

نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠١٣

التحديات الإنسانية والطبية أمام مساعدة اللاجئين الجدد في لبنان والعراق

كارولين أبو سعدة وميكائيل سيرايني

أظهرت التدفقات الكبيرة والمستمرة للاجئين السوريين والفلسطينيين الوافدين على الدول المجاورة لسوريا محدودة الممارسة الإنسانية وأنها تمثل أيضاً تحديات جديدة للتدخلات الطبية والإنسانية.

مع استمرار الأزمة في سوريا، تشهد الحاجات الإنسانية داخل البلاد وخارجها تصاعداً سريعاً. فمنذ بداية الأزمة في شهر مارس/آذار ٢٠١١، تأثرت قدرة المنظمات الدولية على توفير المساعدات داخل سوريا وخضعت إلى قيود كبيرة، ولذلك، ركزت معظم الهيئات الدولية اهتمامها على وضع اللاجئين الذين عبروا الحدود إلى كل من تركيا ولبنان والأردن والعراق. وتقدر مفوضية الأمم المتحدة السامية للاجئين إجمالي عدد اللاجئين من فيهم الموجودين في مصر وغير ذلك من دول أخرى بمليونين لاجئاً ابتداءً بأواخر شهر أغسطس/آب ٢٠١٤^١.

مع اندلاع المناوشات مؤخراً شرقي سوريا، أعادت سلطة حكومة كوردستان العراقية فتح الحدود في ٢٠١٣/٨/١٥. وإثر ذلك، تدفق ما يزيد على ٣٠٠٠٠ شخص إلى الإقليم خلال بضعة أيام. فامتلاً بذلك مخيم كاوارغوست في أربيل الذي افتتح مؤخراً ووصل إلى طاقته الاستيعابية القصوى. ومن المقرر افتتاح مخيمين آخرين في المنطقة لكنّ أياً منهما لن تكون له القدرة على استيعاب التدفقات الجديدة. ولن يقدم أي شيء للأغلبية الساحقة للاجئين المتناثرين في المناطق الحضرية.

لقد كان هناك أثر كبير للتدفق الجماعي للاجئين خلال العامين الماضيين على دول الجوار، لكنّ المجتمع الدولي لم يعالج ذلك الأثر على نحو ملائم. فما زالت معظم الأولويات الحالية والممارسات الخاصة بتوفير الرعاية الصحية في بيئات النزاع، لسوء الحظ، قائمة لعقود منصرمة كان يُنظر للنزاع فيها على أنه مصاحب لمخيمات اللاجئين المكتظة التي تُؤوي فئات من الشباب من البلدان النامية. لكنّ الأمر غير ذلك، فالحروب المعاصرة تندلع في بيئات ذات مستويات أعلى من الدخل يصاحبها مؤشرات صحية أساسية أفضل وعادة ما تكون مدتها مطولة. وتغير هذه الحقائق التركيبة السكانية تغييراً كبيراً وكذلك تغير السمات الرئيسية للأمراض التي تصيب السكان المتناثرين بالنزاع.

لبنان

دخلت أفواج اللاجئين لبنان تباعاً على عدة مراحل. ففي حين كان عدد اللاجئين السوريين ٢٠٠٠٠ لاجئاً في شهر مايو/أيار ٢٠١٢ في المناطق الشمالية من لبنان، وصل العدد بداية شهر أغسطس/آب ٢٠١٣ ما يقدر بـ ٥٧٠٠٠٠ وفق أرقام مفوضية الأمم المتحدة السامية للاجئين أو ١,٣ مليون وفقاً لأرقام لحكومة اللبنانية. وإضافة إلى اللاجئين الفلسطينيين المسجلين في لبنان قبل الحرب البالغ عددهم ٤٢٥٠٠٠ لاجئاً، تقدر الأونروا أن ٥٠٠٠٠ لاجئاً فلسطينياً إضافياً وصلوا إلى لبنان من المخيمات السورية منذ بداية الحرب. ومن بين ٤,٢ مليون شخص يقيم في لبنان، يمثل اللاجئون في لبنان الآن حوالي ٢٥٪ من عدد السكان الإجمالي. أما الحكومة اللبنانية التي اتبعت سياسة رسمية بعدم التدخل بالأزمة السورية، فقد تركت حدودها مفتوحة ورفضت إقامة المخيمات لإيواء اللاجئين. ولذلك، تشتت الناس في

شمال العراق

خلال عام ٢٠١٢، فرّ كثير من الأكراد السوريين إلى العراق المجاور، وخاصة إلى إقليم حكومة كوردستان. وفي محافظة دهوك العراقية، افتتح مخيم دوميز في أربيل/نيسان ٢٠١٢ وكذلك افتتحت الحكومة المركزية في بغداد مخيمين آخرين في المنطقة الجنوبية الغربية للعراق. وبعد ثمانية عشر شهراً، اتضح أنّ المساعدات المقدمة في مخيم دوميز أقل من المستوى المقبول، فلم يكن الاستثمار المطلوب في المياه والإصحاح كافياً ولم يكن هناك أي تخطيط صحيح وسليم لمختلف مراحل المخيم. أما فيما يخص حضور المنظمات الدولية، فهو لا

تعود كثير من معدلات انتشار الأمراض والوفيات إلى تردّي وضع الأمراض المزمنة الحالية (مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية، وارتفاع ضغط الدم، والسكري، والسل، والأيديز). ففي تلك الحالات، كان استمرار العلاج أمراً ضرورياً. ومن هنا، تفرض تعقيدات الأمراض المزمنة وطول أمدها ضرورة انتهاج استراتيجية جديدة لمواجهةها.

يمكن القول إنّ معظم استشارات الرعاية الطبية الأساسية، التي تقدمها منظمة أطباء بلا حدود في لبنان والعراق منذ أوائل عام ٢٠١٢، تتعلق بالأمراض المزمنة. ومن هنا، لا يقل استمرار العلاج أهمية عن الحصول عليه. لكنّ المقابلات التي أجريت مع اللاجئين السوريين في سهل البقاع وصيدا في لبنان تشير إلى أنّ أكثر من نصف المستجيبين (٥٢٪) قالوا إنهم لم يكونوا مقتدرين مادياً على بذل تكاليف علاج الأمراض المزمنة، بينما أشار الثلث (٣٠٪) إلى أنهم اضطروا إلى تعليق العلاج نظراً لارتفاع التكاليف. وفي العراق، يفترض أن يكون العلاج مجانياً. أما على أرض الواقع فالأمر يختلف حيث يُضطر اللاجئون نظراً لانقطاع التزويد إلى شراء أدويتهم من الصيدليات الخاصة.

وتمثل الأمراض المعرّضة للتفشي في أي وقت خطراً على السكان المتأثرين بالنزاع في الدول متوسطة الدخل. فقد عانى العراق، على سبيل المثال، من انتشار وباء الحصبة وتطلب السيطرة عليه التطعيم الجماعي في مخيم اللاجئين. وكذلك يعاني لبنان من تفشي الأمراض التي، وإن كانت أقل حدة مما عليه الحال في العراق، يصعب السيطرة عليها نتيجة تشتت توزع السكان اللاجئين. ووقوع حالات انتشار الأمراض المعدية، حتى لو كان أقل مما عليه في البيئات الأخرى، يبقى أمراً لا يمكن تجاهله. وبالنظر لهذه الوقائع، لا بد من تطوير الاستجابات الوقائية والعلاجية ولا بد من عدم حصرها بالرعاية الصحية الأساسية بل يجب أن تمتد لتغطي العلاج الثانوي والثالثي أيضاً دون مقابل.

التحديات الصحية في البيئات المفتوحة والمخيمات

من المسائل الأساسية المثيرة للاهتمام العلاقة التي تربط تسجيل الأشخاص والوصول إلى الخدمات بما فيها الخدمات الصحية^٢. فقد أشار ٤١٪ من المقابلات إلى أنهم لم يكونوا مسجلين ويعود السبب في ذلك بصورة رئيسية إلى افتقارهم للمعلومات حول أين وكيف يمكنهم أن يسجلوا أنفسهم أو لبعده نقاط التسجيل عنهم أو بسبب

جميع أنحاء البلاد خاصة في المناطق الفقيرة التي تعاني بالأصل من استنزاف شديد جداً للخدمات ما أدى إلى تأثر الاستجابة إلى حاجات اللاجئين تأثراً كبيراً جداً.

المنظومات الصحية

رغم تدمر المستشفيات في سوريا وتضرر الصناعة الدوائية فيها، فقد حظيت سوريا بأفضل منظومة صحية في المنطقة قبل الأزمة ولذلك تختلف السمات الرئيسية للأمراض الوبائية التي يعاني منها السكان وكذلك الحاجات المرتبطة بها اختلافاً كبيراً عما يعاني منه اللاجئين في بيئات اللجوء الأخرى المألوفة لدى الفاعلين الإنسانيين.

وفي العراق، استُنزفت المنظومة الصحية العراقية عبر سنوات من الحصار تبعها احتلال قادته أميركا ثم حرب أهلية. أما في لبنان، فتعتمد المنظومة الصحية على القطاع الخاص ما يجعل الحصول على الرعاية الصحية أمراً صعباً لمعظم المستضعفين. فعلى سبيل المثال، أجرت منظمة أطباء بلا حدود دراسة مسحية وجدت من خلالها أن قرابة ١٥٪ من اللاجئين المقابلاتين لم يتكمنوا من الحصول على الخدمات في المستشفيات لعدم قدرتهم على دفع الرسوم (مع أنّ نسبة مشاركتهم في التكاليف تساوي ٢٥٪ في حين تغطي المفوضية باقي الرسوم). وأفاد ٩ من أصل ١٠ مقابلاتين أنّ أسعار الأدوية الموصوفة كانت العائق الأساسي لحصولهم على العناية الطبية^٣. أما استمرار تدفق اللاجئين فقد مارس ضغوطاً على كلا المنظمتين الصحيّتين. وتؤدي الضغوطات الكبيرة تلك إلى منع البنى الصحية من استقبال أعداد أكبر من المرضى. وتثير هذه الصعوبات، من جهتها، حالات التوتر بين المجتمعات المضيفة والسكان اللاجئين، وهو أمر يستدعي المعالجة بأقصى سرعة وفعالية.

عبء الأمراض على متوسطي الدخل

تختلف صفات اللاجئين من دول متوسطي الدخل من ناحية التركيبة السكانية وعبء الأمراض عن صفات اللاجئين التقليديين الذين اعتاد الفاعلون الإنسانيون في جميع أرجاء العالم على العمل معهم. وفي الماضي، شهدت أوضاع التدفقات الجماعية للاجئين ارتفاعاً كبيراً في معدلات الوفيات عندما تتحد حالات الطوارئ. وكانت تلك الوفيات نتيجة رئيسية للأوبئة أو لتردي الأوضاع المرضية المعدية وسوء التغذية الحاد. لكنّ الوضع اليوم يختلف عما كان عليه في السابق، حيث

نوفمبر/ تشرين الثاني ٢٠١٣

الظاهر، يلاحظ أن المنظومة الصحية تستقبل أعداداً تفوق طاقتها الاستيعابية. وكذلك الحال في لبنان حيث لا يمكن التنبؤ بتوزيع المساعدات على اللاجئين السوريين ما يقود إلى ارتفاع التنافس على الموارد النادرة. وينتج عن هذا التوزيع غير المتكافئ تبايناً اقتصادياً ما يلبث أن يولد مقنا وكرامية تجاه اللاجئين السوريين. وتبقى الظروف المعيشية للاجئين في البيئات المفتوحة غير متناسبة، فدفق إيجارات المنازل تمثل عبئاً إضافياً على الموارد المالية للاجئين ناهيك عن أن معظمهم يعيشون في دور إيواء غير مناسبة كالمدراس والمساجد والأبنية المهذمة، أما المساعدات المقدمة إلى اللاجئين السوريين فما زالت عموماً قاصرة عن تلبية حاجاتهم.

الخلاصات

لم تتمكن السياسات ولا التدخلات الصحية من مسايرة التغيرات العالمية العميقة في بيئات النزاع. وليست الأزمة السورية استثناءً لتلك القاعدة. وعلى الفاعلين الإنسانيين أن يكيّفوا استراتيجياتهم حسب الواقع الذي يعيشه اللاجئون اليوم وحسب أعباء الأمراض الخاصة. وحيث إنّ عبء الأمراض انتقل إلى الأمراض المزمنة، فهذا يفرض ضرورة تقديم التدخلات الأكثر تعقيداً التي تضع في الاعتبار مسألة استمرار الرعاية الصحية. ومع ذلك، ما زالت الأمراض التي يحتمل تفشيها بين الناس أمراً قائماً ما يتطلب إقامة منظومات رقابية جيدة يمكنها التنبؤ بما سيحدث واتخاذ الإجراءات اللازمة.

ثم هناك عوائق أمام الحصول على الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، مثل: تكلفة الخدمات وضيقات أوقات الدوام وبعد المسافات، ويجب وضعها في الاعتبار عند مساعدة اللاجئين السوريين. وهناك أيضاً حاجة لدمج منظم لعلاج يمكن تحمل نفقاته للأمراض غير السارية. وعلاوة على ذلك، ينبغي توفير الرعاية الكاملة والسريعة في المستشفيات لجميع اللاجئين المستضعفين الذين يعانون من الظروف الصحية الحادة.

وفيما يخص اللاجئين الحضريين المشتتين في جميع أنحاء كوردستان العراق ولبنان، فيواجهون كثيراً من المصاعب في الحصول على المساعدات، وهذا ما يثير أيضاً قضية الكيفية الأفضل للتعامل مع حاجات الأشخاص المهجرين في البيئات المفتوحة.

التأخيرات التي عانوا منها في مراكز التسجيل أو لأنهم كانوا خائفين من عدم حصولهم على الوثائق الرسمية المناسبة ما يجعلهم يخافون أيضاً من إعادتهم قسراً إلى سوريا.

وفي لبنان، في سهل البقاع خاصةً، يعيش اللاجئون في أماكن مبعثرة ويجعل ذلك وصولهم إلى المستشفيات أمراً في غاية الصعوبة. وإضافة إلى ذلك، حتى لو أن المفوضية تغطي بعض تكاليف المستشفيات للاجئين، فهي لا تغطي جميع اللاجئين. وفي نهاية المطاف، يجد معظم اللاجئين أنفسهم مضطرين لدفع النفود من أجل الحصول على الخدمات الصحية الثانوية والثالثية.

يعيش معظم اللاجئين السوريين حالياً في البيئات الحضرية وليس في المخيمات. وهذا ما يمثل تحديات كبيرة جداً على التدخلات الصحية، فوفقاً لمفوضية الأمم المتحدة للاجئين يعيش ٦٥٪ من اللاجئين بالمنطقة خارج المخيمات. وفي حين يعيش اللاجئون السوريون في لبنان في مناطق مبعثرة ضمن أكثر من ١٠٠٠ بلدية معظمها في الأماكن الحضرية الفقيرة، يعيشون في العراق في المخيمات والمدن. ويمثل هذا التنوع في مكان الإقامة تحدياً أمام التدخلات الطبية والصحية.

وفي المخيم، يمكن تصميم منظومة شاملة ومركزية لضمان الحصول على الخدمات الصحية وقد يكفي لذلك تقديم منظومة بسيطة للرقابة للتأكد من التصدي للأمراض الرئيسية التي يمكن أن تتفشى بين الناس. لكنّ ظهور تلك الأمراض، لسوء الحظ، يحدث بين اللاجئين المشتتين في لبنان وهكذا لا يتمكن نظام الرقابة من التنبؤ بتلك الأمراض خلال مدة مبكرة كافية. وبواجه اللاجئين في البيئات الحضرية على أي حال تقطعا في القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية نتيجة الضغوط الكبيرة على المنظومات العامة في البلاد المضيفة لهم التي لا تتمكن من استيعاب ضغوط مواطنهم أصلاً. وغالباً ما يعيش اللاجئون الحضريون بصورة غير رسمية مع المواطنين الأصليين. وبما أن كلا الفئتين من الناس لديهما الحاجات والاستضعافات نفسها ويشتركان بالمنظومة الصحية ضعيفة الموارد فذلك سيؤدي حتماً إلى توليد الإقصاء وعدم المساواة في تقديم الخدمات.

وفي العراق، يعيش معظم اللاجئين في بيئات حضرية. ومع أن العلاج الصحي الأساسي والثانوي مجاني في

نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠١٣

“ما أتمن شيء أحضرته معك من الديار؟”



أحمد يحمل عكازه التي يقول إنه لا يمكنه بدونها الوصول إلى الحدود العراقية في رحلة تستغرق ساعتين مشياً. (مخيم دوميز في إقليم كوردستان العراق)

وفي أغسطس/آب ٢٠١٣، تحدث المفوض السامي للأمم المتحدة للاجئين، أنطونيو غوتيراس، عن وجود ضرورة ملحة لتبني منهج أكثر كرماً واتساقاً في التعامل مع السوريين الباحثين عن الملاذ واللجوء في أوروبا علماً أنّ ألمانيا والسويد استقبلتا ثلثي السوريين الباحثين عن الحماية في الاتحاد الأوروبي. وبالمثل، لا بد من حشد مزيد من الدول لمساعدة جيران سوريا في تولى العبء عن طريق تقديم خيار اللجوء أو إعادة التوطين في بلد ثالثة. فقد انكشفت الأزمة السورية على فجوة كبيرة بين الحاجة للمساعدات والاستجابة الحقيقية لتلك الحاجة. وهذا النوع من الأزمات بعيدة الأمد يتطلب أيضاً التخطيط والالتزام بعيد المدى من المانحين والدول والهيئات الدولية. وفي حين رحب جيران سوريا في معظم الأوقات باللاجئين واستضافوهم وأعانوهم، فإنّ نقص الدعم اللازم للسلطات المحلية والبنى سوف يجعل التدفقات الجماعية سبباً في إثارة الرفض لدى المجتمع المضيف عند بدء تجاوز الطاقات الاستيعابية المحلية واستنزافها.



تمارة أحضرت شهادتها العلمية لكي تكمل تعليمها (مخيم أديمان للاجئين، تركيا)

كارولين أبو سعدة
caroline.abu-sada@geneva.msf.org
 رئيسة وحدة البحوث في منظمة أطباء بلا حدود، سويسرا، وميكائلا سيرافيني
micaela.serafini@geneva.msf.org
 مسؤول للعمليات الصحية، منظمة أطباء بلا حدود، سويسرا
www.msf.ch

<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> ١
 ٢. دراسة مسحية أجرتها منظمة أطباء بلا حدود في ديسمبر/كانون الأول 2012.
www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6627
 ٣. دراسات مسحية عشوائية على الأسر في صيدا ومخيم عين الحلوة وسهل البقاع وطرابلس أجرتها منظمة أطباء بلا حدود في مايو/أيار 2012 وديسمبر/كانون الأول 2012، ويونيو/حزيران 2013.



عبد يحمل مفاتيح بيته في دمشق. يقول لمصوره: “عندما يشاء الله، سوف أراك في هذا الوقت من العام القادم في دمشق” (سهل البقاع، لبنان)