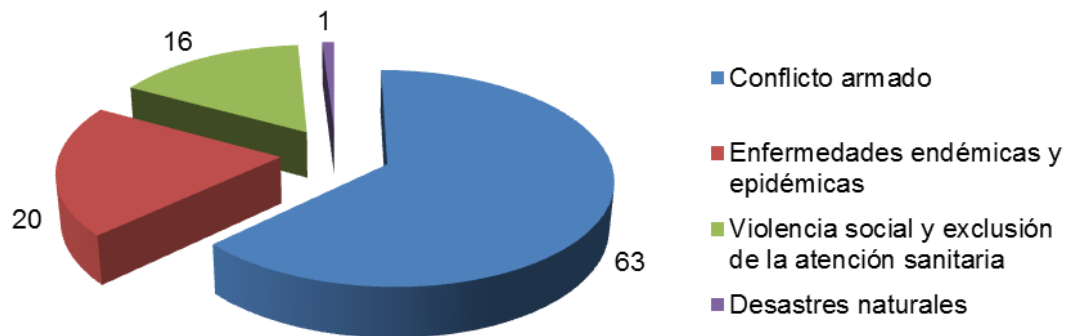


## Media de FTE nacional

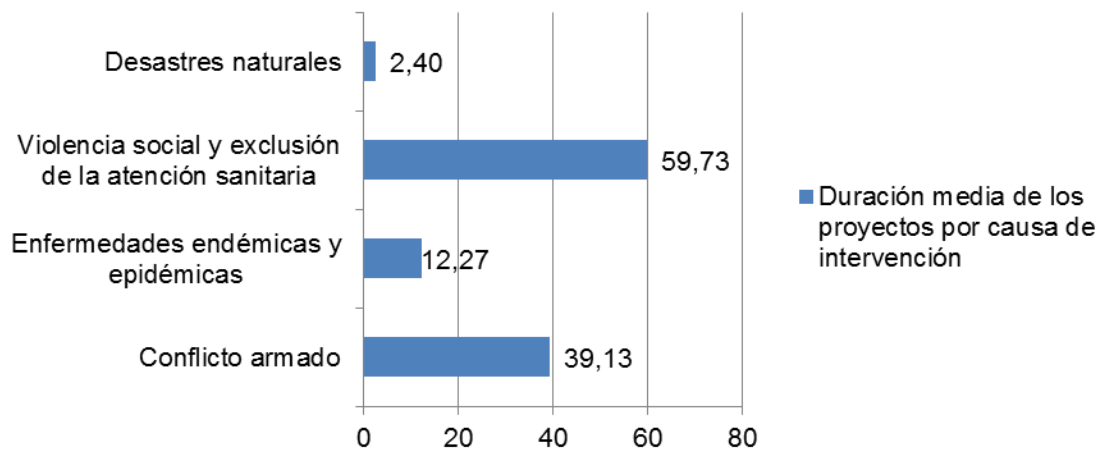


### 3. Causa de intervención

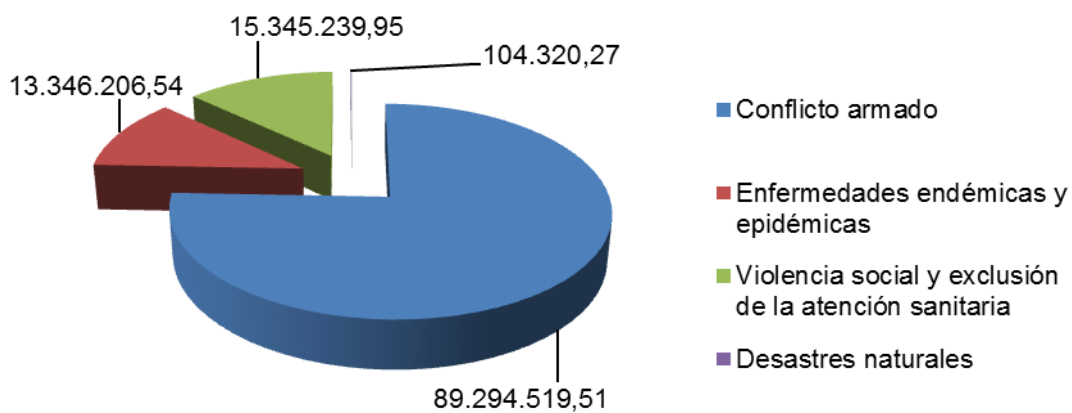
#### Número de proyectos



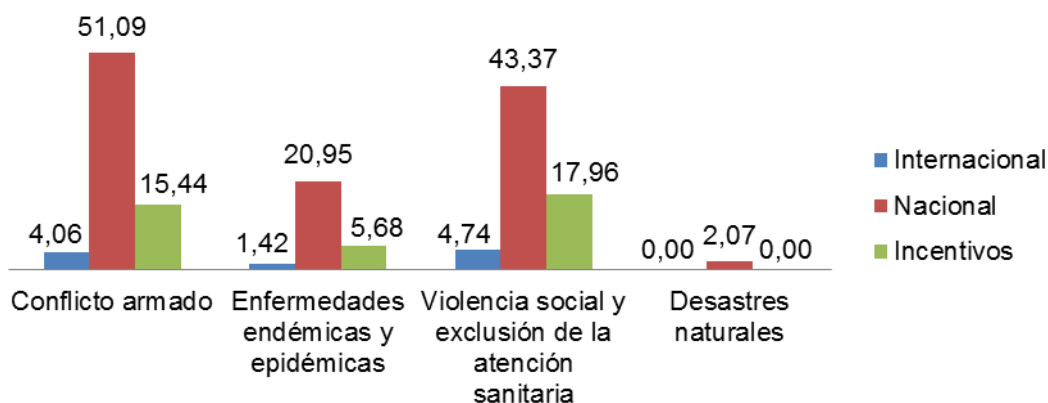
#### Duración media de los proyectos (meses)



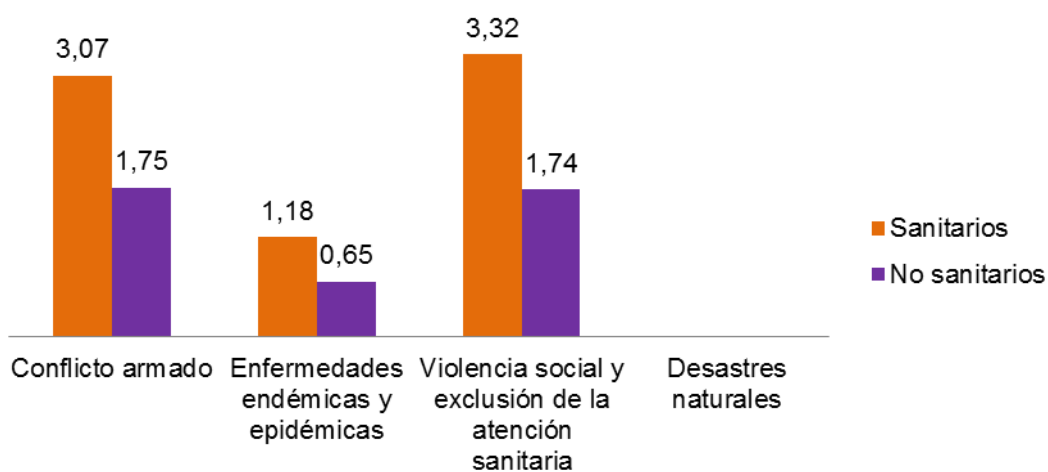
#### Gasto total (euros)



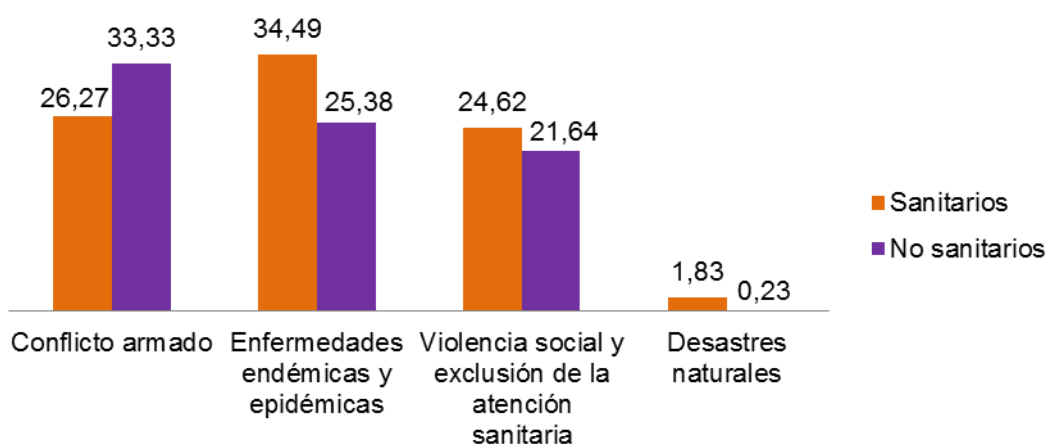
### Media de FTE internacional, nacional e incentivos



### Media de FTE internacionales



### Media de FTE nacional





# Glosario

Las páginas de este informe dedicadas a la descripción de las misiones y proyectos de MSF-E en diferentes países incluyen una serie de tablas. A continuación se detalla el significado de algunos de los términos utilizados en ellas.

## 1. Información introductoria sobre las misiones

### Centros Operacionales de MSF:

- **MSF-E:** MSF España o Centro Operacional Barcelona-Atenas (OCBA).
- **MSF-B:** MSF Bélgica o Centro Operacional Bruselas (OCB).
- **MSF-CH:** MSF Suiza o Centro Operacional Ginebra (OCG).
- **MSF-F:** MSF Francia o Centro Operacional París (OCP).
- **MSF-H:** MSF Holanda o Centro Operacional Ámsterdam (OCA).

**Índice de Desarrollo Humano (IDH):** clasificación de países según el [Informe sobre Desarrollo Humano 2016](#), publicado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El IDH es un índice compuesto que mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: vida larga y saludable, conocimientos, y nivel de vida digno. La clasificación consta de 188 países, siendo el número 1 el país con mejor índice de desarrollo, y el 188, el país con peor índice.

El tipo de cambio utilizado para pasar de dólares a euros en el indicador de Ingreso Nacional Bruto per cápita es el de diciembre de 2015, según el conversor de [InforEuro](#), con el fin de establecer la situación del país al inicio del periodo cubierto por este informe.

**Contexto de intervención:** la clasificación utilizada es la de MSF Internacional. Para cada caso se ha seleccionado la categoría que mejor describe la situación en la zona.

1. **Conflicto armado:** áreas donde existe un conflicto armado o donde lo hubo en los 12 meses anteriores.
2. **Posconflicto:** situaciones en las que el conflicto armado acabó en los 24 meses anteriores y que deben ser revisadas tras este periodo para comprobar que la clasificación sigue siendo pertinente.
3. **Inestabilidad interna:** situaciones de colapso político o económico. Incluye situaciones en las que el nivel de violencia no ha alcanzado la intensidad de un conflicto armado.
4. **Estable.**

**Población asistida:** la clasificación utilizada para el resumen de la misión ha sido la de MSF Internacional sobre acontecimientos que han afectado a la población y el objetivo de la intervención de MSF:

1. **Víctimas de conflicto armado:**
  - a) Violencia directa contra la población civil; implica que la intervención de MSF ofrece atención médico-quirúrgica o psicosocial.
  - b) Refugiados y desplazados internos; implica que MSF les proporciona asistencia directa.
  - c) Ruptura de los sistemas de salud debido a un conflicto; implica que la intervención se basa en el trabajo de los equipos en estructuras de salud y/o hospitales.
  - d) Crisis nutricionales provocadas por un conflicto; implica una intervención basada en centros hospitalarios o ambulatorios de nutrición terapéutica y otras ayudas alimentarias.
2. **Poblaciones afectadas por enfermedades endémicas o epidémicas:** la intervención se basa esencialmente en atención médica a las personas afectadas por estas enfermedades.
3. **Poblaciones afectadas por violencia social y exclusión del sistema sanitario:** la población sufre violencia social o exclusión de la atención sanitaria debido a su estatus: minorías, detenidos, trabajadores sexuales, niños de la calle, usuarios de drogas, etc. La intervención de MSF procura aliviar su sufrimiento diario, mediante actividades médicas, psicosociales o de otro tipo. Esta categoría incluye proyectos de acceso a la salud, proyectos que responden a los *desiertos sanitarios*, proyectos de recuperación de costes (a favor o en contra), etc.
4. **Poblaciones afectadas por desastres naturales:** implica cualquier tipo de intervención de MSF, incluyendo la distribución de artículos de primera necesidad.

**RRHH / Recursos humanos:** recoge el criterio utilizado por MSF Internacional de acuerdo con el equivalente a tiempo completo (FTE, del inglés *Full-Time Equivalent*), que mide la mano de obra en un proyecto durante un periodo de tiempo determinado, de forma que un FTE supone que se requiere un

recurso a tiempo completo durante un año entero (una persona a tiempo completo o varias sumando entre todas el equivalente a tiempo completo). Por ejemplo, 0,5 FTE significaría un recurso al 50% del tiempo durante un año entero.

La información sobre **recursos humanos internacionales** está calculada sobre el número total de puestos cubiertos en 2016 por personal internacional en FTE. No incluye puestos vacantes. La información sobre **recursos humanos nacionales** también se presenta en forma de FTE. No incluye puestos vacantes. Tampoco incluye los recursos humanos nacionales sanitarios de los Ministerios de Salud que trabajan en nuestros proyectos a través de acuerdos de colaboración. Los recursos humanos de los Ministerios que reciben incentivos de MSF se contabilizan por separado en cada ficha de país.

## 2. Fichas de proyectos

- **Población objetivo:** sector de población al que se dirige un proyecto de MSF.
- **Tipo de población:** la clasificación utilizada ha sido la de MSF Internacional. Para cada caso se ha seleccionado la categoría que mejor describe la situación en la zona.
  1. **Desplazados:** mayoritariamente refugiados o desplazados internos (80%).
  2. **Población general:** mayoritariamente población local no desplazada (80%).
  3. **Mixta: desplazados y población general:** población local y desplazada.
  4. **Víctimas de desastres naturales:** poblaciones víctimas de desastres naturales, incluidos desplazados internos o refugiados.
- **Contexto:** ver más arriba.
- **Gastos por proyecto:** recoge los gastos reales en euros de cada proyecto por año completo. Los datos económicos facilitados en este informe no son los finales, por lo que puede haber una ligera variación respecto a los auditados. No obstante, los datos reflejados en este documento dan una aproximación de los gastos reales por proyecto.
- **Recursos humanos:** ver más arriba.

## 3. Actividades: indicadores cuantitativos

Estos indicadores se han establecido de acuerdo con los criterios de MSF Internacional.

- **Apoyo nutricional selectivo:** número total de pacientes que han recibido apoyo nutricional específico (VIH, tuberculosis, etc.). En inglés: *targeted nutritional support*.
- **Atención posnatal:** número total de mujeres a las que se ha realizado al menos un control posnatal en las seis semanas siguientes al parto.
- **Bienes de primera necesidad:** número total de familias receptoras de distribuciones de artículos de primera necesidad, como enseres de cocina o artículos de higiene, abrigo y refugio. Las familias deben ser consideradas como receptores individuales.
- **Chagas:** número total de nuevas admisiones para el tratamiento del Chagas realizadas.
- **Cirugía:** número total de intervenciones de cirugía mayor realizadas, es decir intervenciones que requieren anestesia general o espinal, incluida cirugía obstétrica.
- **CNS (centro de nutrición suplementaria):** número total de niños con desnutrición moderada atendidos en centros de nutrición suplementaria. En inglés: *supplementary feeding centre* (SFC).
- **CNT (centro de nutrición terapéutica) hospitalario:** número total de niños con desnutrición severa complicada atendidos en centros de nutrición terapéutica en régimen hospitalario. En inglés: *inpatient therapeutic feeding centre* (ITFC).
- **CNT (centro de nutrición terapéutica) ambulatorio:** número total de niños con desnutrición severa no complicada atendidos en centros de nutrición terapéutica en régimen ambulatorio. En inglés: *ambulatory therapeutic feeding centre* (ATFC).
- **Cólera:** total de casos de cólera tratados en centros de tratamiento de cólera (CTC y con sales de rehidratación oral).

- **Consultas externas:** número total de consultas externas realizadas. Incluye consultas de planificación familiar y control prenatal. No incluye programas verticales (VIH, tuberculosis), vacunaciones (de rutina y masivas) y sesiones de asesoramiento psicológico. En inglés: *outpatient department consultations* (OPD).
- **Consultas prenatales (nuevas):** número total de mujeres que acuden a consulta prenatal por primera vez durante el embarazo en curso. En inglés: *targeted nutritional support* (TNS).
- **Consultas prenatales (totales):** número total de consultas prenatales, incluyendo las nuevas y los seguimientos. En inglés: *antenatal care consultations* (ANC consultations).
- **Distribución de agua:** número total de litros de agua clorada distribuida por MSF. Excluye las estructuras de salud y las casas del personal de MSF.
- **Distribución general de alimentos:** número total de raciones familiares mensuales distribuidas a toda la población. En inglés: *general food distribution* (GFD).
- **Distribución selectiva de alimentos:** número total de raciones individuales mensuales para una población determinada (niños, población vulnerable). En inglés, *blanket feeding*.
- **Ébola (tratamiento):** número total de casos de Ébola tratados.
- **Fiebre amarilla:** número total de casos de fiebre amarilla tratados.
- **Fiebre hemorrágica:** número total de casos de fiebre hemorrágica tratados (excepto fiebre amarilla).
- **Hepatitis E:** número total de casos de hepatitis E tratados.
- **Hospitalizaciones:** número total de pacientes hospitalizados, incluyendo pacientes admitidos en CNT hospitalario. No incluye pacientes admitidos en centros de tratamiento de cólera (CTC) ni CNT ambulatorio ni CNS. En inglés: *inpatient department* (IPD).
- **Kala azar:** número total de nuevas admisiones para tratamiento del kala azar.
- **Malaria (total):** número total de casos de malaria tratados.
- **Malaria (confirmados):** número total de casos confirmados (con pruebas rápidas o en laboratorio).
- **Meningitis (tratamiento):** número total de casos de meningitis tratados.
- **Partos:** número total de partos atendidos (no número de nacidos). Incluye cesáreas.
- **PTMH / Prevención transmisión vertical (hijos):** total de niños nacidos, en estructuras apoyadas por MSF, que recibieron profilaxis antirretroviral post-exposición. También puede expresarse como porcentaje.
- **PTMH / Prevención transmisión vertical (madres):** número total de mujeres VIH-positivas que dieron a luz en estructuras apoyadas por MSF tras recibir tratamiento ARV o tratamiento para la PTMH. También puede expresarse como porcentaje.
- **Salud mental, consultas individuales:** número total de consultas individuales realizadas (excepto asesoramiento para diagnóstico voluntario y adherencia al tratamiento del VIH).
- **Salud mental, consultas en grupo:** número total de sesiones de grupo de asesoramiento o apoyo realizadas (excepto asesoramiento para diagnóstico voluntario y adherencia al tratamiento del VIH).
- **Saneamiento:** número total de nuevas letrinas construidas. Excluye el mantenimiento de letrinas y las construidas dentro de estructuras médicas.
- **Sarampión (tratamiento):** número total de casos de sarampión tratados.
- **TAR 1ª línea (casos):** total de pacientes en tratamiento antirretroviral de primera línea en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **TAR 1ª línea (nuevos):** total de nuevos pacientes en tratamiento antirretroviral de primera línea en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **TAR 2ª línea:** total de pacientes que siguen en tratamiento antirretroviral de segunda línea al final del periodo. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **TB (total):** número total de casos de tuberculosis (TB) atendidos. Incluye pacientes con TB-MDR y a coinfectados con VIH y TB.
- **TB-MDR:** número total de casos de tuberculosis multirresistente a los medicamentos (TB-MDR) atendidos.
- **THA:** número total de nuevas admisiones para el tratamiento de la tripanosomiasis humana africana (THA, enfermedad del sueño).
- **Vacunación fiebre amarilla (rutina):** total de vacunaciones de fiebre amarilla realizadas.
- **Vacunación fiebre amarilla (brote):** total de vacunaciones de fiebre amarilla en respuesta a un brote epidémico.
- **Vacunación meningitis (brote):** total de vacunaciones de meningitis en respuesta a un brote epidémico.
- **Vacunación sarampión (brote):** total de vacunaciones de sarampión en respuesta a un brote epidémico.
- **Vacunación sarampión (rutina):** número total de vacunaciones rutinarias de sarampión realizadas.

- **VIH:** número total de pacientes con VIH atendidos en estructuras apoyadas por MSF al final del periodo. No incluye abandonos en fase de seguimiento o fallecidos.
- **Víctimas de tortura:** número total de casos de tortura que recibieron tratamiento médico o quirúrgico.
- **Violencia directa:** número total de intervenciones médicas y quirúrgicas por violencia directa. No incluye accidentes de tráfico, heridas accidentales, violencia sexual o psicológica (ver otras categorías).
- **Violencia sexual:** número total de casos de violencia sexual que fueron atendidos

