

Los retos humanitarios y médicos de asistir a los nuevos refugiados en el Líbano e Irak

Caroline Abu Sa'Da y Micaela Serafini

Los masivos y continuos flujos de refugiados sirios y palestinos hacia los países vecinos de Siria demuestran las limitaciones de las prácticas humanitarias y presentan nuevos retos para las intervenciones médicas y humanitarias.

A medida que la crisis en Siria continúa, las necesidades humanitarias dentro y fuera del país se intensifican rápidamente. Desde el estallido de la crisis en marzo de 2011, la capacidad de las organizaciones internacionales de proporcionar ayuda dentro de Siria se ha visto gravemente restringida. La mayoría de los organismos de ayuda internacionales han centrado su atención entonces en la situación de aquellos refugiados que han cruzado la frontera hasta Turquía, el Líbano, Jordania e Irak. ACNUR estima que el número total de refugiados –incluyendo los que se hallan más lejos, en Egipto y otros lugares– ascendía a finales de agosto de 2013¹ a dos millones de personas.

La comunidad internacional no ha abordado adecuadamente el gran impacto que estos dos años de afluencia masiva de gente ha tenido en los países vecinos. La mayoría de las prioridades y prácticas actuales para la provisión de servicios sanitarios en entornos en conflicto siguen estando basadas, por desgracia, en las de aquellas décadas en las que el conflicto era normalmente sinónimo de campos de refugiados hacinados que albergaban a poblaciones de jóvenes procedentes de países en desarrollo. La mayoría de las guerras contemporáneas, sin embargo, se están produciendo en entornos donde los ingresos y los indicadores básicos de salud son mayores, y duran mucho más. Estos hechos están cambiando en profundidad el perfil demográfico y de enfermedades de las poblaciones afectadas por conflictos.

El norte de Irak

Durante 2012, muchos kurdos sirios se exiliaron a su vecino Irak, a la región del norte gobernada por el Gobierno Regional Kurdo (KRG, por sus siglas en inglés). El campo de Domiz –cerca de la ciudad iraquí de Dohuk– se abrió en abril de 2012 aunque el Gobierno central de Bagdad abrió otros dos campos en el sudoeste de Irak. Ocho meses después, la asistencia humanitaria que se ofrece en el campo de Domiz está lejos de ser aceptable. La inversión en agua y sistemas de saneamiento nunca ha sido suficiente, las diferentes fases del campo no fueron planificadas adecuadamente, muy pocos actores

internacionales se encuentran presentes allí y existe una increíble falta de visión a medio-largo plazo a la hora de anticipar nuevas llegadas al campo. Aunque al principio las autoridades kurdas llevaron una política de acogida hacia los refugiados, la falta de apoyo por parte de la comunidad internacional ha acabado por empujarles a restringir la asistencia humanitaria de diversas maneras entre las que destaca, por ejemplo, un cierre de fronteras en mayo de 2013. El Gobierno Regional Kurdo ha permitido a los refugiados acceder a los servicios públicos de forma gratuita pero están empezando a saturarse.

Las últimas confrontaciones violentas en Siria provocaron que el Gobierno Regional Kurdo reabriera las fronteras el 15 de agosto de 2013. Más de 30.000 personas llegaron en masa al Kurdistán iraquí en pocos días y colmaron los campos recién abiertos en Kawargost, en Erbil. Está pendiente la apertura de otros dos campos pero sólo dispondrán de capacidad para absorber el nuevo flujo, sin poder ofrecer nada a la mayoría de los refugiados desperdigados por las zonas urbanas.

Líbano

El flujo de refugiados hacia el Líbano se ha producido en varias fases. En mayo de 2012 había 20.000 refugiados sirios sobre todo en el norte del Líbano, pero a principios de agosto de 2013 la cifra ascendía a 570.000 según ACNUR y a 1,3 millones según el Gobierno. De los 425.000 refugiados palestinos registrados en el Líbano antes de la guerra, el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) estima que han llegado otros 50.000 procedentes de campos de refugiados palestinos en Siria desde el inicio de la guerra. Con un total de población libanesa estimado en 4,2 millones, los refugiados en el Líbano representan ahora casi el 25% del total de la población. El Gobierno libanés –siguiendo la política oficial de “disociación” del conflicto sirio– ha dejado las fronteras abiertas y se ha negado a abrir campos para acoger a los refugiados. Como consecuencia la gente se encuentra dispersa por todo el país, principalmente por zonas empobrecidas en las que los servicios

octubre 2013

ya sufren una grave saturación. La respuesta a sus necesidades no cuenta con la suficiente financiación.

Los sistemas sanitarios

Aunque sus hospitales han sido destruidos y la industria farmacéutica dañada, Siria poseía uno de los mejores sistemas sanitarios de la región antes de la crisis. El perfil epidemiológico de la población y sus necesidades, por tanto, difieren sustancialmente de las de los entornos para los refugiados, más familiares para los actores humanitarios.

El sistema de salud de Irak mermó gravemente por culpa de los años de embargo que el país sufrió tras la ocupación liderada por Estados Unidos y la guerra civil. El sistema de salud libanés se basa en la práctica privada y, por tanto, a las personas más vulnerables les cuesta acceder a él. Por ejemplo, una encuesta realizada por MSF reveló que casi el 15% de los refugiados entrevistados no pudo acceder a hospitales porque no podía pagar las tasas (hasta el 25% de los costes, siendo el resto cubierto por ACNUR). Nueve de cada diez entrevistados declaró que el precio de los medicamentos prescritos era la principal barrera para su acceso a cuidados médicos². La continua afluencia de refugiados ha saturado gravemente ambos sistemas sanitarios. La capacidad de las estructuras sanitarias se ha forzado al máximo posible y no se puede atender a más pacientes. Estas dificultades crean tensiones entre las comunidades de acogida y las poblaciones refugiadas, por lo que es necesario solucionarlas urgentemente y de manera eficaz.

La “carga de la enfermedad” para las personas de ingresos medios

Los refugiados procedentes de países donde la población tiene ingresos medios presentan un perfil demográfico diferente y una carga de enfermedades distinta del clásico perfil del refugiado con el que los trabajadores humanitarios de todo el mundo están acostumbrados a tratar. En el pasado, en las situaciones de afluencia masiva la tasa de mortalidad era alta durante la etapa más grave de la emergencia, debido principalmente a las epidemias, a la exacerbación de las enfermedades infecciosas endémicas y a la grave malnutrición que sufrían. Hoy en día gran parte del exceso de morbosidad y mortalidad en esas situaciones resulta de la exacerbación de enfermedades crónicas previas (como patologías cardiovasculares, hipertensión, diabetes, tuberculosis y VIH). Aquí la continuidad del tratamiento resulta esencial. La complejidad y la duración a largo plazo de las enfermedades crónicas exigen una manera de pensar diferente y nuevas estrategias.

La mayoría de las consultas de atención primaria que MSF atendió en el Líbano e Irak desde principios de 2012 se pueden atribuir a enfermedades crónicas. La continuidad del tratamiento –ya no sólo su acceso al mismo– se hace esencial. Pero cuando entrevistamos a los refugiados sirios en el valle de la Becá y en Saida, en el Líbano, más de la mitad de los encuestados (el 52%) aseguraron que no podían permitirse el tratamiento para enfermedades crónicas y casi un tercio (30%) lo había tenido que suspender porque era demasiado caro. En Irak, el acceso al tratamiento es supuestamente gratuito pero por culpa de los frecuentes cortes de suministro, los refugiados tienen que comprar sus medicamentos al final en farmacias privadas.

También las enfermedades repentinas siguen siendo una amenaza para las poblaciones afectadas por conflictos en países de ingresos medios. Irak ha experimentado un brote repentino de sarampión que tuvo que ser controlado mediante la vacunación masiva en el campo de refugiados. El Líbano también sufre brotes repentinos que, aunque sean de menor magnitud, resultan mucho más difíciles de controlar por culpa de la gran dispersión de la población refugiada. La incidencia de las enfermedades infecciosas, aunque menor que en otros entornos, sigue siendo considerable. A la vista de estas realidades, es necesario que se desarrollen en gran medida respuestas preventivas y curativas que no sólo impliquen atención primaria, sino también secundaria y terciaria y que se ofrezcan de manera gratuita.

Los retos sanitarios en los entornos abiertos y en los campos

Una de las principales cuestiones que surgen es la relación entre el registro de personas y el acceso a los servicios, incluidos los de salud.³ El 41% de los entrevistados reconoció que no se encontraba inscrito en ningún registro, principalmente por la falta de información acerca de cómo o dónde se realizaba, bien porque los puntos de registro estaban lejos, por los retrasos en los centros de registro o porque le preocupaba el no disponer de la documentación legal adecuada y que, como consecuencia, le enviarían de vuelta a Siria.

En el Líbano –y en especial en el valle de la Becá– los refugiados están tan dispersos que el acceso a los hospitales les resulta extremadamente difícil. Además, aun en el caso de que ACNUR cubra algunos de los gastos hospitalarios de los refugiados, no los cubre todos. La mayoría de los refugiados acabarían teniendo que pagar para acceder a la atención secundaria o terciaria.

El hecho de que la mayor proporción de refugiados sirios resida actualmente en entornos urbanos en lugar de en campos supone grandes retos para las intervenciones sanitarias. Según ACNUR, el 65% de los refugiados de la región reside fuera de los campos. Aunque los refugiados sirios en el Líbano se encuentran desperdigados por más de 1.000 municipios —la mayoría en zonas empobrecidas— en Irak residen tanto en campos como en ciudades. La diversidad de entornos supone un reto para las intervenciones médicas y de salud.

En un campo puede diseñarse un sistema global y centralizado para garantizar el acceso a la sanidad, y bastaría con un sencillo sistema de vigilancia por si se produjeran brotes repentinos. Por desgracia, los brotes repentinos se están produciendo entre los refugiados que se encuentran desperdigados por el Líbano y el sistema de vigilancia vigente no puede predecirlos con la suficiente antelación. Los refugiados que se encuentran en entornos urbanos se enfrentan igualmente a un acceso intermitente a la sanidad debido a la saturación de los sistemas públicos de salud de los países de acogida, que no pueden atender las demandas de su propia población. Los refugiados urbanos viven de forma extraoficial entre los residentes. El que las necesidades y las vulnerabilidades de ambos colectivos sean similares y que compartan un mismo sistema de salud cuyos recursos son menores de lo necesario, tendrá inevitablemente consecuencias sobre la actitud

de los residentes autóctonos hacia los refugiados, lo que a su vez desembocará en la exclusión y la desigualdad en la provisión de servicios.

La mayoría de los refugiados en Irak residen en entornos urbanos. El acceso a servicios de salud de atención primaria y secundaria suele ser gratuito pero el sistema estaría enfrentándose a un flujo de consultas que satura su capacidad. Tanto en el Líbano como en Irak la impredecible distribución de la ayuda a los refugiados sirios está provocando una competición cada vez mayor por los escasos recursos. La disparidad económica creada por esta distribución desigual está generando resentimiento y ambivalencia hacia los refugiados sirios. Las condiciones de vida de los refugiados en entornos abiertos sigue siendo inapropiada. El pago del alquiler representa una carga adicional sobre su presupuesto y la mayoría de ellos viven en refugios inapropiados como escuelas, mezquitas y edificios en ruinas. La asistencia a los refugiados sirios sigue quedándose corta respecto a sus necesidades.

Conclusiones

Las políticas de salud y las intervenciones no se han mantenido al día respecto a los profundos cambios globales en los entornos en conflicto, y el de Siria no ha sido una excepción. Los actores humanitarios necesitan adaptar sus estrategias a la realidad de los refugiados de hoy en día y a sus problemas de salud específicos. Dado que los problemas de salud han cambiado hacia

“¿Cuál es el objeto más importante que trajiste de tu hogar?”



Ahmed sostiene su bastón sin el cual dice que no podría haber hecho la travesía de dos horas a pie hasta la frontera iraquí. (Campamento de refugiados de Domiz en el Kurdistan Iraquí)



Tamara trajo su diploma para poder continuar con sus estudios. (Adiyaman, Turquía)

octubre 2013

enfermedades crónicas, también son necesarias intervenciones que tengan en consideración la continuidad del tratamiento. No obstante, los brotes repentinos de enfermedades siguen estando presentes y eso exige unos buenos servicios de vigilancia que puedan anticiparse a estos brotes y emprender acciones.

Las barreras para acceder a la atención médica secundaria y terciaria, como el coste de los servicios, los reducidos horarios de apertura al público y las largas distancias se deben tener en cuenta a la hora de proporcionar asistencia a los refugiados sirios. Es necesaria la integración sistemática en el sistema sanitario de tratamientos asequibles para enfermedades no contagiosas. Además, todos los refugiados vulnerables que padezcan enfermedades graves deberían poder acceder a cuidados médicos integrales y sin demora.

Los refugiados urbanos que se encuentran repartidos por todo el territorio kurdo de Irak y el Líbano se enfrentan a grandes dificultades para acceder a la ayuda. Esto vuelve a plantear la cuestión acerca de cuál es el mejor modo de abordar las necesidades de las personas desplazadas en entornos abiertos.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, António Guterres, habló en agosto de 2013 sobre la urgente necesidad de adoptar un enfoque más generoso y consistente para los sirios

que buscan refugio y asilo en Europa. Alemania y Suecia han aceptado a casi dos tercios de los sirios que solicitaron protección en la UE: hacen falta más países que ayuden a los vecinos de Siria a llevar el peso de ofrecer asilo o reasentamiento. La crisis en Siria ha mostrado un gran vacío entre la ayuda necesitada y la respuesta real. Este tipo de crisis a largo plazo también requiere una planificación y un compromiso similar por parte de los donantes, los Estados y las agencias. La mayor parte del tiempo, los vecinos de Siria han recibido, acogido y asistido a los refugiados. Si las autoridades locales no cuentan con el apoyo y las estructuras adecuadas, el flujo masivo de refugiados acabará por provocar su rechazo cuando las capacidades locales no den más de sí y dejen de funcionar.

Caroline Abu Sa'Da es jefa de la Unidad de Investigación de Médicos Sin Fronteras Suiza. Micaela Serafini es oficial de operaciones sanitarias, Médicos Sin Fronteras Suiza.
www.msf.ch
caroline.abu-sada@geneva.msf.org
micaela.serafini@geneva.msf.org

1. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>.
2. Encuesta de MSF realizada en el Líbano en diciembre de 2012 www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6627
3. Encuestas aleatorias realizadas en hogares de Saida, el campo del Ein Al Hilweh, el valle de la Becá y Tripoli por MSF en mayo de 2012, diciembre de 2012 y junio de 2013.

[Les noms ont été changés pour protéger les personnes.] UNHCR/Brian Sokol



on su educación. (Campamento de refugiados de



Abdul sostiene las llaves de su casa en Damasco. «Si Dios quiere, te veré el año que viene en Damasco», le dijo al fotógrafo. (Valle de la Bekaa, Líbano)