

Una experiència sobre el terreny

Metges Sense Fronteres (MSF) és una de les ONG amb més anys d'experiència en l'atenció als refugiats. Assistència mèdica, aigua, vacunació i aliment són alguns dels aspectes bàsics de la seua activitat als camps de refugiats.

El treball de Metges Sense Fronteres (MSF) als camps de refugiats va començar el 1976, quan milers de cambotjans fugien del règim de Pol Pot travessant la frontera tailandesa. Era la primera volta que MSF s'enfrontava a un drama semblant. Calia alimentar, curar i vacunar milers de persones. Aquesta missió va dur MSF a professionalitzar-se considerablement. Entre 1976 i 1979 MSF va assistir refugiats angolesos al Zaire, somalis a Djibouti, sahrauís a Algèria, els refugiats a Eritrea i Tailàndia i els salvadorencs a Hondures. Des de llavors MSF és present pràcticament en totes les crisis de refugiats per proporcionar atenció mèdica a tots els qui fugen de la guerra que assola el seu país.

Avui dia MSF assisteix els refugiats de molts països, entre els quals es troben: la República Democràtica del Congo, Congo-Brazzaville, Etiòpia, Kenya, Sudan, Uganda, Sierra Leone, Guinea Bisau, República Centrafricana, Afganistan, Tailàndia i l'Azerbaidjan.

Fase d'emergència: reduir la mortalitat. Els moviments de població cap a àrees amb pocs recursos comporten altes taxes de mortalitat (especialment en camps de refugiats) que, durant les primeres setmanes o mesos de l'emergència, poden ser fins seixanta vegades superiors a les taxes normals de la regió. La taxa de mortalitat d'una població estable se situa al voltant de 0,5 morts diàries per cada 10.000 persones. Es conside-



EFE

ra emergència quan aquesta se situa per damunt d'una mort diària per cada 10.000 persones. Les causes de mortaldat són principalment malalties comunes que es poden prevenir o tractar fàcilment. Per tant és important d'accelerar els tràmits dels programes d'ajuda humanitària per posar-los en marxa abans i així reduir la mortalitat. L'experiència adquirida per MSF assistint poblacions refugiades durant les últimes dècades ha fet possible el desenvolupament i el disseny d'estratègies per controlar la mortalitat identificant les activitats que han de tenir prioritat durant la intervenció d'emergència.

La vacunació contra el xarampió de nens entre sis mesos i quinze anys és una prioritat absoluta durant la primera setmana en què es

declara l'emergència en un camp de refugiats. Aquesta és una malaltia que apareix ràpidament a causa de l'amuntegament i de la manca d'higiene. Als països en vies de desenvolupament el xarampió causa la mort d'un de cada deu nens. Als camps de refugiats tuaregs a Mauritània una enquesta elaborada durant cinc mesos l'any 1992 va demostrar que el 40% de les morts infantils eren conseqüència d'una baixa immunització contra el xarampió.

Aigua i sanejament. El paper que representa l'aigua de baixa qualitat en la transmissió de malalties diarreiques és ben conegut. Per tant és imprescindible facilitar l'accés de la població refugiada a l'aigua potable. Durant els primers

Una dona albanesokosovesa, en un camp de refugiats a Tirana, Albània. En aquests recintes l'amuntegament de gent i la manca d'higiene fa que les malalties apareguin ràpidament.

dies de l'emergència es requereix un mínim de cinc litres per persona cada dia, quantitat que anirà augmentant en fases següents fins els 15,20 litres per persona i dia. L'organització de les latrines i la recollida de les deixalles també respon a uns barems. Ha de col·locar-se en primer lloc almenys una latrina per cada cinquanta o cent persones i així que siga possible cal arribar a disposar-ne d'una per cada vint persones. La situació ideal és una latrina per família.

"Al voltant de 100.000 refugiats hutus rwandesos arribaren en un sol dia", comenta David Trevino, encarregat d'organitzar el sistema de proveïment d'aigua al camp de Benako (Tanzània) el 1994. "Proveïre d'aigua potable al camp de refugiats va ser tot un repte. Necessitàvem com a mínim dos milions de litres cada dia per cobrir les necessitats dels 400.000 refugiats. Allò va ser una bona escola per a tots, perquè ningú no havia treballat abans en un camp tan gran."

Menjar i nutrició. La falta d'aliments provoca desnutrició, i les deficiències vitamíniques afavoreixen l'aparició de malalties. La ra-

ció bàsica hauria de ser almenys de 2.100 calories per persona cada dia. Es desenvolupen programes de nutrició suplementària per als grups que pateixen desnutrició moderada i programes de nutrició terapèutica per als afectats de desnutrició severa.

"Al començament de l'emergència vam haver de llançar el menjar amb paraicaguda des dels avions, perquè el camp estava situat en una vall molt tancada –recorda el doctor José Antonio Bastos, del camp de refugiats kurds de Kucurça, en la frontera turco-iraquiàna el 1991–. Hi havia molts nens desnodrits, especialment els lactants. El fred va fer més difícil la supervivència i es van registrar bastants morts."

Refugi i planificació del camp. La falta de refugi i l'amuntegament afavoreixen l'aparició d'epidèmies i la transmissió de malalties amb potencial epidèmic (xarampió, meningitis, tifus, còlera, etc.). Per això és important organitzar i dissenyar de manera adequada la instal·lació dels refugiats i l'emplaçament dels serveis en el camp (latrines, dispensa-

ri, camp de còlera, cementiri, etc.). "Al començament els refugiats a Benako començaren a construir les seues barraques sense tenir en compte cap planificació –afegeix Trevino–. Estava tot bastant desorganitzat. Una vegada va arribar el menjar i el plàstic per fer les tendes, l'ACNUR va anar desallotjant la gent per traçar carreteres, avingudes, distribuir el terreny entre els refugiats, delimitar les zones de salut, escoles, magatzems, oficines, zones de distribució d'aigua, etc. Benako es va convertir en una ciutat blava i blanca (els colors del plàstic de les tendes)."

Atenció mèdica. Les medecines i el material mèdic s'han d'adequar a les necessitats mèdiques més comunes que poden sorgir, com ara infeccions respiratòries, diarrees i malària. L'experiència ha dut MSF a crear equips de medicaments essencials i material mèdic que cobresquen les necessitats locals de la població desplaçada.

"Al començament de l'emergència instal·làrem l'hospital en tendes de campanya", explica Cèlia

Elements bàsics per atendre els refugiats

L'aigua. L'aigua potable és necessària per a beure i cuinar. La preocupació de les organitzacions humanitàries, per tant, serà la d'aconseguir proveir la població amb vint litres d'aigua per persona i dia. Sovint els camps de refugiats es troben en zones quasi desèrtiques. Cal organitzar llavors tota la "cadena de l'aigua": tractament, transport, emmagatzemament i distribució de milers de litres d'aigua cada dia.

Latrines. La construcció de latrines, abocadors de brossa i evacuació d'aigua estancada responen a imperatius tècnics precisos en funció del terreny, del nombre de refugiats i dels hàbits socials. L'amuntegament i les condicions de vida rudimentàries imposen unes normes d'higiene molt estrictes. Els objectius per al personal encarregat del sanejament són clars, però no pas fàcils: conservar netes les estructures, netejar la zona i evitar que torne a embrutar-se.

Refugi. L'acumulació de construccions precàries per a refugiar-s'hi és el primer element que destaca d'un camp de refugiats. Una vegada cobertes les primeres necessitats, el primer que es fa és registrar les persones que van arribant al camp per



Nens kosovesos a Gorne Blace, Macedònia. La població infantil és la primera prioritat en un camp de refugiats.

conèixer el nombre d'"habitants" del lloc. El segon pas és instal·lar-s'hi. Els treballadors humanitaris donen a cada grup o família uns 24 m² de tela plàstica que els permet construir, amb branques, un refugi.

Roman, que va tenir la seua primera experiència com a infermera amb MSF al camp de refugiats de Benako (Tanzània). "No hi havia llits i els pacients estaven gitats en terra. Era la primera fase de l'emergència. Finalment es va poder construir un hospital d'estructura sòlida i vam aconseguir abaixar la taxa de mortalitat entre els menors de cinc anys fins a les 0,5 morts diàries per cada 10.000 persones."

Control de malalties transmissibles i epidèmiques. Durant l'emergència les malalties transmissibles més comunes i de major incidència són el xarampió, les diarrees, les infeccions respiratòries agudes i la malària. La diàrrea és una de les principals causes de mortaldat, perquè exposa els nens al risc d'una deshidratació aguda. Les poblacions refugiades corren perill de sofrir epidèmies infeccioses a causa de les males condicions de vida. Solament la intervenció ràpida davant la irrupció d'una epidèmia pot reduir la taxa de mortalitat.

"Entre les malalties més recurrents hi ha les infeccions respiratòries agudes, les diarrees i la malària.



Un membre de Metges Sense Fronteres, curant un ferit. Aquesta ONG va començar a treballar amb refugiats a l'any 1976.

ria. Fins i tot haguérem d'enfrontar-nos a una epidèmia de còlera –continua Cèlia Roman–. Col·locàrem el dispensari amb farmàcia, la sala de cures i la sala de rehidratació oral en tendes de campanya. Hi havia moltes necessitats i treballàvem a un ritme frenètic. Fèiem al voltant de mil consultes cada setmana."

Vigilància de la salut pública. La vigilància epidemiològica és

una eina per mesurar l'estat sanitari de la població. Es basa en la recollida i en l'anàlisi diari de dades d'aquelles malalties que es poden controlar amb intervencions preventives o curatives. Un dels objectius és avisar sobre l'aparició imminent d'epidèmies. També permet d'analitzar l'impacte dels programes de salut.

És necessari comptar amb especialistes en diferents camps (salut pública, nutricionistes, epidemiò-

Aliment. L'aliment distribuït als refugiats es compon en general de dacsca, fesols, oli, sucre i una mica de sal. Cada refugiat ha de prendre cada dia 2.100 calories. Aquesta ració de menjar ha de contenir a més 40 o 50 g de proteïnes. Els equips mèdics controlen regularment les distribucions i l'aportació calòrica d'acord amb les necessitats.

Els refugiats reben igualment estris de cuina que els permeten cuinar els aliments i un recipient per anar a buscar aigua. Els aliments no s'han de coure sense aigua potable, per això és tan important tractar-la adequadament.

Vacunació. La primera de les prioritats en condicions d'aumentament és la de protegir els nens, els més vulnerables, contra les malalties transmissibles i la d'evitar els riscos de contaminació. Cada any, milions de nens moren de xarampió, diftèria, tosferina, tètan, poliomelitis i tuberculosi. De totes aquestes malalties, la que s'ha de tractar amb atenció especial és el xarampió. La vacunació és un requisit imprescindible per evitar una possible epidèmia.

Nutrició. La desnutrició afecta sobretot la població infantil, i és la causa de l'augment de la mortalitat i de l'aparició de seqüeles en el desenvolupament físic i psíquic de l'ésser humà. Assistir un nen desnodrit exigeix dos tipus de tractaments, en funció del seu estat. Un consisteix a distribuir als

xiquets que presenten desnutrició moderada racions seques amb una aportació de 2.100 calories. En els centres de nutrició terapèutica els pesen, els mesuren, reben una ració alimentària i tornen amb tota normalitat al seu entorn familiar. El segon tipus d'acció va dirigit als nens que presenten una desnutrició severa. En aquest cas han de ser ingressats en el centre de nutrició terapèutica, on són mèdicament vigilats en tot moment. El pacient és tractat a base de petites quantitats d'aliment perquè el cos a poc a poc es vaja recuperant.

Dispensari. En tot camp de refugiats es destina un espai per a la instal·lació de petits dispensaris on tractar malalties quotidianes com ara el paludisme, les infeccions respiratòries i les malalties diarreiques. Aigua en quantitat i qualitat és la base de la prevenció. Les infeccions respiratòries són causades principalment per la desnutrició. Bronquitis i pneumonia són responsables cada any del 25% al 30% de les morts dels nens menors de cinc anys en tot el món.

*Per acostar la realitat dels camps de refugiats a la societat del nostre país, Metges Sense Fronteres organitza dues exposicions interactives a València (plaça del Carme, del 29 d'abril al 2 de maig) i a Barcelona (Moll de Marina, del 20 al 23 de maig).



Un nen kosovès espera en un cotxe poder creuar la frontera de Kosovo amb Albània. Per acollir la població refugiada amb eficàcia cal reclutar personal entre la població del camp.

legs, especialistes en aigua i sanejament, etc.) per posar en marxa les diferents activitats. Així mateix, és important reclutar personal entre la població refugiada, al qual es formarà per assegurar la relació entre els refugiats i els programes d'assistència.

“Muntar un camp de refugiats de manera ràpida, efectiva i organitzada és tècnicament factible gràcies a l'experiència que han adquirit els equips de MSF –comenta el doctor Bastos–. La qüestió més difícil en contextos políticament complicats, com ara el cas dels Grans Llacs, és evitar que l'ajuda humanitària siga manipulada.”

La postemergència: equilibri fràgil. La fase de postemergència comença quan la taxa de mortalitat és inferior a una mort diària per cada 10.000 persones i quan les necessitats bàsiques (aigua, menjar, refugi, etc.) estan cobertes. Això no obstant, és possible que es detecte una nova situació d'emergència davant l'aparició d'epidèmies o l'arribada de nous refugiats. Durant aquesta fase els programes d'ajuda humanitària s'han d'adaptar a les necessitats canviants i a les limitacions. La fase de postemergència acaba quan s'ha trobat una “solució permanent” per als refugiats (repatriació, reassentament o integració), això vol dir que la durada del problema

és imprevisible i de vegades s'eternitza.

“Quan es va estabilitzar la situació, els refugiats van començar a crear els seus propis negocis –explica David Trevino–. De sobte hi havia hotels, restaurants, un mercat en l'avinguda principal on es podia trobar de tot... fins i tot vam poder canviar xelins tanzans per pessetes! Banako es va convertir en la segona ciutat més gran de Tanzània, per darrere de Dar-es-Salaam, la capital.”

El context de la postemergència és complex per dos motius. D'una banda, la situació és més estable, perquè els problemes lligats a l'emergència estan sota control i els refugiats gaudeixen d'un major benestar. D'altra banda, tanmateix, en major o menor mesura els refugiats continuen depenent de l'ajuda externa. Fins i tot pot ser que continuen arribant-hi nous refugiats i que la taxa de mortalitat, ara situada per davall d'una persona per cada 10.000 cada dia, siga encara el doble de la considerada “normal” per a les poblacions estables.

Així doncs, la fase de postemergència ha de considerar-se una situació de fràgil equilibri que necessita vigilància i un suport adequat. En cap cas s'haurà de baixar la guàrdia.

Amaia Esparza (MSF)

A la recerca de l'asil

Quasi tots els països d'Europa i Amèrica del Nord han modificat la seva legislació i les tramitacions de les sol·licituds d'asil. A la Unió Europea un dels canvis més significatius va ser la Resolució de Londres de 1992, que estableix que a una persona que vulgui aconseguir l'asil que hagi passat per un altre país abans d'arribar a la UE se li pot denegar l'entrada fins i tot sense ni tan sols tenir en compte la seva sol·licitud d'asil (cosa que és una violació de la Convenció sobre Refugiats de 1951).

Un informe de 1995 del Consell Europeu sobre refugiats i exiliats va constatar que milers de refugiats són rebutjats cada mes (amb molts casos de “deportacions en cadena”, una família de Somàlia, per exemple, va ser deportada de Bèlgica a Txèquia i després a Eslovàquia i encara a Ucraïna) i això fa que l'ONU no pugui seguir el seu cas.

El juliol de 1996, el govern britànic va aprovar unes lleis per evitar que les persones que volen volen demanar asil puguin gaudir dels beneficis de l'assistència social. Aquestes mesures han provocat un escàndol comprensible a molts països. (...)

L'hostilitat oficial ha rebutjat o dissuadit molts sol·licitants potencials: significativament, des de 1993 la major part dels països de l'Europa occidental tan sols han admès unes poques sol·licituds d'asil.

Peter Stalker