

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : Η ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΕΜΠΟΛΕΜΕΣ ΖΩΝΕΣ
(ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 2 ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ)

ΜΕΤΑΠΤ.ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΕΙΡΗΝΗ ΓΚΑΤΣΗ(Α.Μ. 20170267)

ΑΘΗΝΑ
ΜΑΙΟΣ 2021

POSTGRADUATE STUDY PROGRAM:
“INTERNATIONAL MEDICINE-HEALTH CRISIS MANAGEMENT”

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
MEDICAL SCHOOL

GRADUATE THESIS

SUBJECT: PULL OUT OF AID WORKERS FROM CONFLICT ZONES
(A 20 - YEAR REVIEW)

POST GRADUATE STUDENT: EIRINI GKATSI (A.M. 20170267)

ATHENS

MAY 2021

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Ειρήνης Γκάτση

Εξεταστική Επιτροπή

- Κάρολος Πούχγερ, Επιβλέπων
- _____, Μέλος
- _____, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της ...ης 2021 για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου Ειρήνης Γκάτση , συνεδρίασε σήμερα .../6/2021.

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Ειρήνης Γκάτση με τίτλο Pull-out of aid workers from conflict zones (A 20 years review), είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η Εξεταστική Επιτροπή αφού έλαβε υπ'όψιν τον περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Αριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς) & (Βαθμός)

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

• Κάρολος Πούχγερ, Επιβλέπων _____

•, Μέλος _____

•, Μέλος _____

TABLE OF CONTENTS

Περίληψη.....	8
Summary	9
ABBREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
METHODOLOGY.....	11
HUMANITARIAN ACTION IN EMERGENCIES	12
1.1 Obligations allowing and facilitating international humanitarian relief	12
1.2 The role of the United Nations.....	12
1.3 Security management practices.....	13
1.4 Coordination.....	13
EXEMPLAR OF VIOLENCE	15
2.1 Categories of perpetrators	15
2.2 Recorded incidents.....	15
2.3 General trends & types of violence.....	17
HUMANITARIAN HEALTH CARE IN DANGER.....	19
3.1 Humanitarian Action under attack	19
3.2 Attacks on aid workers.....	19
3.3 Keeping survivors alive – Violation of Medical Ethics.....	20
CONSEQUENCES	22
4.1 Obstruction of Aid	22
4.2 Aid workers casualties	22
4.3 Implications for local populations.....	23
MAKING HUMANITARIAN RELIEF NETWORKS MORE EFFECTIVE.....	27
5.1 Monitoring trends – HciD Project.....	27
5.2 Security management & Coordination.....	29
5.3 Stabilization & Protection.....	29
5.4 Collaboration among the relief organizations	30

CONCLUSIONS	31
ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ	32
REFERENCES	41

Περίληψη

Το ενδιαφέρον της διεθνούς κοινότητας για τις επιθέσεις κατά του ανθρωπιστικού προσωπικού που παρέχει βοήθεια σε εμπόλεμες ζώνες έχει ενταθεί τα τελευταία χρόνια. Ιδιαίτερα από το 2000 και μετά που οι επιθέσεις κατά του προσωπικού έχουν αυξηθεί κατά κόρον, με αποτέλεσμα τις απώλειες ανθρώπινων ζώων. Οι εργαζόμενοι σε εμπόλεμες ζώνες έρχονται αντιμέτωποι με παραστρατιωτικά σώματα, αντάρτες καθώς και τον ίδιο τον κρατικό στρατό. Η εποχή της ουδετερότητας και της αποδοχής των εργαζομένων στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας πέρασε ανεπιστρεπті και πλέον μια νέα περίοδος έχει εκκινήσει. Νέες προκλήσεις εμπλέκονται στην αντιμετώπιση ανθρωπιστικών κρίσεων υπό αντίξοες συνθήκες. Ως αποτέλεσμα, πολλοί ανθρωπιστικοί οργανισμοί μετακινούν σε ασφαλέστερα σημεία ή ακόμα χειρότερα να αποσύρουν πλήρως το προσωπικό τους από ορισμένες χώρες. Νέες προοπτικές και απόψεις θα βοηθήσουν στην αξιολόγηση της δεδομένης κατάστασης. Πώς συμπεριφέρονται οι χώρες για τις δύο πρώτες δεκαετίες του 21ου αιώνα και πώς θα κινηθούν από τώρα. Ποιες είναι οι συνέπειες για τους πληγέντες πληθυσμούς στις περιπτώσεις απόσυρσης των ανθρωπιστικών οργανώσεων; Ένα νέο κεφάλαιο έχει ξεκινήσει για την ανθρωπιστική κοινότητα και το μέλλον των ανθρωπιστικών επιχειρήσεων παγκοσμίως.

Λέξεις κλειδιά: ανθρωπιστικοί οργανισμοί, εμπόλεμες ζώνες, πληθυσμός, απόσυρση, επιθέσεις, εργαζόμενοι, ανθρωπιστική βοήθεια

Summary

The international community's interest in attacks on humanitarian personnel assisting war zones has intensified in recent years, significantly since 2000, when attacks on staff have increased dramatically, resulting in loss of life. Workers in war zones are confronted with paramilitaries, guerrillas, and the state army itself.

The era of neutrality and acceptance of humanitarian aid workers has passed irrevocably, and now a new era has begun. New challenges are involved in tackling humanitarian crises under adverse conditions. As a result, many humanitarian organizations are moving to safer places or, even worse, withdrawing their staff completely from some countries. New perspectives and perspectives will help to assess the given situation. What are the countries' reactions in the last two decades, and how will they move from now on? What are the consequences for the affected populations in the cases of withdrawal of humanitarian organizations? A new chapter has begun for the humanitarian community and the future of humanitarian operations worldwide.

Key words: humanitarian organizations, personnel, health workers, operations, medical ethics, populations, aid, humanitarian

ABBREVIATIONS

AWSD	Aid Worker Security Database
CAR	Central African Republic
CERF	Central Emergency Response Fund
CEs	Complex Emergencies
COC	Communities of concern
DRC	Democratic Republic of Congo
HCID	Health Care in Danger
HRW	Human Rights Watch
IFRC	International Federation of Red Cross
ICRC	International Committee of the Red Cross
IHL	International Humanitarian Law
ISIS	Islamic State of Iraq and the Levant
MDM	Medecins du Monde
MSF	Médecins Sans Frontières - Doctors Without Borders
NGO	Non-Governmental Organization
NSAs	Non state Actors
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OPT	Occupied Palestinian Territories
SOP	Standard Operating Procedure
UN	United Nations
UNSC	United Nations Security Council
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

INTRODUCTION

The movement of aid workers in conflict zones arose many decades ago. Since then the geopolitical and international relations, have changed radically. The states, until recently used to be the main actors of the wars. Despite the fact that even in the past either within international conflicts, there were non-state actors meaning irregular military, so called militias, insurgents or terrorists and within a civil war usually guerillas and freedom fighters, the past 20 years, this has been elevated to a new different context. Aid workers must face both military and paramilitary actors in the conflict field and in most of the times to risk with casualties from their side. The era of neutrality and acceptance of the humanitarian and aid workers has come to an end, and we are entering a new period, where new challenges involved in working on humanitarian crises under adverse conditions. As a result, it led the Organizations to relocate or even worse pull-out their personnel from some countries.

The primary purpose of this thesis is to analyze the reasons International Organizations, which provide the aid workers (ICRC, MSF, MDM) pull out their staff member from countries facing especially non-international armed conflicts. The problematic arises primarily because no one is any more sure on how should proceed. New perspectives and opinions will help to evaluate the given situation. How the countries behave for the first two decades of the 21st century and how they will move from now. What the consequences for the affected populations are or might be after the pull-out of the aid actors. A new Chapter is opening for the Humanitarian Community and the future of Humanitarian operations globally.

METHODOLOGY

The present thesis is a literature review. The literature selected though the snowball method. A literature search was conducted on databases, primary and secondary studies, archives and scientific journals, articles using the PubMed, Google scholar, UN, ICRC and AWSO databases, as well as other literature and publication from international organizations.

HUMANITARIAN ACTION IN EMERGENCIES

1.1 Obligations allowing and facilitating international humanitarian relief

It would be helpful briefly to recall what international law is concerning as applicable while in a conflict, as for the humanitarian assistance to reach the affected population. The free passage to provide relief(1) is not a norm that has been written as the rule of law. However, through human rights instruments and all related Conventions, guiding principles, and relevant documents, there has been clear documentation of many related rights that should be protected and ensure that relevant assistance will be provided to the affected populations. Those rights are the right to life, health, housing, food(2). According to the human rights treaty bodies, there are three levels of obligations states should respect and promote to protect the fellow human: the duty to respect, protect, and fulfill(3). Hence under the spirit of the above mentioned the UN Human Rights Committee in a General Comment No. 6 referring to the Right of Life, adopted on April 30, 1982, observes the “...that war and other acts of mass violence continue to be a scourge of humanity and take the lives of thousands of innocent human beings every year.” Furthermore, “The Committee considers that States have the supreme duty to prevent wars, acts of genocide and other acts of mass violence causing arbitrary loss of life”(4). The Committee proceeds with the “possible measures to reduce infant mortality and increase life expectancy, especially in adopting measures to eliminate malnutrition and epidemics”. From all the above, we could imply an undoubtful obligation of the states and all the actors to allow access to international humanitarian relief, wherever required, to avoid loss of life(5).

Furthermore, the International Humanitarian Law (IHL) stands in the text of the Geneva Conventions and the two Additional Protocols, obligating the armed parties to accept international humanitarian relief whether the recipients are in occupied territories in an international conflict to in a state experiencing internal conflict(6). Especially in the Fourth Geneva Convention and the three annexes define the obligation of the occupying power towards the civilian population and contains a detailed provision on humanitarian relief for populations in occupied territory(7).

1.2 The role of the United Nations

The United Nations purpose, as stated in its Charter, is “to achieve international co-operation in solving international problems of an economic, social, cultural, or humanitarian character”(8). Over the years, the United Nations have been the so-called “humanitarian pillar” regarding humanitarian action in various locations around the globe. The operational role of the UN, especially during disasters and emergencies, providing humanitarian assistance has been critical and quite challenging. Since 2000 there were significant casualties among UN peacekeeping forces, as well UN

staff members. Rebel groups, particularly in conflict zones, carrying out attacks against civilians as well aid workers. UN entities, especially UN Central Emergency Response Fund (CERF), managed by OCHA, support the rapid humanitarian response to civilians affected by disasters or armed conflict(9). The United Nations Security Council (UNSC) passed Resolution 1502 on August 26, 2003, giving better protection to humanitarian workers and treating attacks on them as a war crime(10). On May 3, 2016, UNSC passed Resolution 2286, following the assaults on health facilities in Syria and Yemen, the destruction of the Kunduz Trauma Center(11). Following a recent statement of support, on June 22, 2020, the 171 UN Member States call upon the global community and especially the non-State actors to a ceasefire, mainly due to the covid-19 pandemic(12).

1.3 Security management practices

Organizations operating in the field, especially under uncertain conditions in conflict zones, have always had priority staff safety and security. Nevertheless, the practice has shown that despite the constant life-threatening risks that aid workers face, the understanding of security management lacks coordination, leading to inconsistency and fatal casualties(13). Not sharing critical data and creating an environment to exchange experiences, malpractices, and good practices to enhance security management practices is the most important reason for failing to promote inter-agency coordination and launch joint SOPs for the security of the staff members. The current humanitarian system is far away from those practices, and still, the actors in the third decade of the 21st century do not proceed to involve all the actors of a conflict to the table of negotiation and take action towards a peacebuilding resolution. Humanitarian fatalities remain high, even though aid workers are deployed to assist civilians in need and not intervene in politics. An operation's security, either this consists of international or local aid workers, must be granted and mitigate any risks for the staff members to be attacked.

1.4 Coordination

It is a fact that coordination in humanitarian assistance is an ambivalent situation, primarily because of the unclear involvement of the stakeholders and partners of an operation and the level of engagement they are having. Coordination is one of the main factors in any emergency or disaster risk management yet remains a very challenging field of action. Negotiations are not always having a beneficial outcome for all sides; hence involved actors, while disposing of the assessment, are

compromising entire operations, and defining the high risk that the life of their member staff in the field are facing.

EXEMPLAR OF VIOLENCE

2.1 Categories of perpetrators

Security threats against aid workers are a fact that has been so far inevitable and many times fatal. Especially when it comes to conflict zones, the chances of engaging in a risky situation of attack are getting higher. Of course, conceptualizing the situation and understanding that any model cannot necessarily predict incidents could help mitigate these events' risk. ICRC, in numerous reports, has referred -among the rest of the non-armed actors- for the security of staff, and therefore systematically consider carrying out any activities only based on humanitarian indicators. The perpetrators can be in as many forms as the profiting from the conflict can raise or engage. Traditionally the violations of humanitarian norms are the rule of all categories of perpetrators. There are the state-armed actors such as the military and the police, and the foreign or coalition forces. Also, the armed non-state actors (NSAs) form complex security governance networks to fight threats and are operating in the illegitimate sphere of armed conflicts. Other NSAs operate in non-conflict situations, such as individuals' consistance armed groups, such as militias and vigilantes. Unaffiliated individuals such as criminals and members of the population are part of the conflict and express discontent about aid workers. It is not that rare that among the unaffiliate attackers might be persons of concern in camps who are not receiving the proper help on the level they wish or members of the families of those provided health assistance by the aid workers. Of course, while usually, these attacks are not lethal, it is true that there are numerous and are the majority of the attacks against aid workers. MSF's Health Care Under Fire project presents five broad categories that lead to attacks by individuals against aid workers, which as a result they deprive health assistance to those in need(14).

- requests for preferential treatment and violence at the moment of intake
- violence linked to the perception of unsatisfactory treatment
- looting and destruction of health centers for economic gain or other reasons
- attacks on health centers as part of the battlefield
- persecution of patients or civilians seeking sanctuary in health centers.

2.2 Recorded incidents

According to the Aid Worker Security Database (AWSDB), which leading cause is to record significant incidents of violence against aid workers globally, the attacks have increased since 2000. Following will be analyzed the types of violence, but it is essential to highlight that even though the attacks have proved to increase, this is not a global phenomenon, but it stays in an ad hoc situation per each country and context of conflict. Below there are three tables associated with the three main types of attacks against aid workers.

Year	Country	Δ Wounded
2005	Sudan	44
2011	Nigeria	34
2016	South Sudan	24
2013	South Sudan	21
2003	Iraq	20
2018	South Sudan	20
2010	Afghanistan	19
2019	Syrian Arab Republic	18
2012	Afghanistan	16
2012	Somalia	16
2008	Afghanistan	15
2015	South Sudan	15
2015	Afghanistan	14
2007	Pakistan	14
2019	DR Congo	12
2017	Nigeria	12
2017	Somalia	12
2009	Sri Lanka	12
2018	Mali	11
2013	Jordan	10
2011	South Sudan	10
2018	Afghanistan	9
2014	Central African Republic	9
2018	DR Congo	9
2008	Somalia	9
2013	Syrian Arab Republic	9
2009	Pakistan	8
2015	Somalia	8
2007	Sri Lanka	8
2019	Central African Republic	7
2012	Kenya	7

Table 2: Δ Wounded (Positive Outliers)

Year	Country	Δ Kidnapped
2013	Afghanistan	30
2013	Syrian Arab Republic	30
2018	South Sudan	29
2010	Afghanistan	27
2015	DR Congo	23
2016	South Sudan	21
2006	Afghanistan	18
2009	Afghanistan	18
2019	Cameroon	18
2008	Somalia	18
2012	Afghanistan	17
2018	DR Congo	17
2019	Mali	15
2009	Yemen	15
2016	Afghanistan	14
2011	Pakistan	13
2006	Iraq	11
2008	Pakistan	11
2004	Sudan	11
2006	Sudan	10
2001	Burundi	9
2004	Iraq	9
2001	Somalia	9
2017	Yemen	9
2018	Afghanistan	8
2017	Somalia	8
2009	Sudan	8
2013	Sudan	8
2010	DR Congo	7
2012	Libyan Arab Jamahiriya	7
2014	Sudan	7
2019	Burkina Faso	6
2002	Chechnya	6
2007	Somalia	6
2012	South Sudan	6
2011	Yemen	6
2005	DR Congo	5
2013	DR Congo	5
2014	Mali	5
2018	Mali	5
2012	Niger	5
2017	Nigeria	5
2019	Sudan	5

Table 3: Δ Kidnapped (Positive Outliers)

Year	Country	Δ Killed
2008	Somalia	39
2013	Afghanistan	33
2003	Iraq	28
2016	Syrian Arab Republic	28
2012	Syrian Arab Republic	19
2004	Afghanistan	13
2018	Syrian Arab Republic	13
2008	Afghanistan	12
2017	Central African Republic	12
2017	Nigeria	11
2016	South Sudan	11
2003	Afghanistan	10
2010	Afghanistan	10
2009	Pakistan	10
2013	Pakistan	10
2015	Yemen	10
2006	Afghanistan	9
2011	Nigeria	9
2019	Nigeria	9
2008	Sudan	9
2018	DR Congo	7
2009	Occupied Palestinian Territories	7
2012	Pakistan	7
2011	Somalia	7
2013	Somalia	7
2011	South Sudan	7
2017	South Sudan	7
2003	Sudan	7
2002	Angola	6
2014	Central African Republic	6
2010	Iraq	6
2014	Occupied Palestinian Territories	6
2013	South Sudan	6
2013	Sudan	6
2013	Syrian Arab Republic	6
2017	Syrian Arab Republic	6
2001	DR Congo	5
2019	DR Congo	5
2009	Sri Lanka	5
2005	Sudan	5

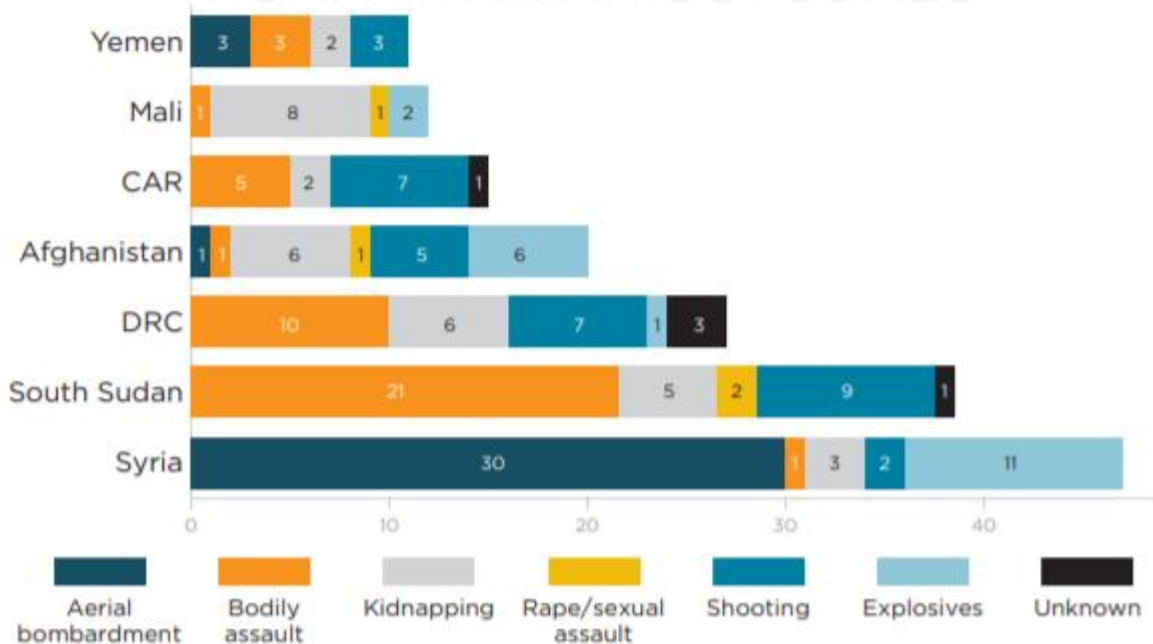
Table 4: Δ Killed (Positive Outliers)

(15)

In 2017 the AWSD documented 139 aid workers killed in attacks. Since 2013 over 100 aid workers were killed every year. In 2019 Syria came first as the most lethal context for aid workers, with 47 attacks, and 30 of them caused by aerial bombardment. South Sudan was next, with most of the attacks being bodily assaults. DRC, Afghanistan, CAR, Mali, and Yemen were the rest of the countries from those having the highest incident contexts with types of attacks(16).

Highest incident contexts with types of attack, 2019

HUMANITARIAN OUTCOMES



(17)

Armed non-state actors, such as Boko Haram in Africa or ISIS in the Middle East, are increasing the insecurity and the escalation of hostilities. Especially in Africa, aid workers responding to the Ebola outbreak or even in vaccination campaigns or emergency health care operations targeted by NSAs. According to the latest report from AWSO in the age of pandemics, humanitarian health workers paid the highest price of fatalities in the Middle East and Africa(18).

2.3 General trends & types of violence

It would be worth mentioning that the general trends and violence against aid workers have not changed that much during the years. AWSO gives us a comprehensive spectrum of attacks against aid workers while reviewing the incident reports. Of course, to be part of this database must entail a significant incident. Aerial bombardment, bodily assault, kidnapping, rape/sexual assault, shooting, and explosives are among the top six types of violence against aid workers and civilians. The context and the location determine the attacks in each region. In Africa, explosives and aerial bombardment are rare while ambushes and kidnapping by armed groups while aid workers are trying to transport relief. On the other hand, they usually bombard or have frequent explosions against civilians or aid

workers in Syria and Afghanistan. The number of casualties increases on the spot, with the casualties of civilians and aid workers rising each time.

HUMANITARIAN HEALTH CARE IN DANGER

3.1 Humanitarian Action under attack

Providing aid in insecure environments is always risky, mainly for the last few years. According to AWSD data, attacks against aid workers have increased since 2006, with kidnappings trending(19). Since 2015 more than 100 health structures belonging to or supported by MSF have been bombed. Most of them were in Syria, but also health structures have also targeted Yemen, South Sudan, and Afghanistan, causing intolerable suffering, death, and destruction. Moreover, this is only the tip of the iceberg of reported attacks(20). The most recent attacked happened on May 16, 2021, when Israeli strikes in Gaza, Palestine, killing more than 42 people and damaging part of the MSF clinic. After this attack, the clinic remains closed due to the damage to its structure, as well as because of the destroyed road and lack of access to the clinic(21).

3.2 Attacks on aid workers

Aid workers face a considerable challenge in the past years, and for the last decade, this challenge has become a dire situation, while it seems they are becoming targets themselves. Even though the number of aid workers increases in the frontlines of conflict zones, they are at the highest risk of fatal attacks. Since 2012, at least 344 United Nations and associated personnel have died in deliberate attacks. The last year, during the covid19 pandemic, AWSD recorded 483 attacks against aid workers.

In Somalia in May and Nigeria in June, two attacks were in total 12 health workers brutally killed. In the incident in Nigeria, the abductors posted online the video of the execution, which went viral(22).

According to the Standing Committee for the Security and Independence of the International Civil Service of the United Nations Staff Union, at least 34 United Nations and associated personnel — 26 peacekeepers and 8 civilians — were killed in malicious attacks in the line of duty in 2018(23). The US airstrike on an MSF hospital in Kunduz in 2015 that killed over 42 people, out of the 14 was the staff members, and 4 were caretakers, was reportedly ordered based on deliberate misinformation provided to the US forces by Afghan National Army members displeased that Taliban fighters have been treated there(24). It was a violent attack from which viciously medical staff were decapitated or lost limbs, and others shot from the air. A violent attack from which viciously medical staff were decapitated or lost limbs, and others shot from the air. As much as it discourages the global community, the fact that the attacks present a dramatic increase means that there is not enough security and cooperation; nonetheless, there is an urgent need for data analysis.

3.3 Keeping survivors alive – Violation of Medical Ethics

The impact of violent attacks to aid workers is more complicated than we might think it is. The situation is critical. Keeping survivors alive while being attacked as an aid worker must keep in mind that all the logistics for the needed supplies are overwhelming and raises insecurity in any operation. Safe access for the humanitarian staff and the wounded civilians to access the humanitarian staff is not to be taken for granted. Aid workers provide their assistance with impartiality and do not make any distinctions based on patient's ethnicity and religion, and they provide medical care to them regardless of their support to any side of the conflict.

The UN Resolution 2286(11) resulted from the destruction of the Kunduz Trauma Centre. It enhanced health care protection in conflict by extending the protection under the IHL to humanitarian and medical personnel exclusively engaged in medical duties, such as MSF(25). From 2016 until today, many incidents have occurred, and more attacks have risen the number of casualties among the aid workers. The resolution was an adequate response to the staff members of humanitarian organizations and medical staff members of such organizations, yet it was not enough to provide the necessary protection to those designed to protect.

There are over 40 million internally displaced people (IDPs)(26). According to the Internal Displacement Index report from 2020, 46 countries were affected by violence and disaster displacement. Syria, the Central African Republic, and South Sudan have the highest range of widespread and severe displacement. Operationally wise, to be able for adequate medical aid to reach those affected populations is a highly challenging process. It is commonly accepted that a high level of healthcare is unmet, and as a result, humanitarian workers need to switch the delivery of aid in complex emergencies (CEs)(27). The innovation and outstanding process of CEs is the fact that they deliver the needed help in a specific context, using the logistics needed for a specific time for the proper amount of population on the spot. CEs has nothing to do with traditional methods of providing medical assistance. Thus it is crucial to understand the modus operandi of a complex system as such, as to succeed and fulfill the mission.

Security is the most critical rule among the Organizations that operating during a disaster response. There were not few moments that decisions were made according to security and lead to an obstruction of medical aid to the affected population. Utilizing cases from the past, this thesis addresses issues that affected especially the aid workers and arose the operational complexities around the provided humanitarian aid.

Politics in humanitarian action is a whole different concept, which separates the aid workers in those staying impartial and those who provide help to affected populations, disregard IHL. Due to new age warfare, they negotiate with the counterparts to get into the conflict area and intervene(28). Thomas G. Weiss wrote an article in 1999 titled "Principles, Politics and Humanitarian Action," where the discussion was around the core ICRC principles of impartiality, neutrality, and independence. Nowadays, many NGOs are working in the field by disregarding IHL, which by default has been

diminished by criminals using child fighters and fighting as militias and moving as terrorists, operating on grounds that are almost impossible for the aid workers to reach. Weiss's theory advocates that there are two significant characteristics among humanitarian organizations that distinguish them. They can be either *classicists* or *solidarists*. Classicists believe that politics should not be part of an operation and should stay insulated, and this is a theory that ICRC fully supports. On the other hand, the Solidarists reject ICRC's values regarding impartiality and neutrality, disregarding the needed permission to enter a conflict area as to help. Nowadays, warfare led the actors in the unknown territory of negotiations since the counterpart is the state and the non-state actors. Medical ethics and negotiation are the only weapons the humanitarian organizations can use to manage to enter the conflict zone and provide care to the people in need. The red line of negotiations usually is about the denial of lifesaving since a medical cannot refuse medical assistance to anyone. All patients should be treated, regardless of the sides in the conflict. Negotiation is the tool beyond medical ethics to provide access, short- or long-term safety, and build an environment of trust among the organization and those in charge in each area. The negotiations are not willing to change the political or war agenda but to keep the impartiality that ICRC protects and shows as a core value on its own. When it comes to patients, all aid organizations are led by this value and neutrality. By establishing through the negotiation, the organization's values and making visible the emblems, so they will not be a target, the aid workers secure that there is a free and safe passage to their premises or hospitals.

Declaring who the aid organization is and advocating for the medical ethics can lead to better stabilization of the aid workers and provide help more sustainably. Nevertheless, this is not the case, and most of the time, many obstacles hinder the ethics of relief work(29).

CONSEQUENCES

4.1 Obstruction of Aid

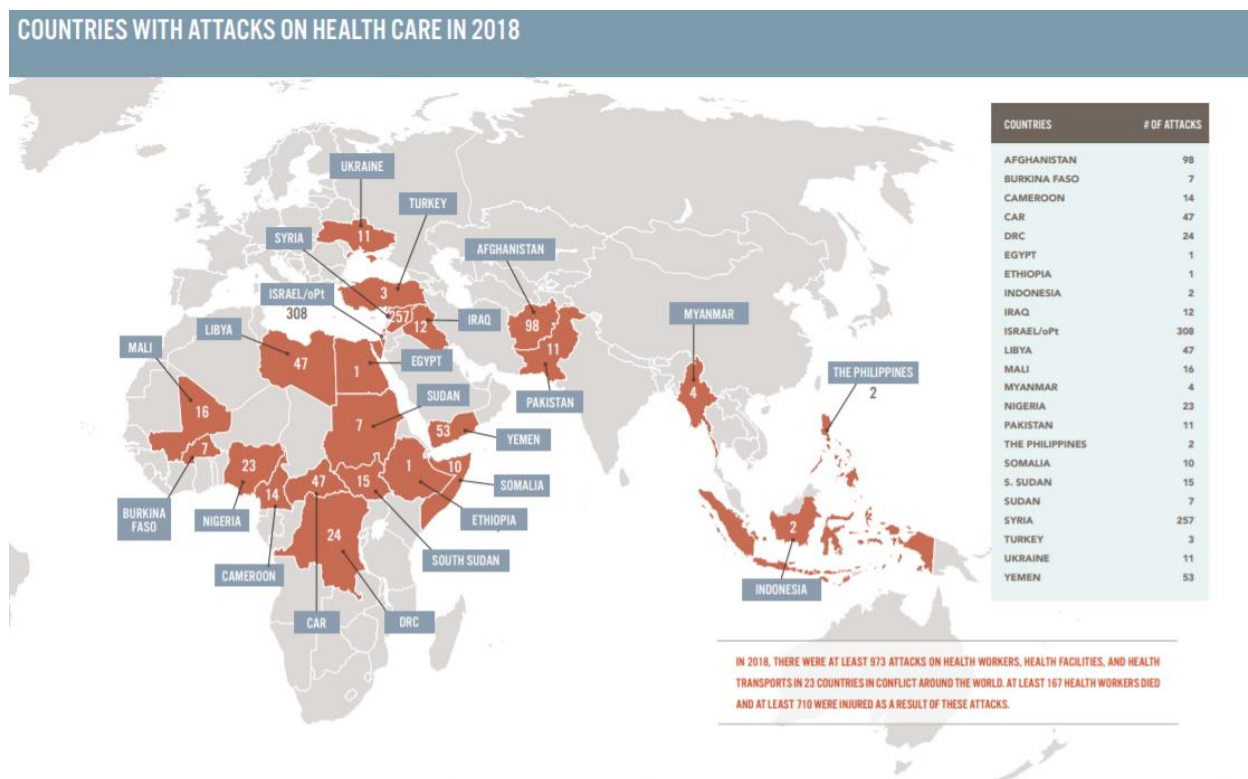
While in a conflict zone, the disruption of aid and, even worse medical aid might happen at any moment of the operation. The main reasons for limited aid in such zones are the following. To begin with, suspension of funds from an operation unquestionably can lead to an interruption of the assistance to civilians in conflict zones. Without funding, the programming fails, and all the logistics of the operation are in vain. Donor countries must be encouraged to provide funding to relief programs without regard to politics. Secondly, the situation in areas most at risk of conflict may exacerbate the problem of the population in need of assistance. Thirdly, the lack of safe passage and failure to protect the aid workers worsens the chances of an operation standing in a place and continuing to aid. AWSO's latest report shows in figures that within 2019 483 aid workers were victims of major attacks. Out of them, 125 killed, 234 wounded, and 124 kidnapped(17). Each organization has pieces of training and SOPs regarding security protocols that each staff member should know, respect, and follow under any given circumstances, especially in the field and at any given moment. According to IHL, hospitals are safe places(30). However, this was not the case in Syria(31), in Afghanistan(24), in Somalia(32) and more recently in Gaza strip(21). One more reason for the obstruction of aid is the epidemics or pandemics that arise around the world. The most recent examples of Ebola in Africa and Covid-19 globally show that health crisis has a dire impact on civilians' lives(33), along with armed conflicts in these areas.

Unfortunately, due to the high risk of attacks in conflict zones and insecurity among humanitarian organizations, there are numerous cases of total obstruction of aid. In 2004 MSF decided to close all the medical programs in Afghanistan, following a brutal killing of 5 MSF aid workers after their vehicle ambushed(34). Even though the organization's presence in the area was for more than 2 decades, the incident revealed the lack of trust between the organization and armed groups in the area (Taliban) and the total absence of communication between the government and the area Taliban. The situation in South Sudan leads to a withdraw of UN aid following the killing of at least 6 aid workers back in 2014(35). According to Human Rights Watch (HRW), Yemen lost most aid workers due to Houthi control, especially in the northern part of the country. In 2020 the aid agencies in Yemen received the 24% of the \$3,4 billion they had requested.

4.2 Aid workers casualties

The post-Cold War period brought to the light more deliberate violence. The main actors in conflicts changed, and armed non-state actors replaced the states; incidents increased as internal conflicts and miscommunication among the actors increased violence against civilians and aid workers. It has been

noticed that the incidents against aid workers increased, especially in the last two decades, affecting the staff members of aid organizations psychologically as much as their general well-being will provide help. A report from Safeguarding Health in Conflict Coalition initiative in 2018 summarizes aid workers' casualties since 2006, and the results are overwhelming. Only in 2018, there were at least 973 attacks on health workers, health facilities, and health transports in 23 countries in conflict worldwide. At least 167 health workers died, and at least 710 injured because of these attacks(36). According to the report, health workers killed in 17 countries, while Afghanistan and Syria had the highest numbers of casualties(37). Killing, abducting, arresting, assaulting are among the attacks that health workers and emergency personnel might face in conflict areas where they are operating.



(38)

4.3 Implications for local populations

Every attack brings casualties, but despite those immediate injuries and deaths, there are also destructions of facilities like temporary health centers or hospitals, burned ambulances and supplies, and even blocked and damaged roads. Conflicts lead to disrupting the everyday life in a country, and long-term conflicts decrease the level of life and severely impact the area's population(39). A very detailed report from Safeguarding Health in Conflict Coalition initiative in 2016 brought to light a compilation of attacks against health workers or emergency medical personnel in conflict zones

worldwide. The data show that reported attacks in hospitals and other health facilities were highly intense in Syria, in Afghanistan, in Iraq, in South Sudan, in Yemen, CAR, and Libya. It is noteworthy that targeting and killing medical staff that conducts either vaccination or providing care deteriorates the health of the patients and the health care of the local population. Syria's war since 2011 had a result to halt the vaccinations against polio, and in 2017 there was an outbreak of polio in the country. The WHO's spokesperson Oliver Rosenbauer said: *“Are we concerned that we’re in fact going to be seeding further future polio vaccine-derived outbreaks? ... Absolutely, that is a concern. And that is why this vaccine must be used judiciously and to try to ensure the highest level of coverage”*(40). Equitable access to health is not granted for the populations of such countries. While conducting polio vaccinations in Pakistan and Nigeria, medicals abducted or killed, and the attackers destroyed stores of vaccines. Jeopardizing the process in both cases, had, as a result, the outbreak of polio for a longer time in the countries(39).

A common implication for the population's life in conflict-affected areas is the hindrance of access to hospitals or medical centers, by checkpoints and roadblocks or damaged roads due to bombardments or explosions, either by the state or by the opposition forces. It is considering that patients are suffering from chronic diseases and civilians who are seeking emergency medical care, the blocked access resulting deaths. Also, obstruction or attacked of ambulances is another trend of interfering and blocking the provided medical aid. The Safeguarding Health in Conflict Coalition initiative report mentions such practices by Afghanistan, DRC, Iraq, Israel - Occupied Palestinian Territory (OPT), Jammu and Kashmir (India), Mali, Niger, and Yemen. The report says: *“In the OPT, the Palestine Red Crescent Society reported 416 instances of violence or interference with its ambulances by Israeli forces and Israeli settlers, injuring 162 emergency medical technicians and volunteers, damaging 108 ambulances, and denying access to care in 146 cases. Israel Defense Forces (IDF) have used bullets and tear gas against ambulances, removed injured people from ambulances, and interfered with the work of medical teams”*(39). In the recent Gaza attacks in May 2021, there were videos released in public, show precisely the practice mentioned above by IDF.

One more thorn in humanitarian assistance is the takeover and occupation of health facilities and transports, which has an immediate effect on civilians' lives. In 2016 data, Afghanistan, Iraq, Somalia, South Sudan, Turkey, Ukraine, and Yemen were the countries with documented incidents of armed takeover and occupation of health centers. The report describes the situation in Iraq thoroughly, in Yemen, in Afghanistan, in Turkey, and the European country of Ukraine: *“In Iraq, ISIS forces took over multiple health facilities, either to use for military installations or to treat their own wounded fighters, while expelling civilian patients. In Mosul, ISIS occupied a health clinic that served 70,000 civilians. ISIS also misused ambulances for military purposes in Iraq, including for transport of explosives and for use in suicide attacks. In Yemen, anti-Houthi fighters set up tanks around the perimeter of one hospital, putting staff and patients at great risk of retaliatory fire from Houthi forces. Occupation of facilities by combatants on both sides in Afghanistan resulted in injuring and killing staff, severely damaging facilities, and deterring patients. In Ukraine, the occupation of health facilities by government and opposition forces has forced civilians to travel*

further away to receive medical care. In southeastern Turkey, occupation of state hospitals by Turkish security force severely limited access to care for civilians and injured combatants, and it strategically prevented the documentation of possible human rights abuses.”

VULNERABILITY FACTORS

CHILDREN	WOMEN AND GIRLS
<p>May be severely affected by:</p> <ul style="list-style-type: none"> → attacks on their lives, dignity, and physical integrity, and also by such attacks against their care-givers; → separation from their parents or other care-givers; → the lack of health services or of food and basic commodities, inadequate shelter, and the presence of mines and explosive remnants of war; → association with armed forces/armed groups (recruitment, live combat, physical and/or sexual exploitation, abuse); → attacks on educational structures and staff, which interrupt learning and cause psychological trauma and the loss of 'safe areas.' 	<p>Are often especially at risk of:</p> <ul style="list-style-type: none"> → sexual violence and/or attacks on their lives, dignity and physical integrity (they are at greater risk when separated from their families); → forced displacement – women and children make up most of those who have been displaced; → restricted movement and limited access to essential goods and services for security, economic, physical, cultural or other reasons; → having to assume responsibility for their families, and may be forced into prostitution for socio-economic reasons; → exceptional vulnerability when forced to support weapon bearers.
IDPs	REFUGEES*
<p>Arbitrary displacement of civilians is expressly prohibited and must be prevented. If it does occur, IDPs may be at greater risk of:</p> <ul style="list-style-type: none"> → direct or indiscriminate attacks, reprisals, collective punishment, looting, harassment, insecurity, and general lack of safety; → becoming separated from their families; → secondary displacement, restricted movement; → exploitation, coercion, disenfranchisement, marginalization; → inadequate shelter, food, and essential services; → restricted employment and/or subsistence opportunities; → forced return, which violates their right to a voluntary, safe, dignified return with long-term solutions (which respects the unity of families) 	<ul style="list-style-type: none"> → Are extremely vulnerable during their displacement; may meet with disregard for their dignity and physical integrity, camps may offer inadequate security, essential needs may be inadequately addressed; → are at great risk of being separated from their families; → may have limitations imposed on their ability to be self-sufficient; → risk being interned (civilians and former weapon bearers). → must contend with the fact that their repatriation may not be voluntary, safe, or dignified, and that their resettlement options may be limited.

* The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) is the agency or organization primarily responsible for the protection of refugees. The ICRC often complements UNHCR action; when IHL is applicable, the two organizations work alongside each other. The ICRC does not pronounce on refugee status and usually does not set up or manage camps. However, the ICRC takes the necessary steps to gain access to refugees to identify their problems and needs, to enable them to restore links with relatives who remained behind or who are abroad, and to follow up individual cases when necessary. It closely coordinates such activities with UNHCR.

(41)

MAKING HUMANITARIAN RELIEF NETWORKS MORE EFFECTIVE

5.1 Monitoring trends – HCID Project

Security threats are extending the incidents against aid workers in conflict zones and especially against medical workers. While it has been repeatedly reported that both aid and medical care workers are being ambushed, kidnapped, attacked, or killed, the trends remain unknown and keep changing and evolving. Depending on the country and the conflict zone, sometimes the attacks are pretty similar. The characteristics are remaining to get connected. Under IHL(42), it is well known that it is prohibited the deliberate targeting of health care settings, such as hospitals, medical centers, first aid centers. For this reason, aid workers ensuring the visibility of the emblems. A tactic that all operational organizations are using in the field is arranging logo banners on the roofs of the health care centers or at the ambulances to prevent being hit either by airstrikes or being ambushed or blocked by armed forces checkpoints.

Nevertheless, the ongoing attacks bring to light the unfulfilled goal of UN Security Council Resolution 2286(43). The IHL is the primary law tool to prevent such assaults, and Resolution 2286 came to strengthen the mandate for respect and protection of health workers while calling the member states to develop measures and take proactive steps towards preventing such attacks and, most importantly, to hold the perpetrators accountable, nonetheless for the years after 2016 even worsening since 2000(44). The casualties are many, and the number of killings and kidnappings has risen(45).

AWSD, through the statistical analysis of data trends and the comprehensive and updated database with all incidents around the world, is a tool that helps us understand and document the casualties with numbers. According to the latest Humanitarian Access Score Report,(46) which is a result of Survey on the Coverage, Operational Reach, and Effectiveness of Humanitarian Aid, reports that:

“Among other findings the research showed empirically that:

- far fewer aid agencies work in dangerous countries than in safe ones, and not nearly enough are there to provide people with what they need*
- in high-risk countries, aid agencies tend to narrow their field presence and cluster in safer areas—only a small group of humanitarian organisations operate in the highest-risk places*
- surveys of people living in high-risk areas say that aid is declining even as their needs are rising*
- as access becomes more difficult, aid becomes more basic, and less responsive to the most critical needs and the most vulnerable people*
- donor policies and agency incentives can work against humanitarian access and coverage while making the aid presence seem more robust than it actually is—there needs to be more operational transparency about where aid agencies are able to operate, greater strategic prioritization to fill gaps, and greater consideration of how to ensure impartial humanitarian coverage.”*

Monitoring the field operations and providing the trends is a mandatory step in providing sustainable and valuable details of operations and conditions. It was mentioned earlier that it is important to contextualize and tailor the humanitarian response according to the setting of each conflict.

Given ongoing attacks and violence against aid workers, health workers, facilities, and transports, as well against patients, the International Red Cross and the Red Crescent Movement introduced the initiative of Health Care in Danger (HCID)(47) Project in order to ensure the safe access to and delivery of health care in conflict zones and situations of emergency. Mobilizing the community of concern and advocating locally, promoting research and consultations worldwide, HCID managed to identify new ways to safeguard medical services. The international community is part of a global dialogue that HCID promotes to mobilize and protect human rights and especially aid workers while accessing and providing medical aid to those in need in conflict zones. HCID summon ten prestigious health organizations and call for uninterrupted humanitarian action and advocacy and further recommendations of best practices in the field.

The HCID Project has launched the strategy 2020-2022 to protect health care from violence and attacks in situations of armed conflict and other emergencies. The project's primary goal is always to promote healthcare regardless of the context of the territory. Health is the highest value in life, and respecting the medical workers by finding solutions to protect them and to develop a culture of acceptance is part of HCID vision, which states:

“ It is a world where “my enemy’s doctor is not my enemy”.

The ICRC will contribute to the realization of this vision by:

- *influencing the doctrine and practice of weapon bearers*
- *assisting States in strengthening their domestic legislation*
- *building up the resilience of health-care systems to violence*
- *campaigning for behavioural change among civilian populations.*

The primary modus operandi for HCID will be formation of partnerships with health-care workers and communities in countries affected by conflict and other emergencies. The ICRC and the International Red Cross and Red Crescent Movement (Movement) can have a broad or large-scale impact only if we work with and through the health-care communities we are aiming to protect.

This work will be underpinned by sound evidence generated locally and geared towards the development of preventive solutions.

The current strategy sets the objectives for the 2020–2022 period within the framework of this long-term vision.”

5.2 Security management & Coordination

Operating in a hostile environment while facing life-threatening risks, lacking empirical knowledge elevates the risk of casualties in case of a violent attack by armed forces. Each organization has its mandate and internal rules and SOPs on operating in the field. With the lack of common security standards, it is well understood that any incident undermines the personnel's security in the affected area. The operational organizations need to understand that they need to promote the dialogue among them and strengthen the efforts for cooperation in better security management while enhancing the good practices and encouraging their staff to involve in more workshops and training regarding this topic. Security coordination cannot be absent from the management of the issue.(48) Except for the usual professional security standards, all the involved organizations must accept the different contexts of each field and foster new practices based on the needs of each operation. Establishing inter-agency security coordination will help develop a better understanding of the organizations' needs and promote the shared interests in safeguarding the aid workers in the field.

Efficient coordination of the NGOs operating in the field could only succeed if they came along with joint security-related cooperation. NGOs have different ways of structuring their security procedure; hence adopting a common strategy and coordinating a higher-level organization would not be acceptable. Each NGO moves by its values and principles and very often might have conflicting interests or expectations(49). To achieve organizational coordination, though, would help to promote sustainability on the supplies, probably to affect the relationship with the rest of the actors in the conflict zone (e.g., armed forces) and create a new dynamic in the area, which could lead to lessening the casualties and the disruption of the operation and recover the economic loss after each attack(50).

5.3 Stabilization & Protection

The efforts under these conflicts must be ongoing, and the organizations must find tailored solutions for these areas of concern(51). Stabilization is not concerning only with the purchase of security solutions. Stabilization involves negotiations that understand the fragility of such matters and will include in the conversation all the counterparts that are part of a conflict in a specific context and area. History has shown that stabilization agendas cannot be taken for granted. They are essential for humanitarian actions, and while they are trying to balance security, trust among the actors, and the constant uncertainty about the outcome, only the negotiations can help solve the controversies.

Stabilization is a very important determinate for protection in a conflict area. According to HCID strategy 2020-2022(52), there is a great need to work together towards the i)operationalization, ii) evidence-based generation & iii) influencing and coalition building. The operationalization shall promote the practical measures to protect health care effectively. At the same time, the evidence-based will provide all the necessary data and continue with the research focusing on healthcare organizations in countries involved in conflicts, which will assist the development of negotiations and mobilize the global community. Finally, the coalition will be the movement from the global level to

the sub-national level, we will create “communities of concern” (CoCs) which will assemble healthcare workers who experience violence in the past, policymakers, and stakeholders to work along and develop a possible solution to promote safe access to health care and to protect health.

5.4 Collaboration among the relief organizations

The collaboration among the relief organization is a comprehensive scenario. Collaboration must occur before engaging coordination of the organizations. The thorn in the relationship of the organizations is the competition and the different values that they represent. These two reasons can undermine the long-term synergy among the relief organizations. A conceptual idea of factors to engage in order to promote collaboration are the following four: i)the donors’ factors, ii)the inter-organizational factors, iii)the environmental factors and iv)the organizational factors(53).

Essential is coordination, cooperation, and collaboration regarding relief supply chain management (RSCM). Without the RSCM, there cannot be any planning or implementing an operation. Based on the data and information that first responders in the conflict zone, the involved humanitarian organizations can identify the needs' hence may proceed with the procurement of all the emergency things should be dispatched and of course with the transport of the materials(54).

CONCLUSIONS

Pull-out of aid workers from conflict zones occurred in the past and might repeat in the future. The high risk of working in such life-threatening areas deteriorates the operation and the personnel's psychological and physical condition. Since 2000 the number of incidents increased, and personal attacks against aid workers have aggravated the organizations' status in the conflict areas. Moreover, the funding shortages, staff downsizing due to risks, and supply chain interruptions lead to pull-out operations from conflict zones.

Nowadays, the danger is evolving more factors than NSAs. Since the beginning of 2020 the world witnessed one of the deadliest pandemics of the new century and understood that covid-19 needed something more than just coordination, cooperation, and collaboration among the states and the NGOs. The Ebola outbreak in Africa a few years ago worsened the situation in all affected countries of the area, especially in socio-economic life and lack of necessary medical and logistical support.

Also, escalating the violence and rise of internal conflicts in areas with the breakout of epidemics or internal instability is common. The global community and humanitarian relief organizations should learn from the past and be prepared and active proactively.

The humanitarian community has witnessed many casualties over the past two decades. Initiating partnerships, programming, sharing good practices, and promoting bilateral communication through negotiations among all the actors to establish protection for both the civilians and the aid workers, must be consistent and priority. The approach must be open-minded and contact the NSAs and the government armed forces, and the health stakeholders of international organizations, along with the national, regional, and global health community. Allies must unite and fight against violence in targeted attacks on health care facilities and the use of violence against individuals.

Finally, the global community must engage proper legislation to protect the aid workers and medical personnel on the battlefield. Military and NSAs should understand the value of respecting health facilities and health personnel and find themselves accountable for a fatal attack against them.

An extensive array of strategies may help the global community and, more specifically, humanitarian organizations overcome existing barriers and finally provide aid without the risk of being attacked. Significant improvements in the negotiation area will promote collaboration among the actors and hopefully determine the humanitarian aid's future.

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Η παροχή βοήθειας σε εμπόλεμες ζώνες προέκυψε πριν από πολλές δεκαετίες. Συγκεκριμένα η μάχη του Σολφερίνο στις 24 Ιουνίου 1859 αποτέλεσε την αφορμή για την ίδρυση της Διεθνούς Επιτροπής του Ερυθρού Σταυρού. Σκοπός ήταν η προσφορά βοήθειας στο πεδίο της μάχης για τους τραυματίες. Στη συνέχεια με τις Συμβάσεις της Γενεύης και τα ακόλουθα Πρωτόκολλα έγινε επέκταση των υποχρεώσεων των εμπόλεμων να προστατεύουν τους τραυματίες καθώς και να τους παρέχουν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Τα κράτη, μέχρι πρόσφατα, ήταν οι κύριοι παράγοντες των πολέμων. Παρά το γεγονός ότι ακόμη και στο παρελθόν είτε σε διεθνείς συρράξεις, υπήρχαν μη κρατικοί φορείς (παραστρατιωτικές ομάδες, αντάρτες) αλλά και σε μη διεθνείς συρράξεις (αντάρτες και μαχητές της ελευθερίας) τα τελευταία 20 χρόνια, αυτό έχει αυξηθεί σε ένα νέο διαφορετικό πλαίσιο. Οι εργαζόμενοι σε ανθρωπιστικές οργανώσεις πρέπει να αντιμετωπίσουν τόσο στρατιωτικούς όσο και παραστρατιωτικούς παράγοντες στον τομέα των συγκρούσεων και τις περισσότερες φορές διακινδυνεύοντας οι ίδιοι. Η εποχή της ουδετερότητας και της αμεροληψίας στην ανθρωπιστική βοήθεια στις εμπόλεμες ζώνες δεν γίνεται σεβαστή και οι κανόνες δικαίου να αγνοούνται πλήρως από τις εμπόλεμες ομάδες. Οι ανθρώπινες απώλειες μελών του προσωπικού ανθρωπιστικών οργανώσεων, στις εμπόλεμες ζώνες, λόγω επιθέσεων έχει ως αποτέλεσμα είτε την μετακίνηση της αποστολής σε πιο ασφαλή σημεία, είτε την μείωση του προσωπικού ή ακόμα χειρότερα την πλήρη απόσυρση αυτού.

Η διατριβή αποσκοπεί στην ανάλυση των λόγων για τους οποίους οι ανθρωπιστικοί οργανισμοί, οι οποίοι παρέχουν πέραν από ανθρωπιστική βοήθεια και ιατρική βοήθεια αποσύρουν τα μέλη του προσωπικού τους από χώρες που αντιμετωπίζουν μη διεθνείς ένοπλες συγκρούσεις. Τα Ηνωμένα Έθνη μετά την Διεθνή Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού αποτελούν τον πιο γνωστό διεθνή οργανισμό με ανθρωπιστική δράση σε διάφορες τοποθεσίες σε όλο τον κόσμο. Ο επιχειρησιακός ρόλος των Ηνωμένων Εθνών, ειδικά κατά τη διάρκεια καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας ήταν κρίσιμος και αρκετά δύσκολος. Από το 2000 υπήρξαν σημαντικά θύματα μεταξύ των ειρηνευτικών δυνάμεων των Ηνωμένων Εθνών, καθώς και των μελών του προσωπικού των Ηνωμένων Εθνών. Το Συμβούλιο Ασφαλείας των Ηνωμένων Εθνών (UNSC) ψήφισε το ψήφισμα 1502 στις 26 Αυγούστου 2003, παρέχοντας καλύτερη προστασία στους ανθρωπιστικούς εργαζόμενους και αντιμετωπίζοντας τις επιθέσεις εναντίον τους ως έγκλημα πολέμου. Στις 3 Μαΐου 2016, η UNSC ψήφισε το ψήφισμα 2286, μετά τις επιθέσεις σε εγκαταστάσεις υγείας στη Συρία και την Υεμένη, την καταστροφή του Κέντρου Τραύματος στην Κουντούζ του Αφγανιστάν. Μετά από μία πρόσφατη δήλωση υποστήριξης, στις 22 Ιουνίου 2020, τα 171 κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών καλούν την παγκόσμια κοινότητα και ιδίως τους μη κρατικούς φορείς να παύσουν την κατάπαυση του πυρός, κυρίως λόγω της πανδημίας covid-19.

Οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον τομέα της παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας σε εμπόλεμες ζώνες συγκρούσεων, είχαν πάντα προτεραιότητα την ασφάλεια του προσωπικού. Ωστόσο, η πρακτική έχει δείξει ότι παρά τους συνεχείς απειλητικούς για τη ζωή κινδύνους που

αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, η κατανόηση της διαχείρισης της ασφάλειας στερείται συντονισμού, οδηγώντας σε ασυνέπεια με αποτέλεσμα τις ανθρώπινες απώλειες, καθώς και την καταστροφή πολύτιμου υλικού. Η έλλειψη κοινής χρήσης δεδομένων και η απουσία συστήματος ανταλλαγής εμπειριών, πρακτικών προς αποφυγή αλλά και ορθών πρακτικών για την ενίσχυση της διαχείρισης ασφάλειας είναι ο πιο σημαντικός λόγος για την αποτυχία παροχής ασφάλειας στα μέλη των αποστολών. Οι ανθρώπινες απώλειες αναδεικνύουν κατάφορα την ανεπαρκή εμπλοκή όλων των παραγόντων σε μία σύγκρουση στο τραπέζι των διαπραγματεύσεων για την περαιτέρω ανάληψη δράσης προς την επίλυση των διαφορών. Οι θάνατοι μελών ανθρωπιστικών οργανώσεων παραμένουν υψηλοί, παρόλο που οι εργαζόμενοι στη βοήθεια αναπτύσσονται για να βοηθήσουν τους τραυματίες και τα θύματα που έχουν ανάγκη, ορμώμενοι από το ανθρωπιστικό πνεύμα της ουδετερότητας και της αμεροληψίας. Η ασφάλεια μιας επιχείρησης, είτε αυτή αποτελείται από διεθνές ή τοπικό προσωπικό, πρέπει να εξασφαλίζεται στο μέγιστο δυνατό ώστε να μετριάξει τυχόν επιθέσεις.

Είναι γεγονός ότι ο συντονισμός στην ανθρωπιστική βοήθεια αποτελεί μία αμφιλεγόμενη κατάσταση, κυρίως λόγω της ασαφούς συμμετοχής των ενδιαφερομένων και των εταίρων μιας επιχείρησης και του επιπέδου δέσμευσης που έχουν. Ο συντονισμός είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες σε οποιαδήποτε διαχείριση κινδύνου έκτακτης ανάγκης ή καταστροφών, και ταυτόχρονα παραμένει ένας πολύ απαιτητικός τομέας δράσης. Οι διαπραγματεύσεις δεν έχουν πάντα ευεργετικό αποτέλεσμα για όλες τις πλευρές. Ως εκ τούτου, οι εμπλεκόμενοι φορείς, ενώ απορρίπτουν την αξιολόγηση της κατάστασης στο πεδίο, διακυβεύουν ολόκληρες επιχειρήσεις και εξ ορισμού διακινδυνεύουν τη ζωή του προσωπικού τους στο πεδίο.

Οι απειλές για την ασφάλεια κατά των εργαζομένων, ειδικά όταν πρόκειται για εμπόλεμες ζώνες, και οι πιθανότητες εμπλοκής τους σε μια επικίνδυνη έως και θανατηφόρα κατάσταση αυξάνονται αναλογικά με την ένταση που επικρατεί στο πεδίο μάχης. Φυσικά, κανένα μοντέλο δεν μπορεί απαραίτητα να προβλέψει περιστατικά, ωστόσο η μελέτη προηγούμενων επιθέσεων καθώς και των χαρακτηριστικών της εμπόλεμης κατάστασης στην περιοχή αλλά και των εμπλεκόμενων σε αυτή, θα μπορούσε να βοηθήσει στον μετριασμό του κινδύνου. Η Διεθνής Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού, σε πολλές εκθέσεις της, έχει αναφερθεί -μεταξύ των υπόλοιπων μη ένοπλων παραγόντων- στην ασφάλεια του προσωπικού, και ως εκ τούτου εξετάζει συστηματικά τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων μόνο βάσει ανθρωπιστικών δεικτών. Οι παραβιάσεις των ανθρωπιστικών κανόνων από τα εμπλεκόμενα μέρη σε μία σύγκρουση είναι κάτι σύνηθες. Υπάρχουν οι κρατικοί φορείς, όπως ο στρατός και η αστυνομία, και οι ξένες ή δυνάμεις συμμάχων. Επίσης, οι ένοπλοι μη κρατικοί φορείς σχηματίζουν σύνθετα δίκτυα διακυβέρνησης ασφαλείας για την καταπολέμηση απειλών και λειτουργούν στην παράνομη σφαίρα των ένοπλων συγκρούσεων. Άτομα, όπως εγκληματίες και μέλη του πληθυσμού, αποτελούν μέρος της σύγκρουσης και εκφράζουν δυσαρέσκεια για τους εργαζόμενους στην παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας. Δεν είναι τόσο σπάνιο ότι μεταξύ των επιτιθέμενων μπορεί να είναι άτομα που διαβιούν σε στρατόπεδα προσφύγων και δεν λαμβάνουν την ιατρική βοήθεια στο επίπεδο που επιθυμούν ή μέλη των οικογενειών αυτών που παρείχαν

υγειονομική βοήθεια από τους εργαζόμενους. Φυσικά, ενώ συνήθως, αυτές οι επιθέσεις δεν είναι θανατηφόρες, είναι αλήθεια ότι υπάρχουν πολλές και είναι η πλειονότητα των επιθέσεων εναντίον εργαζομένων βοήθειας. Το έργο Health Care Under Fire των Γιατρών χωρίς σύνορα παρουσιάζει πέντε ευρείες κατηγορίες που οδηγούν σε επιθέσεις από άτομα εναντίον εργαζομένων, οι οποίες ως αποτέλεσμα στερούν την υγειονομική βοήθεια σε όσους έχουν ανάγκη.

- αιτήματα για ιδιαίτερη μεταχείριση και άσκηση βίας τη στιγμή παροχής βοήθειας
- άσκηση βίας που συνδέεται με την αντίληψη της μη ικανοποιητικής μεταχείρισης
- λεηλασίες και καταστροφή κέντρων υγείας για οικονομικό όφελος ή για άλλους λόγους
- επιθέσεις σε κέντρα υγείας ως μέρος του πεδίου μάχης
- δίωξη ασθενών ή πολιτών που αναζητούν καταφύγιο σε κέντρα υγείας ή νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τη βάση δεδομένων ασφάλειας εργαζομένων στην παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας (AWSO), καταγράφονται σημαντικά περιστατικά βίας εναντίον των εργαζομένων σε παγκόσμιο επίπεδο, με τις επιθέσεις, θανατηφόρες και μη, να έχουν αυξηθεί από το 2000. Οι επιθέσεις έχουν αποδειχθεί ότι αυξάνονται, αυτό δεν είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, αλλά παραμένει σε μια ad hoc κατάσταση ανά χώρα και στο πλαίσιο των συγκρούσεων. Το 2017, το AWSO τεκμηρίωσε 139 απώλειες εργαζομένων που σκοτώθηκαν σε επιθέσεις. Από το 2013 πάνω από 100 εργαζόμενοι σκοτώνονταν κάθε χρόνο. Το 2019 η Συρία ήρθε πρώτη ως το πιο θανατηφόρο χώρα για τους εργαζόμενους στην ανθρωπιστική βοήθεια, με 47 επιθέσεις και 30 από αυτές προκλήθηκαν από αεροπορικούς βομβαρδισμούς. Το Νότιο Σουδάν ήταν το επόμενο πιο βίαιο κράτος, με τις περισσότερες από τις επιθέσεις εκεί να γίνονται σώμα με σώμα. Η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, το Αφγανιστάν, η Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία, το Μάλι και η Υεμένη ήταν οι υπόλοιπες χώρες από εκείνες που είχαν τα υψηλότερα περιστατικά θανατηφόρων και μη επιθέσεων. Ένοπλοι μη κρατικοί φορείς, όπως η Μπόκο Χάραμ στην Αφρική ή το ISIS στη Μέση Ανατολή, αυξάνουν την ανασφάλεια και την κλιμάκωση των εχθροπραξιών. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του AWSO στην εποχή των πανδημιών, οι εργαζόμενοι στην ανθρωπιστική υγεία πλήρωσαν το υψηλότερο κόστος των θανάτων στη Μέση Ανατολή και την Αφρική. Στην Αφρική, οι εργαζόμενοι βοήθειας που ανταποκρίνονται στο ξέσπασμα του Έμπολα, υγειονομικοί σε εκστρατείες εμβολιασμού στο Πακιστάν και στο Αφγανιστάν ή σε επείγουσες επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης Γιατρών Χωρίς Σύνορα είχαν μεγάλες απώλειες σε προσωπικό αλλά και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γενικές τάσεις και η βία κατά των εργαζομένων στη βοήθεια δεν έχουν αλλάξει τόσο πολύ κατά τη διάρκεια των ετών. Το AWSO μας παρέχει ένα ολοκληρωμένο φάσμα επιθέσεων εναντίον υγειονομικών ανθρωπιστικών οργανώσεων, ενώ συνεχίζει με την εξέταση των αναφορών επιθέσεων. Ο εναέριος βομβαρδισμός, η σωματική επίθεση, η απαγωγή, ο βιασμός / η σεξουαλική επίθεση, οι πυροβολισμοί και οι εκρήξεις αποτελούν τους έξι κυριότερους τύπους επιθέσεων κατά των εργαζομένων και πολιτών. Το πλαίσιο και η τοποθεσία καθορίζουν τον τύπο των

επιθέσεων σε κάθε περιοχή. Στην Αφρική, τα εκρηκτικά και ο εναέριος βομβαρδισμός είναι σπάνια ενώ ενέχονται και απαγωγές από ένοπλες ομάδες, ενώ οι εργαζόμενοι βοηθούν να μεταφέρουν ανακούφιση. Από την άλλη πλευρά, συνήθως βομβαρδίζουν ή έχουν συχνά εκρήξεις εναντίον αμάχων ή εργαζομένων στη Συρία και το Αφγανιστάν. Ο αριθμός των θυμάτων αυξάνεται επιτόπου, να περισσότερες απώλειες να βρίσκονται ανάμεσα σε αμάχους και υγειονομικούς ή εργαζόμενους στην παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας.

Η παροχή βοήθειας σε μη ασφαλείς συνθήκες ενέχει κινδύνους οι οποίοι, κυρίως τα τελευταία χρόνια έχουν παρουσιάσει μεγάλη αύξηση με μεγάλος κόστος σε ανθρώπινες απώλειες. Σύμφωνα με στοιχεία AWSO, οι επιθέσεις εναντίον εργαζομένων έχουν αυξηθεί από το 2006, και ιδιαίτερα οι απαγωγές. Από το 2015 έχουν βομβαρδιστεί περισσότερες από 100 δομές υγείας που ανήκουν ή υποστηρίζονται από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα. Η πιο πρόσφατη επίθεση συνέβη στις 16 Μαΐου 2021, όταν Ισραηλινές επιδρομές στη Γάζα της Παλαιστίνης, σκοτώνοντας περισσότερους από 42 ανθρώπους και καταστρέφοντας μέρος της κλινικής των Γιατρών Χωρίς Σύνορα. Μετά από αυτήν την επίθεση, η κλινική παραμένει κλειστή λόγω καταστροφής μέρους της δομής της, καθώς και λόγω του κατεστραμμένου δρόμου και της έλλειψης πρόσβασης σε αυτή.

Ο αντίκτυπος των βίαιων επιθέσεων προς τους εργαζόμενους είναι πιο περίπλοκος από ό,τι νομίζουμε. Η κατάσταση είναι κρίσιμη. Η ασφαλής πρόσβαση του ανθρωπιστικού προσωπικού και των τραυματιών προς αυτό δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη παρόλο που η παροχή βοήθειας γίνεται με γνώμονα την αμεροληψία δίχως καμία διάκριση βάσει της εθνικότητας και της θρησκείας του ασθενούς. Επίσης οι υγειονομικοί που δρουν σε εμπόλεμες ζώνες παρέχουν υγειονομική υποστήριξη σε όλες τις πλευρές ανεξάρτητα από το πού ανήκουν. Εντούτοις οι εργαζόμενοι δεν απολαμβάνουν του ίδιου σεβασμού και προσοχής.

Το ψήφισμα 2286 του ΟΗΕ προέκυψε από την καταστροφή του Κέντρου Τραύματος στην Κουντούζ του Αφγανιστάν. Σκοπός του ήταν η ενίσχυση της προστασίας της υγειονομικής περιθάλψης σε εμπόλεμες ζώνες επεκτείνοντας περαιτέρω την προστασία βάσει του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου στο ανθρωπιστικό και ιατρικό προσωπικό που ασχολείται αποκλειστικά με ιατρικά καθήκοντα, όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα.

Η ασφάλεια είναι ο πιο κρίσιμος κανόνας μεταξύ των οργανισμών που λειτουργούν κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής. Δεν υπήρχαν λίγες στιγμές που οι αποφάσεις λήφθηκαν σύμφωνα με την ασφάλεια και οδήγησαν σε παρεμπόδιση της ιατρικής βοήθειας στον πληγέντα πληθυσμό. Χρησιμοποιώντας υποθέσεις από το παρελθόν, αυτή η εργασία ασχολείται με ζητήματα που επηρέασαν ιδιαίτερα τους εργαζόμενους στη βοήθεια και προέκυψαν οι επιχειρησιακές πολυπλοκότητες γύρω από την παρεχόμενη ανθρωπιστική βοήθεια.

Η πολιτική στην ανθρωπιστική δράση έχει μια εντελώς διαφορετική αντίληψη, η οποία διαχωρίζει τους εργαζόμενους της βοήθειας σε εκείνους που μένουν αμερόληπτοι και εκείνους που παρέχουν βοήθεια στους πληγέντες πληθυσμούς, αγνοώντας το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο. Λόγω του πολέμου νέας εποχής, διαπραγματεύονται με τους ομολόγους τους για να μπουν στην περιοχή των συγκρούσεων και να παρέμβουν, ξεπερνώντας κάποιες φορές τα όρια της αμεροληψίας με στόχο να

φτάσουν σε όσους έχουν ανάγκη. Ο Thomas G. Weiss έγραψε ένα άρθρο το 1999 με τίτλο «Αρχές, Πολιτική και Ανθρωπιστική Δράση», όπου η συζήτηση αφορούσε τις βασικές αρχές της Διεθνούς Επιτροπής του Ερυθρού Σταυρού την αμεροληψία, την ουδετερότητα και τη ανεξαρτησία. Η θεωρία του Weiss υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο σημαντικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ανθρωπιστικών οργανώσεων που τις διαχωρίζουν μεταξύ τους. Μπορούν να είναι είτε Classicists είτε Solidarists. Οι Classicists πιστεύουν ότι η πολιτική δεν πρέπει να αποτελεί μέρος μιας επιχείρησης και πρέπει να παραμείνει απομονωμένη και αμέτοχη από πολιτικές συζητήσεις. Αυτή τη θεωρία την υποστηρίζει πλήρως η Διεθνής Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού. Από την άλλη πλευρά, οι Solidarists απορρίπτουν τις αξίες της Διεθνούς Επιτροπής του Ερυθρού Σταυρού σχετικά με την αμεροληψία και την ουδετερότητα, αγνοώντας την απαραίτητη άδεια που χρειάζονται ώστε να εισέλθουν σε μια περιοχή συγκρούσεων για να βοηθήσουν. Σήμερα, ο πόλεμος οδήγησε τους ανθρωπιστικούς φορείς στο άγνωστο έδαφος των διαπραγματεύσεων, καθώς οι συνομιλητές τους είναι το κράτος και οι μη κρατικοί φορείς. Η ηθική της ιατρικής και οι διαπραγματεύσεις είναι τα μόνα όπλα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι ανθρωπιστικές οργανώσεις για να καταφέρουν να εισέλθουν σε μια εμπόλεμη ζώνη και να παρέχουν φροντίδα στους ανθρώπους που έχουν ανάγκη. Η κόκκινη γραμμή των διαπραγματεύσεων αφορά συνήθως τη μη παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αφού κανείς υγειονομικός δεν θα αρνηθεί την ιατρική βοήθεια σε κάποιον. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα και θεραπεία, ανεξάρτητα από τις πλευρές της σύγκρουσης. Η διαπραγμάτευση είναι το εργαλείο το οποίο πέρα από την ηθική της ιατρικής παρέχει πρόσβαση, βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη ασφάλεια καθώς και να χτίσει ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης μεταξύ του οργανισμού και των υπολοίπων μερών σε μία σύρραξη. Στις διαπραγματεύσεις τα μέρη δεν είναι πρόθυμα να αλλάξουν την πολιτική ή την πολεμική ατζέντα. Τέλος μέσω της διαπραγμάτευσης, επικοινωνούνται και προωθούνται οι αξίες του εκάστοτε οργανισμού που δρα προς ανακούφιση των πολιτών στην περιοχή ελέγχου του εκάστοτε στρατιωτικού ή παραστρατιωτικού φορέα και φροντίζει να γνωστοποιήσει αλλά και να τοποθετήσει τα εμβλήματα, σε ορατά σημεία έτσι ώστε να μην είναι στόχος, οι υγειονομικοί. Επίσης έτσι διασφαλίζεται η απρόσκοπτη και ασφαλής διέλευση στις εγκαταστάσεις ή τα νοσοκομεία τους.

Σε μία εμπόλεμη ζώνη η διακοπή βοήθειας και, ακόμη χειρότερα υγειονομικής παροχής, μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή. Οι κύριοι λόγοι για περιορισμένη ενίσχυση σε εμπόλεμες ζώνες είναι οι ακόλουθοι. Κατ 'αρχάς, η αναστολή ή διακοπή χρηματοδότησης σε μια επιχείρηση. Χωρίς χρηματοδότηση, ο προγραμματισμός αποτυγχάνει και όλη η διοικητική μέριμνα με ό,τι αυτό συνεπάγεται από μεριάς εφοδισμών και υλικοτεχνικής υποστήριξης της επιχείρησης είναι ατελέσφορη. Δεύτερον, η τεταμένη κατάσταση σε περιοχές που βρίσκονται στο κέντρο των συγκρούσεων χειροτερεύει το πρόβλημα του πληθυσμού καθώς ουκ ολίγες φορές η πρόσβαση στα νοσοκομεία ή στα κέντρα παροχής βοήθειας δεν είναι δυνατή. Τρίτον, η έλλειψη ασφαλούς διέλευσης και η αποτυχία προστασίας των εργαζομένων βοήθειας επιδεινώνει τις πιθανότητες μιας επιχείρησης να στέκεται σε ένα μέρος και να συνεχίσει να βοηθά. Ως αποτέλεσμα οι οργανισμοί αποσύρουν το προσωπικό τους από περιοχές εκτεθειμένες σε επιθέσεις και τοποθετούν τα κέντρα βοήθειας σε λιγότερο επικίνδυνα σημεία των χωρών που δρουν, με συνέπειες ωστόσο μοιραίες για την υγεία χιλιάδων ανθρώπων που ζουν εντός των εμπόλεμων ζωνών. Η τελευταία έκθεση του

AWSD δείχνει σε αριθμούς ότι μέσα στο 2019 483 εργαζόμενοι υπήρξαν θύματα μεγάλων επιθέσεων. Από αυτούς, 125 σκοτώθηκαν, 234 τραυματίστηκαν και 124 απήχθησαν. Κάθε οργανισμός διαθέτει κομμάτια εκπαίδευσης και SOP σχετικά με τα πρωτόκολλα ασφαλείας που κάθε μέλος του προσωπικού πρέπει να γνωρίζει, να σέβεται και να ακολουθεί υπό οιοσδήποτε συνθήκες και σε οιαδήποτε δεδομένη στιγμή. Σύμφωνα με το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο, τα νοσοκομεία είναι ασφαλείς και προστατευόμενοι χώροι. Ωστόσο, αυτό δεν έγινε σεβαστό στη Συρία, στο Αφγανιστάν, στη Σομαλία και πιο πρόσφατα στη Λωρίδα της Γάζας. Ένας ακόμη λόγος για την απόσυρση της βοήθειας είναι οι επιδημίες ή οι πανδημίες που εμφανίζονται σε όλο τον κόσμο. Τα πιο πρόσφατα παραδείγματα του Έμπολα στην Αφρική και του Covid-19 παγκοσμίως δείχνουν ότι η κρίση της υγείας έχει τρομερό αντίκτυπο στη ζωή των αμάχων, μαζί με ένοπλες συγκρούσεις σε αυτές τις περιοχές.

Δυστυχώς, λόγω του υψηλού κινδύνου επιθέσεων σε ζώνες συγκρούσεων και ανασφάλειας μεταξύ ανθρωπιστικών οργανώσεων, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις πλήρους απόσυρσης της βοήθειας. Το 2004 οι Γιατροί Χωρίς Σύννορα αποφάσισαν να κλείσουν όλα τα ιατρικά προγράμματα στο Αφγανιστάν, μετά από τη βίαιη δολοφονία 5 εργαζομένων με ενέδρα κατά του οχήματός τους. Παρόλο που η παρουσία του οργανισμού στην περιοχή ήταν συνεχής και παρείχε εξαιρετικά σημαντικό έργο για περισσότερο από δύο δεκαετίες, το περιστατικό αποκάλυψε την έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ της οργάνωσης και των ενόπλων ομάδων στην περιοχή (Ταλιμπάν) και την απόλυτη απουσία επικοινωνίας μεταξύ της κυβέρνησης και της περιοχής υπό τον έλεγχο των Ταλιμπάν. Η έκρυθμη κατάσταση στο Νότιο Σουδάν οδήγησε σε απόσυρση της βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών μετά τη δολοφονία τουλάχιστον 6 εργαζομένων το 2014. Σύμφωνα με το Human Rights Watch (HRW), η Υεμένη έχασε τους περισσότερους υγειονομικούς λόγω του ελέγχου των Houthis, ειδικά στο βόρειο τμήμα της χώρας. Το 2020 οι οργανισμοί βοήθειας στην Υεμένη έλαβαν το 24% των 3,4 δισεκατομμυρίων δολαρίων που είχαν ζητήσει, με αποτέλεσμα να υπάρξει μία από τις μεγαλύτερες αποσύρσεις του συνόλου των επιχειρήσεων των οργανισμών στη χώρα.

Κατόπιν μιας επίθεσης πέραν από τους άμεσους τραυματισμούς και τους θανάτους, υπάρχουν επίσης καταστροφές εγκαταστάσεων όπως προσωρινών κέντρα περίθαλψης ή νοσοκομείων, κατεστραμμένα ασθενοφόρα, λεηλατημένες ή καμένες προμήθειες ακόμη και μπλοκαρισμένοι και κατεστραμμένοι δρόμοι. Οι συγκρούσεις οδηγούν στη διακοπή της καθημερινής ζωής σε μια χώρα και οι μακροπρόθεσμες συγκρούσεις μειώνουν το επίπεδο ζωής και επηρεάζουν σοβαρά τον πληθυσμό της περιοχής. Μια πολύ λεπτομερής έκθεση της πρωτοβουλίας Safeguarding Health in Conflict Coalition το 2016 έφερε στο φως μια συλλογή επιθέσεων εναντίον εργαζομένων στον τομέα της υγείας ή ιατρικού προσωπικού έκτακτης ανάγκης σε εμπόλεμες ζώνες, παγκοσμίως. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι αναφερόμενες επιθέσεις σε νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγείας ήταν πολύ έντονες στη Συρία, στο Αφγανιστάν, στο Ιράκ, στο Νότιο Σουδάν, στην Υεμένη, στην Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία και στη Λιβύη. Αξίζει να σημειωθεί ότι το να γίνονται στόχοι οι υγειονομικοί και να δολοφονούνται ενώ πραγματοποιούν είτε εμβολιασμούς είτε παρέχουν φροντίδα, έχει ως άμεσο αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η υγεία των ασθενών και να διακόπτεται η υγειονομική περίθαλψη του τοπικού πληθυσμού. Ο πόλεμος της Συρίας από το 2011 είχε ως αποτέλεσμα τη διακοπή των

εμβολιασμών κατά της πολιομυελίτιδας και το 2017 σημειώθηκε ξέσπασμα πολιομυελίτιδας στη χώρα. Ο εκπρόσωπος του WHO Oliver Rosenbauer είπε: «“Are we concerned that we’re in fact going to be seeding further future polio vaccine-derived outbreaks? ... Absolutely, that is a concern. And that is why this vaccine must be used judiciously and to try to ensure the highest level of coverage”. Για τους πληθυσμούς αυτών των χωρών, δεν θεωρείται δεδομένη η ίση και απρόσκοπτη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και πολίτες που αναζητούν επείγουσα ιατρική περίθαλψη, πεθαίνουν λόγω αυτού. Στο Πακιστάν και τη Νιγηρία, ιατροί απήχθησαν ή σκοτώθηκαν, ενώ διεξήγαγαν εμβολιασμούς κατά της πολιομυελίτιδας και οι επιτιθέμενοι κατέστρεψαν επιπλέον εμβολιαστικό υλικό. Διακυβεύοντας και παρακωλύοντας τη διαδικασία εμβολιασμού και στις δύο περιπτώσεις, είχε ως αποτέλεσμα το ξέσπασμα της πολιομυελίτιδας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στις προαναφερθείσες χώρες. Επίσης, η επίθεση κατά ασθενοφόρων είναι μια άλλη τάση παρεμπόδισης και αποκλεισμού της παρεχόμενης ιατρικής βοήθειας. Η έκθεση του Safeguarding Health in Conflict Coalition initiative αναφέρει πως τέτοιες πρακτικές συνηθίζονται κυρίως στο Αφγανιστάν, στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, στο Ιράκ, από το Ισραήλ στα Κατεχόμενα Παλαιστινιακά Εδάφη, από την Ινδία στο Τζαμού και Κασμίρ, στο Μάλι, στον Νίγηρα και την Υεμένη.

Ένα ακόμη αγκάθι στην ανθρωπιστική βοήθεια είναι η ανάληψη και κατοχή εγκαταστάσεων υγείας και μεταφορικών μέσων, η οποία έχει άμεση επίδραση στη ζωή των πολιτών. Τα στοιχεία του 2016, δείχνουν πως το Αφγανιστάν, το Ιράκ, η Σομαλία, το Νότιο Σουδάν, η Τουρκία, η Ουκρανία και η Υεμένη ήταν οι χώρες με τεκμηριωμένα περιστατικά ένοπλης κατάληψης και κατοχής κέντρων παροχής βοήθειας καθώς και νοσοκομείων.

Οι απειλές για την ασφάλεια εντείνονται από τα περιστατικά εναντίον εργαζόμενων ανθρωπιστικών οργανώσεων σε εμπόλεμες ζώνες και ιδιαίτερα εναντίον υγειονομικών. Ενώ έχει αναφερθεί επανειλημμένα ότι οι εργαζόμενοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους με τον μόνιμο φόβο της απαγωγής, της επίθεσης ή ακόμη και του θανάτου οι λόγοι των επιθέσεων αυτών παραμένουν άγνωστοι και συνεχίζουν να εξελίσσονται. Ανάλογα με τη χώρα και την εμπόλεμη ζώνη οι επιθέσεις έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά, χωρίς όμως να υπάρχει πλήρης ομοιότητα στον τρόπο της επίθεσης.

Το AWSO, σύμφωνα με την τελευταία έκθεση για την ανθρωπιστική πρόσβαση και παροχή βοήθειας, η οποία είναι αποτέλεσμα έρευνας για την κάλυψη, την επιχειρησιακή προσέγγιση και την αποτελεσματικότητα της ανθρωπιστικής βοήθειας, αναφέρεται ότι: «Μεταξύ άλλων ευρημάτων, η έρευνα έδειξε εμπειρικά ότι:

- πολύ λιγότεροι ανθρωπιστικοί οργανισμοί εργάζονται σε επικίνδυνες χώρες από ότι σε ασφαλείς χώρες και δεν είναι αρκετοί ώστε η παροχή βοήθειας να φτάνει σε όλους
- σε χώρες υψηλού κινδύνου, οι ανθρωπιστικοί οργανισμοί τείνουν να περιορίσουν την παρουσία τους στο πεδίο και να συγκεντρωθούν σε ασφαλέστερες περιοχές - μόνο μια μικρή ομάδα ανθρωπιστικών οργανώσεων λειτουργεί σε μέρη υψηλού κινδύνου

- έρευνες για άτομα που ζουν σε περιοχές υψηλού κινδύνου λένε ότι η βοήθεια μειώνεται παρόλο που η ανάγκη για υγειονομική κάλυψη και ανθρωπιστική βοήθεια αυξάνεται
- καθώς η πρόσβαση γίνεται πιο δύσκολη, η βοήθεια παρέχεται για τα απολύτως βασικά και ανταποκρίνεται ελάχιστα σε κρίσιμες καταστάσεις και στα πιο ευάλωτα άτομα
- οι πολιτικές των χρηματοδοτών και τα κίνητρα των φορέων μπορούν να λειτουργήσουν ενάντια στην ανθρωπιστική πρόσβαση και κάλυψη, ασχέτως αν η παρουσία και η παροχή βοήθειας φαίνεται πιο ισχυρή από ό, τι είναι στην πραγματικότητα – χρειάζεται επιχειρησιακή διαφάνεια σχετικά με το πού μπορούν να λειτουργούν οι οργανισμοί βοήθειας, μεγαλύτερη στρατηγική ιεράρχηση για την κάλυψη των κενών και καλύτερη εξέταση του τρόπου διασφάλισης αμερόληπτης ανθρωπιστικής κάλυψης. "

Η παρακολούθηση των επιτόπιων επιχειρήσεων και η παρατήρηση των τάσεων είναι ένα υποχρεωτικό βήμα στην παροχή βιώσιμων και πολύτιμων λεπτομερειών για τις επιχειρήσεις και τις συνθήκες στις οποίες αυτές τελούνται. Αναφέρθηκε νωρίτερα ότι είναι σημαντικό να προσαρμόσουμε τα σχέδια και να προσφέρουμε την ανθρωπιστική βοήθεια σύμφωνα με το πλαίσιο και τις ανάγκες κάθε εμπόλεμης ζώνης.

Ο αποτελεσματικός συντονισμός των οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό θα μπορούσε να επιτύχει μόνον εάν συνοδεύονταν από κοινή συνεργασία σχετικά με την ασφάλεια. Ως γνωστόν οι οργανισμοί έχουν διαφορετικούς τρόπους για τις διαδικασίες και τους κανόνες ασφαλείας τους. Ως εκ τούτου, η υιοθέτηση μιας κοινής στρατηγικής και ο συντονισμός από ένα όργανο ανώτερου επιπέδου δεν θα ήταν αποδεκτή. Κάθε οργανισμός κινείται βάσει των αξιών και των αρχών του και πολύ συχνά μπορεί να έχει αντικρουόμενα συμφέροντα ή προσδοκίες. Η επίτευξη ενός οργανωτικού συντονισμού, ωστόσο, θα βοηθούσε στην προώθηση της βιωσιμότητας των υλικοτεχνικών προμηθειών, και πιθανώς να επηρέαζε θετικά τη σχέση με τους υπόλοιπους παράγοντες στη ζώνη σύγκρουσης (π.χ. ένοπλες δυνάμεις) και να δημιουργούσε μια νέα δυναμική στην περιοχή, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση των επιθέσεων, άρα και τη μείωση των θυμάτων και της απρόσκοπτης συνέχειας των επιχειρήσεων. Βασικός είναι ο συντονισμός, και η συνεργασία σχετικά με τη διαχείριση της εφοδιαστικής αλυσίδας εφοδιασμού. Χωρίς αυτή, δεν μπορεί να υπάρξει προγραμματισμός ή εφαρμογή μιας επιχείρησης. Με βάση τα δεδομένα και τις πληροφορίες που δίνουν όσοι ανταποκρίνονται πρώτοι στη ζώνη συγκρούσεων, οι εμπλεκόμενες ανθρωπιστικές οργανώσεις μπορούν να προσδιορίσουν τις ανάγκες, επομένως μπορούν να προχωρήσουν στην αποστολή όλων των επειγόντων προμηθειών στην εμπόλεμη ζώνη.

Η ανθρωπιστική κοινότητα μετράει πολλά θύματα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η δημιουργία σχέσεων, ο προγραμματισμός, η ανταλλαγή καλών πρακτικών και η προώθηση της διμερούς επικοινωνίας μέσω διαπραγματεύσεων μεταξύ όλων των παραγόντων σε μία εμπόλεμη ζώνη για την καθιέρωση προστασίας τόσο των αμάχων όσο και του ανθρωπιστικού προσωπικού, πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα όλων και να παραμένει η κεντρική γραμμή κάθε επιχειρησιακού σχεδίου. Η προσέγγιση πρέπει να είναι ανοιχτή προς όλα τα μέρη και να έρχεται σε επαφή με τις ένοπλες μη κυβερνητικές δυνάμεις και τις κυβερνητικές ένοπλες δυνάμεις, με τους ανθρωπιστικούς οργανισμούς,

καθώς και με την εθνική, περιφερειακή και παγκόσμια κοινότητα υγείας. Τα μέρη πρέπει να καταπολεμήσουν τη βία και τις στοχευμένες επιθέσεις σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και να προστατεύσουν τόσο τον άμαχο πληθυσμό όσο και το υγειονομικό προσωπικό.

Ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών μπορεί να βοηθήσει την παγκόσμια κοινότητα και, πιο συγκεκριμένα, τις ανθρωπιστικές οργανώσεις να ξεπεράσουν τα υφιστάμενα εμπόδια και, τέλος, να παράσχουν βοήθεια χωρίς να ενέχει ο κίνδυνος επίθεσης. Σημαντικές βελτιώσεις στον τομέα των διαπραγματεύσεων θα προωθήσουν τη συνεργασία μεταξύ των μερών και ελπίζουμε ότι θα καθορίσουν το μέλλον της ανθρωπιστικής βοήθειας.

Τέλος, η παγκόσμια κοινότητα πρέπει να εφαρμόσει κατάλληλη νομοθεσία για την προστασία των εργαζομένων και του ιατρικού προσωπικού στο πεδίο της μάχης. Οι στρατιωτικοί και οι ένοπλες μη κρατικές δυνάμεις πρέπει να κατανοήσουν την αξία του σεβασμού των εγκαταστάσεων υγείας και του προσωπικού υγείας και να θεωρηθούν υπεύθυνοι για μια θανατηφόρα επίθεση εναντίον τους.

REFERENCES

1. Dinstein Y. The Right to Humanitarian Assistance. 2000;53(4):16.
2. Universal Declaration of Human Rights | United Nations [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
3. OHCHR | Human Rights Bodies [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>
4. Refworld | UN Human Rights Committee (HRC) [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.refworld.org/publisher/HRC.html>
5. General comment no. 29, States of emergency (article 4): [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/451555>
6. Conventions de Genève et Protocoles additionnels | Comité international de la Croix-Rouge [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.icrc.org/fr/guerre-et-droit/traites-et-droit-coutumier/conventions-de-geneve>
7. Les conventions de Genève du 12 août 1949. :232.
8. Chapter I: Purposes and Principles (Articles 1-2) | United Nations [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.un.org/en/about-us/un-charter/chapter-1>
9. Deliver Humanitarian Aid | United Nations [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.un.org/en/our-work/deliver-humanitarian-aid>
10. Resolution 1502 (2003) / [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/501026?ln=en>
11. Security Council Resolution 2286 - UNSCR [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <http://unscr.com/en/resolutions/2286>
12. Statement of support by 171 UN Member States, Non-Member Observer States, and Observers to the UN Secretary-General's appeal for a global ceasefire amid the COVID-19 pandemic - World | ReliefWeb [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/statement-support-171-un-member-states-non-member-observer-states-and-observers-un>
13. Protecting the Protectors: Strengthening the Security of NGOs in Conflict Zones [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.e-ir.info/2020/08/25/protecting-the-protectors-strengthening-the-security-of-ngos-in-conflict-zones/>
14. Medical care under fire | MSF [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.msf.org/medical-care-under-fire>

15. Jillani S. Humanitarian Outcomes' Aid Worker Security Database: Statistical Analysis of Data Trends, 2000-2019. :19.
16. awsr2020_0.pdf [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: https://www.humanitarianoutcomes.org/sites/default/files/publications/awsr2020_0.pdf
17. awsdfigures2020.pdf [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.humanitarianoutcomes.org/sites/default/files/publications/awsdfigures2020.pdf>
18. awsr2020_0_0.pdf [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: https://www.humanitarianoutcomes.org/sites/default/files/publications/awsr2020_0_0.pdf
19. Jillani S. Humanitarian Outcomes' Aid Worker Security Database: Statistical Analysis of Data Trends, 2000-2019. :19.
20. #NotATarget: No more attacks against civilians and healthcare workers in conflict zones | Doctors Without Borders / Médecins Sans Frontières (MSF) Canada [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.doctorswithoutborders.ca/issues/notatarget-no-more-attacks-against-civilians-and-healthcare-workers-conflict-zones>
21. Israel urged to stop Gaza attacks as trauma clinic is damaged in shelling | Palestine | MSF [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.msf.org/israel-urged-stop-gaza-attacks-trauma-clinic-damaged-shelling-palestine>
22. Attacks against humanitarian workers must stop | NRC [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.nrc.no/opinions-all/attacks-against-humanitarian-workers-must-stop/>
23. At Least 34 United Nations, Associated Personnel Killed in Malicious Attacks against Peacekeeping Operations during 2018 | Meetings Coverage and Press Releases [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.un.org/press/en/2019/org1684.doc.htm>
24. Kunduz hospital attack in depth | MSF [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.msf.org/kunduz-hospital-attack-depth>
25. Attacks on medical care in depth | MSF [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.msf.org/attacks-medical-care-depth>
26. Internal Displacement Index report_2020.pdf [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Internal%20Displacement%20Index%20report_2020.pdf
27. Definition of Complex Emergency | IASC [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/content/definition-complex-emergency>
28. Principles, Politics, and Humanitarian Action | Ethics & International Affairs | Cambridge Core [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from:

<https://www.cambridge.org/core/journals/ethics-and-international-affairs/article/abs/principles-politics-and-humanitarian-action/ECCC3C62264ACB51400D72D20A6AB383>

29. Ethical problems in an era where disasters have become a part of daily life: A qualitative study of healthcare workers in Turkey - PubMed [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28319151/>
30. Customary IHL - Rule 35. Hospital and Safety Zones and Neutralized Zones [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule35
31. Syria: IRC statement on hospital attack in western Aleppo - Syrian Arab Republic | ReliefWeb [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/syria-irc-statement-hospital-attack-western-aleppo>
32. MSF is shocked and outraged by attack on our team in Somalia | MSF [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.msf.org/msf-shocked-and-outraged-attack-our-team-somalia>
33. Deadly professions: violent attacks against aid-workers and the health implications for local populations [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952538/>
34. MSF pulls out of Afghanistan | MSF [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.msf.org/msf-pulls-out-afghanistan>
35. South Sudan: UN, Aid Agencies Pull Out of Maban County | Voice of America - English [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.voanews.com/africa/south-sudan-un-aid-agencies-pull-out-maban-county>
36. SHCC2019final.pdf [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2019final.pdf>
37. A73_15-en.pdf [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_15-en.pdf
38. Attacks on Health Care in Countries in Conflict - Humanitarian Data Exchange [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://data.humdata.org/dataset/shcchealthcare-dataset>
39. SHCC2017final.pdf [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2017final.pdf>
40. Polio outbreak in Syria poses vaccination dilemma for WHO | Reuters [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-mideast-crisis-syria-polio-idUSKBN1902G8>
41. Enhancing protection: for civilians in armed conflict and other situations of violence. :86.

42. Customary IHL - Rule 35. Hospital and Safety Zones and Neutralized Zones [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule35
43. Security Council Resolution 2286 - UNSCR [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <http://unscr.com/en/resolutions/2286>
44. Aid in Danger: The Perils and Promise of Humanitarianism Larissa Fast * | International Review of the Red Cross | Cambridge Core [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-the-red-cross/article/abs/aid-in-danger-the-perils-and-promise-of-humanitarianism-larissa-fast/755479EA85545B2219A8263B0DDC5CB4>
45. Aid worker deaths: the numbers tell the story | OCHA [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.unocha.org/story/aid-worker-deaths-numbers-tell-story>
46. Stoddard A. HUMANITARIAN POLICY GROUP. :4.
47. HCiD Initiative [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://healthcareindanger.org/hcid-project/>
48. Understanding the security management practices of humanitarian organizations - PubMed [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18380854/>
49. Sustainability | Free Full-Text | Horizontal Coordination of I-LNGOs in the Humanitarian Supply Chain: An Evolutionary Game Approach [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/15/5953>
50. Quality management in humanitarian operations and disaster relief management: a review and future research directions - PubMed [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32836617/>
51. Stabilisation and humanitarian access in a collapsed state: the Somali case - PubMed [Internet]. [cited 2021 Jan 8]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20846348/>
52. Health Care in Danger - Canadian Red Cross Blog [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.redcross.ca/blog/category/health-care-in-danger>
53. (PDF) Understanding the Drivers and Barriers of Collaboration among Humanitarian Organizations [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/292552757_Understanding_the_Drivers_and_Barriers_of_Collaboration_among_Humanitarian_Organizations
54. Care delivery among refugees and internally displaced persons affected by complex emergencies: a systematic review of the literature | SpringerLink [Internet]. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-020-01343-7>