

شهد عام 2014 تصاعداً في حالات الطوارئ وما يصاحبها من احتياجات صحية للسكان المتضررين في عدد من البلدان في الإقليم. ويتضرر ما مجموعه 58 مليون شخص من حالات الطوارئ في هذا الإقليم، من بينهم نحو 16 مليون لاجئ أو نازح داخلي. ويأتي أكثر من نصف عدد اللاجئين في العالم من ثلاثة بلدان تقع جميعها في إقليم شرق المتوسط (أفغانستان، والجمهورية العربية السورية، والصومال) تستضيفهم أربعة بلدان فقط (الأردن، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، ولبنان). وقد تضاعف عدد اللاجئين في الأردن، وزاد عددهم ثلاث مرات في لبنان، خلال 2014، جراء الأزمة السورية. ويشكل اللاجئين حاليًا نسبة 25% من إجمالي عدد السكان في لبنان. وعلى الجانب الآخر، يستضيف الإقليم أيضاً العدد الأكبر من النازحين داخلياً، بسبب النزاعات الدائرة، وتأتي الجمهورية العربية السورية، والسودان، والعراق بين أكثر خمسة بلدان على مستوى العالم تستضيف النازحين داخلياً.

ففي العراق، كان نحو 5.2 ملايين شخص، من مختلف أنحاء البلاد، يحتاجون إلى المساعدة الإنسانية مع حلول أيار/مايو 2015، منهم ما يزيد على 2.9 مليوناً من النازحين داخلياً، ما يمثل واحدة من أكبر حالات النزوح الداخلي للسكان في العالم. واعتباراً من كانون الأول/ديسمبر 2014، كان نحو 80% من المرافق الصحية في المحافظات التي تعاني من اختلال أمني، يعمل بشكل جزئي، بينما كان 4% من تلك المرافق متوقفاً تماماً عن العمل. وقد أدت مغادرة ما يقرب من نصف جميع العاملين الصحيين إلى إحداث فجوة في تقديم الرعاية الصحية الأولية، والعلاج الجراحي للإصابات، والرعاية التوليدية، في المناطق التي كان العنف متواصلاً فيها. وكانت الإمدادات من الأدوية والمعدات غير منتظمة بسبب عدم إمكانية الوصول إلى الطرق، وانقطاع الكهرباء أو نقص الوقود. وأدى التدفق المهائل والسريع للنازحين داخلياً في المحافظات الثلاث التي تشكل إقليم كردستان إلى إنهاك النظام الصحي، وسبب نقصاً حاداً في المواد الطبية الأساسية، وأثقل كاهل المرافق الصحية. وفي ضوء النطاق غير المسبوق للصراع وشدة الأوضاع وتعقدها، أعلنت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، في آب/أغسطس 2014، الأزمة العراقية طارئة من المستوى الثالث، وهو ما يمثل المستوى الأعلى من حالات الطوارئ، وهي الثانية في الإقليم، بعد تصنيف الأزمة في الجمهورية العربية السورية كطارئة من المستوى الثالث في عام 2012.

وفي الجمهورية العربية السورية، وبحلول كانون الأول/ديسمبر 2014، ومرور ثلاث سنوات على الأزمة الدائرة، كان نحو 12.2 مليون شخص قد تضرروا داخل البلاد، من بينهم 7.6 ملايين من النازحين داخلياً، فضلاً عن 4.8 ملايين شخص يعيشون في مناطق يصعب الوصول إليها أو مناطق محاصرة. وهناك نحو 4 ملايين لاجئ إضافي يتخذون من كل من الأردن، وتركيا، والعراق، ولبنان، ومصر ملاذاً لهم. وبنهاية آذار/مارس 2015، ذكرت التقارير أنه من 113 مستشفى عامة جرى تقييمها، هناك 44% تعمل بالكامل و 36% منها تعمل بشكل جزئي، في حين توقف 20% من هذه المستشفيات عن العمل. وأضحت فرص حصول السكان على الخدمات الأساسية محدودة بشكل متزايد، بما في ذلك الرعاية الصحية المنقذة للحياة، مع عدم مقدرة المرافق الصحية المقدرة على العمل، على مواكبة الاحتياجات المتزايدة للسكان المتضررين في مناطق النزاع. وقد أدت الأوضاع المعيشية الشديدة الاكتظاظ، إلى جانب الانخفاض الكبير في التغطية الشاملة بالتطعيم، إلى جعل السكان معرضين بشكل متزايد للإصابة بالأمراض السارية كالحصبة والتيفوئيد والسعال الديكي.

وفي آذار/مارس 2015، تصاعد النزاع في اليمن ليصل العنف إلى 19 محافظة من المحافظات اليمينية البالغ عددها 22 محافظة. وبحلول حزيران/يونيو، كان ما يزيد على 20 مليون شخص قد تضرروا جراء ذلك، مع احتياج ما يناهز 15 مليون شخص إلى خدمات الرعاية الصحية. وفي أيار/مايو، تضاعف تقريباً عدد النازحين داخلياً ليتجاوز مليون شخص. وأدى النقص الحاد في الأدوية والمستلزمات الطبية ونقص الوقود المازم لتشغيل مولدات المستشفيات وللحفاظ على سلسلة التبريد اللازمة لحفظ اللقاحات إلى انهيار تدريجي للنظام الصحي. وأدى نقص الوقود أيضاً إلى عدم، أو قلة حصول ما يقدر بـ 9.4 مليون شخص على مياه مأمونة. وأوردت التقارير ارتفاعاً شديداً في الحالات المشتبه في إصابتها بالمalaria وحمى الضنك، حيث وصل عدد الحالات المشتبه إلى ما يزيد على 3000، بالإضافة إلى عدد من الوفيات. وأعاقت صعوبة الوصول إلى المناطق المتضررة منظمة الصحة العالمية وشركاءها عن إجراء تقييم للأوضاع، والقيام بتدابير مكافحة النواقل. وأوردت التقارير أيضاً استمرار وقوع عدد كبير من أمراض الإسهال والملتهاب الرئوي.

وزاد المتأخر في إجراء حملات التطعيم والمقاومة من خطر وقوع فاشيات للحصبة، كما يهدد ذلك بمعاودة دخول فيروس شلل الأطفال إلى البلاد، على الرغم من عدم الإبلاغ عن أي من حالات شلل الأطفال منذ حزيران/يونيو. وقد أتاحت هُدنة إنسانية، مدتها خمسة أيام، في أيار/مايو، قيام المنظمة وشركائها بتوسيع نطاق استجابتها في مختلف أنحاء البلاد، بأي د أن الدعوات التي أُطلقت من أجل هدنة ثانية في شهر رمضان المعظم قد باءت بالفشل.

وفي باكستان، أدت العمليات العسكرية في وكالة وزيرستان الشمالية إلى نزوح نحو 500.000 شخص، في حزيران/يونيو 2014، ليصل بذلك إجمالي عدد النازحين إلى نحو مليون شخص؛ 74% منهم نساء وأطفال. وأدى سوء الأحوال الجوية والمساكن المكتظة في المجتمعات المستضيفة لهؤلاء النازحين، فضلاً عن ضعف التغذية، إلى زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق المياه كالقوليرا وغيرها من أمراض الإسهال، فضلاً عن الأمراض المنقولة بالهواء كالالتهاب الرئوي والحصبة.

وفي ليبيا، اندلعت اشتباكات، في حزيران/يونيو 2014، بين القوى المتناحرة في طرابلس وبنغازي. وبحلول كانون الأول/ديسمبر 2014، كان ما يزيد على 2.5 مليون شخص في حاجة إلى مساعدة إنسانية، من بينهم نحو 400.000 من النازحين. وأدى نقص الأدوية والمستلزمات الطبية، إلى جانب إجلاء العديد من القوى العاملة الصحية الدولية الموجودة بالبلاد، إلى ضعف النظام الصحي وإلى إنهاك المرافق الصحية المقدرة على العمل.

وفي فلسطين، تسبب 51 يوماً من القتال في غزة، خلال شهرَي تموز/يوليو و آب/أغسطس 2014، في مقتل 2.333 فلسطينياً، وإصابة 15.788 آخرين، كما أدى إلى نزوح نحو نصف مليون شخص، وتدمير ما يصل إلى 22.000 منزل أو أنها باتت غير صالحة للسكن، مع بقاء نحو 100.000 شخص بلا مأوى مع نهاية العام. وقد سبب النزاع أضراراً واسعة النطاق للبنية الأساسية، بما في ذلك المستشفيات والعيادات وسيارات الإسعاف، فضلاً عن مرافق المياه والصرف الصحي، مما أدى إلى تقليص فرص الحصول على الخدمات الأساسية.

ومع تصاعد النزاع المسلح في أفغانستان، من حيث الشدة والنطاق الجغرافي، ارتفع عدد الأشخاص الذين هم في حاجة إلى الخدمات الصحية من 3.3 ملايين في عام 2013، إلى 5.4 ملايين في عام 2014. وما برح الصراع يسبب اضطراباً شديداً في تقديم الخدمات الصحية. ولا يزال أكثر من 30% من سكان أفغانستان يفتقرون إلى الرعاية الصحية الأساسية أو يصعب حصولهم عليها.

وفي الصومال، حذرت الأمم المتحدة، في حزيران/يونيو 2014، من "حالة طوارئ إنسانية تلوح في الأفق"، حيث يفتقر نصف سكان البلاد تقريباً إلى الخدمات الأساسية، كما يحتاج نحو 3.2 مليون امرأة ورجل إلى خدمات صحية طارئة. وما يزال نظام الرعاية الصحية يعاني من الضعف، كما أن هناك نقصاً حاداً في العاملين الصحيين الأكفاء. ويؤثر تأثير هذا النقص الحاصل في الخدمات الأساسية، أكثر ما يُرى، بين الأشخاص النازحين داخلياً الذين يتواصل تضررهم من فاشيات الأمراض الناجمة عن الظروف المعيشية المكتظة ونقص المرافق الصحية، ومحدودية الخدمات الصحية.

وتسببت الكوارث الطبيعية في حصد المزيد من الأرواح. ففي أيلول/سبتمبر 2014، تسبب الفيضان في السودان، في تشريد أكثر من 320.000 من الرجال والنساء والأطفال، في حين تضرر نحو 1.8 مليون شخص في باكستان جراء الأمطار الموسمية والفيضانات، التي أسفرت عن وفاة 282 شخصاً وإصابة 489 آخرين. وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 42.000 منزل تعرضت لأضرار أو أنها دُمّرت، في حين غمرت المياه ما يُقدر بـ 976.5 مليون هكتار من الأراضي الزراعية، في وقت كانت المحاصيل فيه شبه جاهزة للحصاد. وكانت بعض

المناطق المتضررة من بين تلك التي تعرضت من قبل للفيضان في عام 2013.

وتقوم المنظمة بحشد كل إمكانياتها من أجل الاستجابة لمقتضيات حالات الطوارئ المذكورة آنفاً، وذلك من خلال قيادتها لأعمال المجموعة المعنية بالخدمات الصحية الإنسانية، وتنفيذ المهام المنوطة بها في مجال تعزيز ترصد الأمراض، ونظم الإنذار المبكر، وتعزيز وظائف الصحة العمومية الأخرى، بما في ذلك مكافحة الفاشيات المرضية والتمنيع والمساعدة على استمرار خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات المنقذة للحياة.

التحديات واستجابة منظمة الصحة العالمية للطوارئ في الإقليم

تمثل محدودية القدرة على الوصول إلى المناطق المتضررة، بسبب انعدام الأمن، واحداً من أكبر التحديات التي تعوق قدرة المنظمة على الاستجابة لمقتضيات الطوارئ. ففي الجمهورية العربية السورية، استوجبت القدرة المحدودة على الوصول إلى تلك المناطق إيجاد حلول أكثر ابتكاراً من أجل الوصول إلى السكان الذين هم في حاجة إلى الخدمات. وفي اليمن، تسببت قيود الدخول إلى البلاد عبر أي من الموانئ، في تأخير تسليم الإمدادات من المستلزمات الصحية التي تهمس الحاجة إليها. وحتى داخل البلاد، تسبب العنف وانعدام الأمن في جعل الوصول إلى بعض المناطق أمراً غير ممكن الحدوث، وزاد من مخاطر وقوع أمراض مثل الملاريا وحمى الضنك، في ظل عدم حصول المرضى على الرعاية الصحية، وبالتالي عدم تشخيص المرض وتلقي العلاج في الوقت المناسب. ومن بين التحديات الأخرى الإضافية، الهجمات المتكررة التي تستهدف العاملين في الرعاية الصحية والمرافق الصحية والمباني الأساسية الصحية. وقد أدان المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية علناً في عام 2014 مثل هذه الهجمات التي وقعت في أفغانستان، وفلسطين، والجمهورية العربية السورية، والسودان، والعراق، واليمن. وعلى جانب آخر، شكّل أيضاً غياب التمويل المستدام للصحة في ما يختص بالاستجابة للطوارئ، تحدياً رئيسياً يحد من قدرات المنظمة وشركائها في مجال الصحة على الاستجابة، ويؤثر بخطر إغراق الخدمات والبرامج الصحية القائمة. ففي عام 2014، وقف مستوى تمويل الصحة في هذا الإقليم عند نسبة 45.6%، في حين كانت نسبة تمويل التنسيق 84.8%، والغذاء بنسبة 61.8%. وعلى الرغم من تزايد الاحتياجات، فلم تتجاوز نسبة تمويل الصحة لعام 2015 نسبة 12.5% حتى أيار/مايو. ويتواصل اعتماد البلدان التي تهر بأزمات اعتماداً كبيراً على المساعدات الإنسانية والمالية الخارجية، والتي قد لا تصل دائماً عندما تكون تلك البلدان في أشد الحاجة إليها.

وعلى حين زادت الاحتياجات في مجال رعاية الإصابات والرضوح، فإن القدرات تتناقص بين الشركاء لتلبية هذه الاحتياجات، وذلك بسبب انعدام الأمن. ففي الجمهورية العربية السورية، حيث تعرض مليون شخص لإصابات خلال الربع الأول من عام 2015، اضطر الشركاء في مجال الصحة إلى الانسحاب الكامل من المناطق "المساخنة"، تاركين وراءهم هوة عميقة في مجال تقديم رعاية الإصابات والرضوح. وكذلك، فإن التحركات الجماعية للسكان، مقرونة بانخفاض معدلات التمنيع ونقص اللقاحات، تعرض الإقليم بأكمله لخطر وقوع الفاشيات المرضية. وقد أدى انتشار شلل الأطفال والمحصبة في الجمهورية العربية السورية، نتيجة للأزمة الدائرة فيها، إلى عودة دخول شلل الأطفال إلى العراق في عام 2014 بعد مرور 14 عاماً على خلوّه من هذا الداء.

ومن بين التحديات التشغيلية التي واجهتها المنظمة والشركاء في مجال الصحة، الاضطراب الحاصل في النظم الصحية، ووجود أعداد متزايدة من المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية الإصابات والرضوح (ولاسيما في المناطق التي يصعب الوصول إليها)، والأعداد المتنامية من النازحين داخلياً، والنقص الحاد في القوى العاملة الصحية؛ حيث هرب العاملون الصحيون مع أسرهم، واضطراب نظم الإحالة نتيجة لانعدام الأمن وقطع الطرق والنقص الحاد في الأدوية واللقاحات الأساسية. وزادت التحركات السكانية الجماعية من مخاطر الإصابة بالأمراض المسارية، في ضوء سعي النازحين داخلياً إلى إيجاد ملات لهم داخل المخيمات والأماكن العامة المكتظة. كما زادت الأضرار التي لحقت بالبنية الأساسية لمرافق المياه والنظافة العامة من مخاطر الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق المياه. وتعرضت نظم ترصد الأمراض لاضطراب بسبب القدر المحدود من البيانات والمعلومات التي تصل إليها. واضطر المرضى المصابون بأمراض غير سارية مزممة إلى البحث عن أماكن بديلة لتلقي العلاج، حيث أغلقت المرافق الصحية أبوابها أو أعلنت عن

نقص الأدوية الأساسية لديها. وازدادت أيضاً الاحتياجات الخاصة بالصحة النفسية نتيجة للعنف الدائر.

وفي أعقاب تصنيف الأزمة في العراق في المستوى الثالث، وهو ما يعني استجابة المنظمات على مستوى العالم، تم تعزيز قدرات مكتب المنظمة القطري بنشر أكثر من 21 موظفاً دولياً لديهم خبرات في جميع المجالات وذلك بحلول أيار/مايو، وإنشاء محاور و/أو مراكز اتصال للمنظمة في جميع المحافظات التسع عشرة. وقامت المنظمة، بتمويل من المملكة العربية السعودية، بشراء وتشغيل 10 عيادات متنقلة في شمال العراق تغطي احتياجات 300.000 من النازحين داخلياً والمجتمعات المستضيفة لهم. ويأتي هذا المشروع في إطار استجابة المنظمة الأوسع نطاقاً لتقديم حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، في الوقت المناسب. ومع حلول أيار/مايو 2015، كان قد تم توفير الإمكانية لـ 3.5 مليون شخص في العراق للحصول المباشر على الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية التي قامت المنظمة بشراءها والتجهيز بها.

وتأكد، في مطلع عام 2014، وجود حالتين من شلل الأطفال في العراق. وقد تمكنت المنظمة، جنباً إلى جنب مع الشركاء في مجال الصحة، من المؤسسات الوطنية ومن الوكالات التابعة للأمم المتحدة، من تطعيم أكثر من 5 ملايين طفل ضد شلل الأطفال، في ثلاث حملات تمنيع وطنية، وذلك بحلول أيار/مايو 2015.

وفي الجمهورية العربية السورية، وفرت المنظمة العلاج الطبي، في عام 2014، لأكثر من 13.8 مليون شخص ممن يحتاجون إليه في مختلف أنحاء البلاد، مع توزيع أكثر من 32% من تلك المعالجات في المناطق التي يصعب الوصول إليها، وتلك التي تسيطر عليها المعارضة. كما حشدت المنظمة أيضاً أكثر من 17.000 من العاملين في الرعاية الصحية لتطعيم نحو 2.9 مليون طفل ضد شلل الأطفال، من خلال 10 حملات للتمنيع، كما تم تطعيم 1.1 مليون طفل ضد الحصبة.

وفي اليمن، وزعت المنظمة، في الفترة ما بين آذار/مارس و حزيران/يونيو 2015، ما يقرب من 130 طناً من الأدوية والمستلزمات الطبية، وأكثر من 500.000 لتر من الوقود لضمان استمرار عمل المستشفيات الرئيسية ومستودعات اللقاحات وسيارات الإسعاف والمختبرات الوطنية ومراكز الكلى والأورام والمراكز الصحية في 13 محافظة، تصل خدماتها لأكثر من 4.7 مليون مستفيد، بمن فيهم 700.000 من النازحين داخلياً، و140.000 من الأطفال دون سن الخامسة. وفرت المنظمة أيضاً المياه المأمونة، ومجموعات من لوازم النظافة الصحية والمستلزمات للمرافق الصحية وللنازحين داخلياً الذين تستضيفهم المجتمعات المتضررة. كما وفرت خدمات نقل المياه للمشاحنات إلى المرافق الصحية وإلى المجتمعات التي ترتفع فيها أعداد النازحين داخلياً. وفرت المنظمة كذلك أدوية السل والملاريا، ودعمت الاستجابة للفاشيات المرضية ومكافحتها.

وقامت المنظمة، إبّان الصراع في غزة وما بعده، بتيسير تسليم الأدوية والمستلزمات الطبية للمستشفيات والمرافق الصحية، لصالح مئات الآلاف من المرضى. وأعيد تفعيل نظام المجموعات الصحية تحت قيادة المنظمة، جنباً إلى جنب مع وزارة الصحة. وتولت المنظمة إجراء العنصر الخاص بالصحة في التقييم المتعدد المجموعات، وقادت مجموعة الصحة لاستكمال التقييم المشترك للقطاع الصحي. وعلى الرغم من النزاع الدائر، فقد حرصت المنظمة على تواصل الدعوة إلى تمكين المرضى الذين لديهم إحالات إلى الخارج، كما أنها تعمل على مستوى السياسات من أجل تيسير حصول المرضى على ذلك.

إدارة المخاطر الصحية

أقرت اللجنة الإقليمية أهمية الحاجة إلى تعزيز التأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها من خلال اعتماد نهج مواجهة جميع الأخطار، واتباع نهج متعدد القطاعات (ش/م/ل إ 61/ق-1)، وطلبت تعزيز الدعم التقني من جانب المنظمة من أجل تعزيز القدرات الوطنية لإدارة مخاطر الطوارئ. ومع نهاية 2014، كان 19 بلداً قد تلقى دعماً في مجال مراجعة خططها الوطنية القائمة الخاصة بالتأهب للطوارئ والاستجابة لها، بهدف اعتماد النهج الشامل في هذا الشأن. وقد أكمل بلدان، حتى الآن خططهما الوطنية للتأهب لجميع مخاطر الطوارئ والاستجابة لها في ما يتعلق بالصحة. وفي إطار دعم عملية التخطيط، تم تجريب البروتوكول الشامل لتقييم المخاطر المرتبطة بجميع الأخطار في جمهورية إيران الإسلامية، بالإضافة إلى إجراء تحليل شامل لدرجة التأثر بالمخاطر. وفي أفغانستان، تم، بالتعاون مع الشركاء، تعزيز القدرات في مجال التدبير العلاجي للإصابات الجماعية.

وتمكنت المنظمة، في عام 2014، من إنجاز أعمالها في حالات الطوارئ في هذا الإقليم، بفضل الدعم الذي قُدم من العديد من الدول المانحة، ومن بينها أستراليا، وكندا، والصين، والمفوضية الأوروبية، وفنلندا، وإيطاليا، واليابان، وكوريا، والكويت، والنرويج، والاتحاد الروسي، والمملكة العربية السعودية، وسويسرا، وتركيا، والإمارات العربية المتحدة، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية.

تنفيذ الاستراتيجيات التي أقرتها اللجنة الإقليمية

أحرز تقدم في ما يتعلق بتنفيذ القرارات التي اعتمدها اللجنة الإقليمية. فقد شُرع في عملية إنشاء صندوق إقليمي للتضامن في حالات الطوارئ، بهدف ضمان تمويل يمكن التنبؤ به للاستجابات المفاجئة/السريعة للكوارث الطبيعية أو التي هي من صنع الإنسان، التي قد تقع في الإقليم. وقد شددت اللجنة الإقليمية على أهمية هذا الأمر، وحثت الدول الأعضاء على المساهمة في الصندوق بتخصيص نسبة لا تقل عن 1% من ميزانية المنظمة التي تُخصّص للبلدان، إلى جانب أي مساهمات طوعية أخرى متى أمكن.

وسعيًا لهدف إنشاء قائمة إقليمية تضم خبراء أكفاء يكونون قادرين على الاستجابة بالسرعة والفاعلية المطلوبة لمقتضيات أي حالة من حالات الطوارئ، بما في ذلك فاشيات الأمراض، فقد تم دعم بناء القدرات في مراكز الاتصال المعنية بحالات الطوارئ، للتدريب على الاستجابة في حالات الطوارئ المفاجئة، وسيواصل دعم هذه الأنشطة بصفة سنوية. وبغية ضمان شراء المستلزمات والمعدات الطبية الحيوية، وتوفيرها في الوقت المناسب، للبلدان التي تم بحالات طوارئ في الإقليم وما وراءه، فقد أتمت المنظمة اتفاقاً مع حكومة الإمارات العربية المتحدة لإنشاء مركز مخصص للعمليات الإنسانية/الخدمات اللوجستية للمنظمة.

وستواصل المنظمة العمل مع الدول الأعضاء من أجل تعزيز قدرات النظم الصحية لمنع وقوع الطوارئ والأزمات، والتخفيف من أثرها، والتأهب والاستجابة لها، والتعافي منها، باتباع نهج متعدد القطاعات يراعي الصحة كمنظومة متكاملة، مع التركيز بوجه خاص على تعزيز القدرات التقنية في مجال التأهب.