



التقرير عن الكوارث في العالم لسنة ٢٠٢٢

الثقة والإنصاف والعمل المحلي

دروس مستفادة من جائحة كوفيد-19 لتجنب
الأزمة العالمية المقبلة

التقرير عن الكوارث في العالم **الثقة والإنصاف والعمل المحلي**

الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 لتجنب الأزمة العالمية المقبلة

© الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، جنيف، 2023

يجوز اقتباس أي جزء من هذا المنشور أو استنساخه أو ترجمته إلى لغات أخرى أو تكييفه بما يلبي الاحتياجات المحلية دون إذن مسبق من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، شريطة الإشارة إلى المصدر بوضوح.

ISBN: 978-2-9701289-8-4

URL: <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2022>

صورة الغلاف: Madagascar, 2020. Rasoanirina Edouard, a beneficiary of the financial assistance given by the Malagasy Red Cross, returns home after recovering her money. © iAko Randrianarivelo / IFRC

بيانات الاتصال:

ينبغي توجيه طلبات الاستنساخ لأغراض تجارية إلى أمانة الاتحاد الدولي:

العنوان: Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209 Geneva, Switzerland

العنوان البريدي: P.O. Box 303, 1211 Geneva 19, Switzerland

الهاتف: +41 (0)22 730 42 22 | **الفاكس:** +41 (0)22 730 42 00 | **البريد الإلكتروني:** secretariat@ifrc.org | **الموقع الإلكتروني:** [ifrc.org](https://www.ifrc.org)

يود الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أن يعرب عن امتنانه للجهات التالية لدعمها للتقرير عن الكوارث في العالم لسنة 2022. وقد تم تمويل العمل البحثي الذي ساهم في هذا التقرير جزئيًا من خلال مبادرة استجابة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر لفيروس كورونا.



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development



Australian Government
Department of Foreign Affairs and Trade



Ministry for Foreign
Affairs of Finland

الشكر والتقدير

يوذ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC) توجيه الشكر إلى كل الأشخاص الذين كرسوا وقتهم وبذلوا جهودًا كبيرة لإنجاز كل مرحلة من مراحل التقرير عن الكوارث في العالم لعام ٢٠٢٢.

مدراء المشروع: كيرستن هاغون (المديرة الرئيسية للمشروع)، ديفيد فيشر ودانيال لارابي (كلاهما من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

مُعدّ التقرير الرئيسي: مايكل مارشال

المُعدّة المساهمة للتقرير: ريتشيل أيمي مكلويد (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر) - الفصل 6: القانون والطوارئ الصحية العامة.

المُحرّرة الرئيسية: دانيال لارابي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

مساعدة المشروع: بيغومهان شيمشير (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

التصميم والتخطيط: هادي كينايد، فيليب بواسون، كارول مارون

مراجعة النص: ربيكا هيلز

محلّلا البيانات: جوليان شاتوليه، دان والتون

الإعلام والاتصالات: ليا سلوان، ميليس فيغانميثي، شاني بانيستر (جميعهم من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

الترجمة: كونيلو نونيز فلورنس مارو، أديل التوبتي، ريتشيل فوكس (جميعهم من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

فريق الإدارة: نيلسون كاستانو، كزافيير كاستيلانوس، ديفيد فيشر، كارولين هولت، بيترا خوري، فرانك موروير (جميعهم من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)

الفريق الاستشاري الخارجي

يوذ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC) ومعدّو هذا التقرير أن يعربوا عن شكرهم لأعضاء الفريق الاستشاري الخارجي للتقرير عن الكوارث في العالم، الذين قدّموا الإرشادات الاستراتيجية بشأن التوجّه العام للتقرير ومضمونه. وقدّم عدد من أعضاء الفريق ملاحظات وتعليقات موسعة وثاقبة بشأن مسودات الفصول المختلفة:

تمام ألودات (أطباء بلا حدود)، عيد إ. عزار (مستشفى القديس جاورجيوس الجامعي)، فيرونیکا بيل (الصليب الأحمر الأسترالي)، شوقي أمين الدين (الصليب الأحمر اللبناني)، ليلي غاردنر (الصليب الأحمر الأسترالي)، فران غيرلينغ-موريس (منظمة مبادرات التنمية)، مارك غوردن (مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث)، إلونا كيكوش (المعهد العالي للدراسات الدولية والتنمية)، جميلة محمود (جامعة صنواي)، بوتش ميلي (المؤسسة الفلبينية لمواجهة الكوارث)، هيثر باغانو (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)، فايضة راب (الصليب الأحمر الكندي)، كوانغ ريم (منظمة الصحة العالمية)، إيمان روس (معهد تشاتام هاوس)، ناهوكو شيندو (منظمة الصحة العالمية)، بول سبيغل (جون هوبكنز)، محمود ثروت (الهلال الأحمر المصري)، مايك فانرويين (مدرسة طب هارفرد)، أليس ويمر (منظمة الصحة العالمية).

الفريق الاستشاري الفني

يؤدّ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC) أن يشكر الأشخاص التالية أسماؤهم الذين قدّموا إسهامات قيّمة ودعّمًا ثمينًا لإعداد تقرير، بما في ذلك كتابة أقسام من التقرير، وتوفير المشورة بشأن المضمون والمصادر، ومراجعة الأبحاث والفصول الرئيسية (وقد راجع بعضهم نسخًا متعدّدة للتقرير)، وغير ذلك:

أوميريتا باجيو، وبيمار إيلخاندرو سانثيز بوستامانتي، غويندولين إيمر، ديفيد فيشر، جاستن جيني، ريتشيل غودرموت، إيزابيل غرابنجر، مايا شيرير (جميعهم من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر).

المساهمون ومقدّمو الدعم

يؤدّ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC) أن يشكر الأفراد التالية أسماؤهم الذين قدّموا إسهامات قيّمة ودعّمًا ثمينًا، بما في ذلك كتابة دراسات الحالة والخانات، ومراجعة الأقسام، وغيرها من الإسهامات المهمّة:

أسماء سمير عبّاس محمد (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، نور حياتي أحمد (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، رانيا أليكسوس (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أيهام أوماري (الصليب الأحمر الكندي)، ملك أتك (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، غلام محمد أوان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، تيري بالوي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، سوزانا أرويو بارانتيس (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، لورا باستيانيتو (الصليب الأحمر الإيطالي)، سوزان برنارد (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أنا بوين (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، هانا باتلر (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، لوك كاي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، روبن كانو (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ويليام كارتر (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ريتشارد كازاغراندي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، مايكل شارلز (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، شائع هون شو (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أليكساندر كلودون دو فيرنيسي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، والتر كوت (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أدليد ديفيس (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، دوريان أيرين دولمان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أولغا دزومايف (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، حسام فيصل (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، غيفرا فولن (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، فريد فولتون (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، غانتسيستيسغ غانتولغا (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، الياس غانم (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، كايتي غرينوود (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أندرا غولي (الصليب الأحمر البريطاني)، كارولين هولت (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ماريان هورن (الصليب الأحمر البريطاني)، أرييل كيسيونس (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ألكا كابور شارما (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ميرسي لاير (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ماريا فيكتوريا لانغمان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، هيثر ماري ليسون (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، نيسيفور مغيندي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، سيمون ميسيري (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، دانغر نهلاباتسي (الصليب الأحمر الإسواتيني)، كاري نيلسون (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، زيد لينورد نيول (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، كلاوس نورسكوف (الصليب الأحمر الدنماركي)، ديانا أونجيتي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ديانا أوفيدو (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، جيسون بيت (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، نورا بيتر (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، بهانو براتاب (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ريتشيل بونيتا (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أحمد رجائي (الهلال الأحمر المصري)، الخان راهيموف (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أودايا كومار ريجمي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، دانيال ألفريدو ريكاس أوتيفيروس (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، جون روش (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ماي الصايغ (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، إيفار شرام (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، شارونيا سيخار (الصليب الأحمر الكندي)، إيزيكيل سيميرينغهام (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، مارجوري سوتوفرانكو (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، كوري ستيدمان (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، موليفي تاكالو (جمعية الصليب الأحمر لجنوب أفريقيا)، بامبوسا تال (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، غابرييل تايلور (الصليب الأحمر البريطاني)، شارلوت توكيو (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، بهوبيندر تومار (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أديش تريباتي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، أنكاترين تريتشوكس (الصليب الأحمر الألماني)، ستيفين وايترايت (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، سانجولا وراسينغي (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر).

الاختصارات

مبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة كوفيد-19	ACT-A
بروتوكول الإنذار الموحد	CAP
الصحة والإسعافات الأولية المجتمعية (فريق في الهلال الأحمر العربي السوري)	CBHFA
المراقبة المجتمعية	CBS
الاثتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة	CEPI
العاملون الصحيون المجتمعيون	CHWs
مرفق كوفاكس لإتاحة لقاحات كوفيد-19 على الصعيد العالمي	COVAX
مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)	COVID-19
برنامج التأهب المجتمعي للأوبئة والجوائح (CP3)	CP3
صندوق تحليلات المخاطر المعقدة التابع للأمم المتحدة	CRAF'd
منصة إدخال واستكشاف البيانات	DEEP
المديرية العامة للحماية المدنية الأوروبية وعمليات المساعدة الإنسانية	DG ECHO
صندوق الطوارئ للاستجابة للكوارث	DREF
بروتوكولات العمل المبكر	EAPs
مركز المعارف لإدارة مخاطر الكوارث التابع للمفوضية الأوروبية	EC DRMKC
العمليات الأوروبية للحماية المدنية والمعونة الإنسانية	ECPhAO
قاعدة بيانات الطوارئ	EM-DAT
شبكة الأمان الاجتماعي للطوارئ	ESSN
النهج المُعزز لتقييم مواطن الضعف والقدرات	EVCA
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	FAO
العمل القائم على التنبؤ	FbA
قاعدة البيانات ونظام الإفادة في الاتحاد الدولي	FDRS
مؤسسة وسائل التشخيص الابتكارية	FIND
التحالف العالمي للقاحات والتحصين	GAVI
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
مركز التأهب للكوارث العالمية	GDPC
	GPMB
اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات	IASC
مجموعة التخصيص المستقل للقاحات	IAVG
اللجنة الدولية للصليب الأحمر	ICRC
معهد دراسات التنمية	IDS
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	IFRC
اللوائح الصحية الدولية	IHR
الملكية الفكرية	IP

المنبر الحكومي الدولي المعني بالتنوع البيولوجي وخدمات النظم الإيكولوجية	IPBES
الهيئة الحكومية الدولية المعنية بتغير المناخ	IPCC
الفريق المستقل المعني بالتأهب والاستجابة للجائحة	IPPPR
لجنة الإنقاذ الدولية	IRC
الائتلاف العالمي للاستعداد للعلاج	ITPC
متلازمة الشرق الأوسط التنفسية	MERS
الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي	MHPSS
أطباء بلا حدود	MSF
منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	OECD
فريق الخبراء الرفيع المستوى المعني بنهج الصحة الواحدة	OHHLEP
التأهب للاستجابة الفعالة	PER
الطوارئ الصحية العامة	PHES
معدات الحماية الشخصية	PPE
شراكة برنامجية تجريبية	PPP
الإبلاغ عن المخاطر والمشاركة المجتمعية	RCCE
كلية الصليب الأحمر المستقلة	RCIC
جمعية الصليب الأحمر الصينية	RCSC
شراكة العمل المبكر المراعي للمخاطر	REAP
المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة	SARS
فيروس كورونا المسبب لمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (فيروس كورونا سارس 2)	SARS-COV-2
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
الاتفاق المتعلق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية	TRIPS
المملكة المتحدة	UK
إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة	UN DESA
مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية	UN OCHA
دائرة التبغ المالي التابعة لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية	UN OCHA FTS
مكتب الأمم المتحدة لحقوق الإنسان	UN OHCHR
مكتب الممثل السامي لأقل البلدان نموًا والبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية	UN OHRLLS
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)	UNICEF
وكالة حماية البيئة الأمريكية	US EPA
وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة	USAID
المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية	WASH
منظمة الصحة العالمية	WHO
فريق الخبراء الاستشاري المعني بالتمنيع التابع لمنظمة الصحة العالمية	WHO SAGEI
منظمة التجارة العالمية	WTO



في وقت إعداد التقرير عن الكوارث في العالم لعام 2022، كانت جائحة كورونا (كوفيد-19) قد تركت آثارًا وخيمة على حياة الناس، وصحتهم، ورفاههم الاجتماعي والاقتصادي في كل دولة من دول العالم.

وتسببت هذه الأزمة - التي تشمل المرض نفسه، وآثاره غير المباشرة، والإجراءات المتخذة لمكافحته - في رفع معدّل البطالة والفقر، وزيادة انعدام الأمن الغذائي واحتمال التعرّض للعنف، وحرمان الأطفال من التعليم ومن الفرص، وزيادة الضغوط على الخدمات العاقّة. علاوة على ذلك، أسهمت الأزمة في تفاقم مشاكل الصحة النفسية، وبلغت كلفتها على الاقتصاد العالمي تريليونات الدولارات الأميركية.

نستطيع أن نقول بكل ثقة إنّ معظم هذه الآثار كان يمكن تجنبها. فعلى الرغم من أنّ كوفيد-19 ظهر كفيروس جديد وطرح تحديات لم يسبق لنا أن صادفناها، هناك عددٌ لا يُحصى من الإجراءات والنّهج الشائعة التي كان يمكن استخدامها للتخفيف من آثار الجائحة، ومنها على وجه الخصوص استثمار الحكومات موارد أكبر لضمان التأهب لحالات الطوارئ على الصعيد المجتمعي.

نحن متأكدون من ذلك نتيجة عملنا على مدى أكثر من قرنٍ لمساعدة الحكومات والمجتمعات على الوقاية من الكوارث وتفشي الأمراض، والتأهب والاستجابة لها والتعافي منها. وتشمل هذه الأمراض على سبيل المثال لا الحصر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وزيكا، والإيبولا، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، والحصبة، والكوليرا.

في العام 2018، حدّرتنا نحن والمجلس العالمي لرصد التأهب وغيره من خبراء الصحة البارزين، من ارتفاع أرجحية حصول جائحة كبيرة وعدم تأهبنا لها. لكنّ دول العالم لم تُدرِك نتائج أخطائها السابقة إلى أن حدثت جائحة كوفيد-19. فأيقن الناس عندها أنّ التضامن، لا التنافس، يشكل الاستجابة الأنجع في مجال الصحة العاقّة.

منذ بداية الجائحة، يُساعد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، الذي يضمّ 192 جمعية وطنية و15 مليون متطوّع، الأشخاص حول العالم في البقاء على قيد الحياة والتكيّف خلال الجائحة وما بعدها. ويواصل الاتحاد الدولي في الوقت عينه استجابته للكوارث والأزمات المتزامنة الأخرى.

حتى اليوم، تمكّنّا من تقديم الخدمات الصحية والمعلومات والمساعدات الغذائية والنقدية إلى أكثر من 1.2 مليار شخص للحدّ من انتقال الأمراض وكبح جماح الجائحة، مع ضمان حصول المتطوعين والموظفين على الأدوات وأشكال الدعم التي يحتاجون إليها لمساعدة مجتمعاتهم والحفاظ على سلامتهم وصحتهم الجسدية والعقلية.

ومن أجل التأكّد من أنّنا لن نُكرّر الأخطاء عيناها، ينبغي إدماج الدروس الأساسية المستخلصة من هذه الجائحة في القوانين والسياسات والميزانيات والإجراءات الوطنية.

يدعم **التقرير عن الكوارث في العالم لعام 2022** هذه الجهود، ويدعو إلى الاستثمار في التأهب المحلي والداخلي: التأهب للوقاية من تفشي الأمراض وغيرها من الصدمات والضغوطات في المستقبل، بالإضافة إلى كشفها مبكرًا والاستجابة لها بسرعة.

ويُشدّد التقرير على أهمية التأهب بناء على مبادئ المساواة والثقة والعمل المحلي.

المساواة مهمّة لأنّ الجوائح تتفشى وسط الغُبن واللامساواة وتؤدي إلى تفاقمهما. ولا يمكن السيطرة على الجوائح إلّا بعد أن تصبح إمكانية الوصول إلى الخدمات والمنتجات الأساسية، بما فيها اللقاح، مضمونة بموجب القانون ومتاحة عمليًا.

والثقة مهمّة لأنّ إجراءات مكافحة الجائحة، بما فيها اللقاحات ومعلومات الصحة العامة وتدابير العزل، لن تحظى بقبول الناس في غياب الثقة.

والعمل المحلي مهمّ بدوره لأنّ الجوائح تبدأ وتنتهي في المجتمعات، ولأنّ الحكومات تحتاج إلى أن تدعم العمل المحلي وتستفيد منه لبناء القدرة على الصمود والثقة والأنظمة الصحية المرنة.

والأهم من كلّ ذلك هو أنّ التقرير يوصي بعدد من النُهج والبرامج العملية التي تبيّن كيفية تطبيق هذه المبادئ من خلال الوقاية والتأهب المجتمعي، وإنشاء أنظمة صحية مجتمعية أقوى، وحماية المستجيبين على الخطوط الأمامية ودعمهم، والتأهب القانوني، واستخدام البيانات المحلية بشكل أفضل.

لدينا فرصة تاريخية لتعزيز التأهب لتفشي الأمراض في السنوات المقبلة من خلال التركيز على المجتمعات المحلية. وينبغي أن نضطلع كلّنا - أي الحكومات والمجتمع الدولي والشركاء - بدور أساسي للتأكّد من عدم إهدار الفرص. وتلتزم شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بتنفيذ ولايتها القاضية بالوقوف إلى جانب الحكومات والمجتمعات لدعم هذه العملية على مستوى القانون والعمل الميداني.



جاغان تشاباجين

أمين عام الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



بنغلاديش 2021 نوريكو تومابيشي هو الممثل
القُطري السابق ومدير مشروع لدى جمعية الصليب
الأحمر الياباني في بنغلاديش. "شكلت جائحة كوفيد-19
أزمة جديدة بالنسبة إلينا جميعًا، وزادت من مصاعب
الحياة في المخيم. لقد انقضت أربع سنوات، وما زالوا
يعيشون في ظروف قاسية في المخيمات، كما لا تزال
الكثير من التحديات تلوح في الأفق. ولكن بالرغم من
الأزمات المتعددة، يُظهر الناس قدرة على الصمود
يوفقا بعد يوم". © ابراهيم موليكن / الاتحاد الدولي
لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



المحتويات

نبذة	2-15
مقدمة	16-23

1.

الوقاية والتأهب

في عالمٍ متعدّد
الأخطار، من الضروري
الوقاية من الأخطار
التي يمكننا تجنبها
والتأهب لكلّ الأخطار
الأخرى

24-61

2.

إشراك المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية

من خلال إدماج
الجهات الفاعلة
والمجتمعات المحلية
في الأنظمة، يمكن
للجمعيات أن تعزّز
درجة تأهبها

62-91

3.

التضامن العالمي

السماح بإمكانية
وصول أكبر إلى
المنتجات والخدمات

92-121

4.

عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية

تعزيز أنظمة
الحماية الاجتماعية
للمجتمعات

122-149

.5

**استخدام
البيانات
لمساعدة
المجتمعات**

يجب أن تركز عملية
جمع البيانات
وتحليلها على
الاحتياجات المحددة
من قبل المجتمعات
حصراً

150-177

.6

**القانون
والطوارئ
الصحية العامة**

القوانين والسياسات
هي أساس
الاستجابة الناجحة
لحالات الطوارئ
الصحية العامة

178-195

.7

**التطلع إلى
المستقبل**

الخاتمة والتوصيات

196-207

.8

**الاتجاهات
المتعلقة
بالكوارث**

ما تكشفه لنا
البيانات

208-243

المنهجية

244-247



مدغشقر 2020 في المناطق النائية من مدغشقر أعادت
الحواجز المعلوماتية وصول السكان إلى الخدمات الصحية
الأساسية. قدم الصليب الأحمر الملغشي الدعم إلى وزارة
الصحة من خلال الأنشطة التوعوية. كالتزيارات المنزلية
- ومنها زيارة زانامبيجا جان الظاهرة في الصورة - فضلاً
عن اجتماعات الأفرقة المتخصصة واللقاءات مع القادة
المحليين. © إيكو راندياناريقيلو / الاتحاد الدولي لجمعيات
الصليب الأحمر والهلال الأحمر

نبذة التعلم من جائحة كوفيد-19 لتحسين التعامل مع الكوارث المستقبلية

كوفيد-19 كارثة لا مثيل لها في التاريخ الحديث

تكاد تكون جائحة فيروس كورونا أكبر كارثة تعيها الذاكرة المعاصرة بكل المقاييس. فقد ثبتت وفاة أكثر من 6.5 مليون شخص في غضون أقل من 3 سنوات -أي نحو شخص واحد من كل 1000 شخص بحسب أشد التقديرات تحفظا (WHO, no date)- وهو عدد أكبر من عدد الوفيات الناجمة عن أي زلزال أو جفاف أو إعصار مُسجَّل. وقد دُمِّرت صناعات واقتصادات بأكملها، وأشارت تقديرات صندوق النقد الدولي إلى أن الجائحة ستُكَبِّد الاقتصاد العالمي 13.8 تريليون دولار أمريكي بحلول نهاية عام 2024 (Gopinath, 2022). وللجائحة أيضا آثار اجتماعية واقتصادية جسيمة.

أضف إلى ذلك أن الآثار غير المباشرة للجائحة لم تكن تسلم منها حياة أي مجتمع على ظهر هذا الكوكب. ولم تشهد العقود الأخيرة كارثة كان لها مثل هذه الآثار الكاسحة، ويعني ذلك أنه ما من أحد الآن إلا وقد تعرَّض لقدر من إدارة الكوارث، أو سوء إدارتها، لأننا جميعا عانينا الجائحة وعواقبها.

رسم بياني: عدد الوفيات الناجمة عن جائحة كوفيد-19 (من 2020 إلى الآن) مقارنة بأشد الكوارث في القرن الحادي والعشرين حتى الآن.



المصدر: Dawood et al, 2012; ReliefWeb, no date; WHO, no date; EM-DAT, no date

ومن ناحية أخرى، لم يُعانِ الجميع بالدرجة نفسها. فقد أدت الجائحة في حالات كثيرة إلى تفاقم أوجه عدم الإنصاف وانعدام الثقة، سواء فيما بين البلدان أو داخلها. ومن المؤسف أن التدابير الصحية المتخذة لمكافحة الجائحة كان لها في بعض الأحيان تأثير مماثل، لا سيما عندما تجاهلت أو أعاقَت العمل المحلي والمجتمعي، بدلا من الاستفادة منه في تعزيز التأهب.

لم نكن متأهبين، وعلينا أن نتأهب

يُركّز هذا التقرير على التأهب من جهتين: كيف أن التأهب السابق لجائحة كوفيد-19 لم يكن كافياً، وكيف نستعد بفعالية أكبر لطوارئ الصحة العامة المستقبلية. ويجب علينا الآن تهيئة مجتمعاتنا لحالة الطوارئ الصحية العامة القادمة. وهذا التأهب يشمل الاستعداد للطوارئ، والتصدي لها، والتعافي منها. ولذلك فإن التأهب حقاً يعني الاستعداد للتصدي للطوارئ والتعافي منها وتعلم الدروس للاستفادة منها في المرة القادمة. أي أن التأهب عملية مستمرة لا تنتهي.

وكانت بلدان كثيرة غير مستعدة لمواجهة جائحة كوفيد-19. فلم يكن لدى بعضها خطة لمواجهة تفشي مرض بهذا الحجم. وهاوننت بلدان أخرى في الأركان الرئيسية للتأهب، فحُفِضَت، على سبيل المثال، عدد الأسرّة الاحتياطية في المستشفيات بحجة تحقيق الكفاءة. مما جعل أنظمة الرعاية الصحية غير قادرة على التعامل مع الزيادة المفاجئة في عدد المرضى بكوفيد-19. والأخطر من ذلك أن كثيراً من البلدان لم تكن تستثمر بالقدر الكافي في التأهب على الصعيد المحلي، ولم تكن قادرة على الاستفادة من التأهب المحلي الموجود. وأكثر البلدان نجاحاً في مكافحة تفشي مرض كوفيد-19 هي البلدان التي كانت قد أنشأت أنظمة رعاية صحية قادرة على الصمود وشبكات أمان اجتماعي، والتي كانت قد تعلمت الدرس من الفاشيات السابقة لفيروسات كورونا، مثل متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (سارس) في عام 2003. ولا يزال يتعين على هذه البلدان أن تتكيف، ولا تزال تواجه صعوبات في مكافحة الجائحة، ولكن كان لديها مَصَدٌّ افتقر إليه غيرها من البلدان.

وحتى وقت كتابة هذه السطور، لا تزال جميع البلدان في حالة خطيرة من عدم التأهب للفاشيات المستقبلية. وعلى الرغم من أن جائحة كوفيد-19 أظهرت للعالم أجمع أهمية التأهب، فإن البلدان ليست مستعدة لطائفة صحية عامة أخرى. فعلى سبيل المثال، أجرى مؤشر الأمن الصحي العالمي لعام 2021 تحليلاً شمل 195 بلداً بشأن ست فئات من التأهب لحالات الطوارئ الصحية، بما في ذلك الاكتشاف والاستجابة والمعايير المجتمعية. وخلص التحليل إلى عدم استعداد أي منها للأوبئة والجوائح المستقبلية (Bell and Nuzzo, 2021). وعلى مقياس للتأهب مُكوّن من 100 درجة، لم يسجل أي بلد منها أكثر من 80 درجة. والأسوأ من ذلك أن المتوسط العالمي كان 38.9 فقط، أي كما كان أو يكاد في تقييم عام 2019، وهو ما يدل على عدم حدوث تحسن فعلي في التأهب للطوارئ الصحية.

والتأهب الحقيقي يعني الاستعداد لأخطار متعددة، لا لخطر واحد. فمن أكبر مفاجآت جائحة كوفيد-19 أن كثيراً من البلدان التي كانت تبدو على استعداد جيد لتفشي أي مرض لاقت معاناة شديدة في مكافحة فيروس كورونا. ولا يقتصر الأمر على مسببات الأمراض، فالمجتمعات التي تكون على درجة جيدة من التأهب لفاشيات الأمراض، ولكنها تهمل الاستعداد للظواهر الجوية القاسية، ستظل مُعرّضة للخطر إذا ضربها إعصار. ولا يمكن للمجتمعات أن تصبح قادرة على الصمود إلا إذا وُضعت للكوارث أطر يمكنها التعامل مع شتى أنواع المخاطر التي قد تحدث في آن واحد.

وعلينا أن نبدأ في التأهب الآن، لأن الأخطار المُحدقة بعالمنا تزداد يوماً بعد يوم. ففي عام 2021، سُجِّلَت 378 كارثة -بخلاف فاشيات الأمراض- وهو أعلى من متوسط الأعوام العشرين الماضية البالغ 337 كارثة سنوياً. واضطر كثير من البلدان إلى التصدي لأخطار مثل الأعاصير والفيضانات إلى جانب مكافحة كوفيد-19 أيضاً. ويُعزى قدر كبير من زيادة الأخطار إلى تصاعد الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس. وإلى جانب ذلك، شهد القرن الحادي والعشرين موجة من فاشيات الأمراض، ولم يكن مرض كوفيد-19 سوى أحدها، وإن كان الأكبر. ويحتاج هذا العالم المُعرّض للأخطار المتزايدة إلى جهد عالمي لمساعدة المجتمعات المحلية على تطوير التأهب، للحد من عبء المعاناة والوفيات.



إيطاليا 2020 خلال إحدى المناوبات في سيارة إسعاف
الصليب الأحمر الإيطالي في فلورنسا © ميشيل سكويلانتيني

لا غنى للتأهب عن الثقة والإنصاف والعمل المحلي

لا يكون التأهب فعالاً إلا إذا استند إلى الثقة والإنصاف والعمل المحلي. وفي أعقاب جائحة كوفيد-19، سلّط كثير من التقارير والتحليلات الضوء على أهمية التأهب لفاشيات الأمراض المستقبلية، وللكوارث بوجه عام (انظر المقدمة). ولكن بعد استعراض هذه التقييمات العالمية (مثل 2021: Sachs et al, IPPPR) والدروس المستفادة داخل الاتحاد الدولي (مثل Johnston, 2022؛ الاتحاد الدولي، 2021)، وقفنا على ثلاثة عناصر رئيسية للتأهب تلقى إهمالاً كبيراً في توصيات التقارير الأخرى، رغم أنها ضرورية للنجاح. وهذه العناصر الثلاثة هي **الثقة والإنصاف والعمل المحلي**. ويسلط الاتحاد الدولي الضوء على أهمية الثقة والإنصاف والعمل المحلي طوال هذا التقرير. فهذه العناصر عوامل مشتركة بين توصياتنا. وقد علمتنا جائحة كوفيد-19، فضلاً عن التجربة الطويلة مع الأزمات الأخرى، أن إهمال هذه العوامل له تكاليف اجتماعية واقتصادية وبدنية ونفسية باهظة.

الثقة: التأهب يقتضي بناء الثقة. إن الثقة من أفضل المؤشرات على نجاح التصدي لأي حالة طوارئ. ومن الأهمية بمكان بناء الثقة في جميع المجتمعات في كل مرحلة من مراحل إدارة الكوارث - وأهمها مرحلة ما قبل حالة الطوارئ - وذلك أمر أوضحتها تماماً جائحة كوفيد-19. فحينما وثق الناس برسائل الصحة العامة، كانوا على استعداد للامتثال لتدابير الصحة العامة التي عزلتهم أحياناً عن أسرهم لعدة أشهر متصلة. من أجل إبطاء انتشار المرض وإنقاذ الأرواح (انظر الفصل 2). وكذلك ما كان ليتسنى تطعيم ملايين الناس في وقت قياسي لولا ثقة معظمهم بأن اللقاحات آمنة وفعالة. أو على الأقل أفضل من البديل. ولكن العكس صحيح أيضاً، فحينما تكون الثقة هشة أو منعدمة، تصطبغ الصحة العامة بصبغة سياسية وفردية. وقد تعلمنا من السنوات الماضية أن الجائحة قد اقتاتت على التوترات السياسية والاقتصادية والشخصية وأشعلت نارها، مما أضعف قدرتنا على التصدي للجائحة. وكذلك لن يفصح الناس - ولا سيما المستضعفون منهم مثل المهاجرين غير الحاملين للوثائق اللازمة - عن بياناتهم الشخصية للعاملين في المجال الإنساني إلا إذا كانوا على ثقة من التعامل مع تلك البيانات على نحو مسؤول.

الإنصاف: يجب أن يتضمن التأهب أحكاماً لتعزيز الإنصاف، لأن طوارئ الصحة العامة تقوى وتتفاقم بسبب أوجه عدم الإنصاف القائمة. وللأخطار الكبرى، مثل فاشيات الأمراض والظواهر المناخية القاسية، آثار غير منصفة إلى أبعد حد، ويتسبب ذلك في إلحاق معظم الضرر بالفقراء أو المحرومين أو غيرهم من المستضعفين. وكثيراً ما يتفاقم ذلك بسبب أطر التأهب غير المنصفة، التي تعجز عن مساعدة الذين هم في أمس الحاجة إلى العون. ويأتي ذلك النهج بنتائج عكسية في حالة وقوع أي جائحة، فما دام المرض ينتشر في فئة من السكان، فلا يزال بإمكانه العودة في شكل أشد عدوى أو خطورة. ولكن من المدمر للمجتمع أيضاً أن تترك بعض الفئات تعاني الآثار الطويلة الأجل الناجمة عن الكارثة. وإذا لم يكن المجتمع يساعد الجميع، فهو غير متأهب حقاً. ولذلك لا بد من تعزيز برامج الحماية الاجتماعية، ودعم الاحتواء، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

العمل المحلي: يجب أن يكون التأهب محلياً، لأن العمل على مستوى المجتمع المحلي عنصر أساسي في أي استجابة فعالة للأخطار. والجهات الفاعلة المحلية تكون دائماً في الصفوف الأمامية، ابتداءً من ترصّد الأمراض وصولاً إلى ملاجئ الزلازل، وهو ما يعني أنها في وضع يسمح لها بتحقيق تغيير حقيقي (انظر الفصل 2). وتُعَدّ الجهات الفاعلة المحلية، مثل متطوعي جمعياتنا الوطنية، جسراً يربط بين السلطات والمجتمعات المحلية، وباستطاعتها مراقبة عملية اتخاذ القرارات على جميع المستويات. ويستفيد العمل المحلي من الإجراءات والمعرفة الجماعية للمجتمع، فعلى سبيل المثال، غالباً ما يعرف الناس جيرانهم ويدركون أيهم أكثر استضعافاً. والعمل عن كثب مع المجتمعات المحلية يسمح أيضاً للمستجيبين بمعرفة الرغبات والاحتياجات الحقيقية لتلك المجتمعات، والوقوف على سبب تردددهم في الأخذ بالتدابير الصحية مثل التطعيم. وعلى النقيض من ذلك، قد يفشل الإجراء الحكومي الذي يُفرض من دون إشراك المجتمعات المحلية في الوصول إلى الفئات المهمشة أو تلبية الاحتياجات الخاصة لكل مجتمع. وهذا أمر مُدمر، لأن الأمراض تنتشر من أضعف حلقات السلسلة. ولذلك فإن الافتقار إلى الترصّد المجتمعي يسمح لها بإصابة مزيد من الناس. وبدلاً من ذلك، يستفيد العمل المحلي من روابط الثقة الموجودة بين الشركات والمنظمات والمجتمعات المحلية، وتجربة الاتحاد الدولي

مع المشاركة المجتمعية والمساءلة توضح الأهمية البالغة للعمل على المستوى المحلي. وكانت التدخلات المجتمعية في الغالب هي الأكثر فعالية خلال جائحة كوفيد-19.

والأخذ بالثقة والإنصاف والعمل المحلي سيُمكن المجتمع من التعامل على نحو أفضل مع ما يأتي به المستقبل من فاشيات الأمراض والأخطار الأخرى. وندناول في الفصول التالية ستة أنشطة رئيسية تسهم جميعها في بناء التأهب. وفيما يلي هذه الأنشطة:

1. تعزيز الوقاية والتأهب على الصعيد المحلي. نعلم من واقع تجربتنا أن البلدان التي كانت أكثر تأهباً لفاشيات الأمراض تعاملت مع جائحة كوفيد-19 على نحو أفضل. ورأينا أيضاً بلدانا تكابد التعامل مع طوارئ متعددة متداخلة، وتنجح في بعض الأحيان.

2. الاستفادة من أدوار وقدرات المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية عن طريق أنظمة صحية مجتمعية متكاملة. لم تحقق بلدان كثيرة أقصى استفادة ممكنة من قدرات الجهات الفاعلة المحلية. مثل العاملين في مجال الصحة المجتمعية. وهو ما يعوق التصدي لجائحة كوفيد-19. وقد حدث ذلك بسبب عدم دعم هذه الجهات الفاعلة المحلية أو عدم دمجها في النظام الصحي الأوسع نطاقاً. وكذلك لم يتحقق القدر الكافي من إشراك المجتمعات المحلية في تصميم البرامج. ولذلك لم تُلبَّ الاستجابات بالضرورة احتياجات تلك المجتمعات.

3. بناء آليات تضامن عالمية لضمان وصول منتجات الاستجابة للجائحة إلى جميع المجتمعات. فلم يتسنى لكثير من المجتمعات المحلية الحصول على ما يكفيها من منتجات الاستجابة للجائحة، مثل اللقاحات. وكان ذلك يُعزى في جانب منه إلى فشل التوزيع الدولي. وفي جانب آخر إلى الافتقار إلى القدرات في البرامج المحلية مثل المشاركة المجتمعية واللوجستيات. وقد تفاقم الوضع بسبب استمرار الفشل في تقديم مزيد من التمويل الإنساني إلى الجهات الفاعلة المحلية مباشرة.

4. حماية المجتمعات المحلية من الآثار الاجتماعية والاقتصادية لطوارئ الصحة العامة. لقد سارعت حكومات كثيرة إلى تعزيز أنظمة الحماية الاجتماعية لشمول مزيد من الناس وتقديم مساعدة أسرع وأكثر فعالية - غالباً في شكل تحويلات نقدية. ولكن بعض هذه الحكومات تتعامل الآن مع هذا الأمر على أنه إجراء مؤقت وتقلص جهودها، مما يترك الناس مرة أخرى دون حماية. أضف إلى ذلك أنه توجد عوائق كثيرة تحول دون حصول المجتمعات على الخدمات الأساسية.

5. جمع البيانات المحلية وتسخيرها لاتخاذ الإجراءات اللازمة. لقد شهدت الجائحة انتصاراً وفشلاً في آن واحد فيما يخص جمع البيانات وتحليلها واستخدامها. فقد جرى جمع البيانات الوبائية "التقليدية"، مثل بيانات تحديد الأنماط الجينية للفيروس، وتبادلها بسرعة ملحوظة. إلا أن الجائحة شهدت أيضاً فشلاً مستمراً في جمع بيانات اجتماعية واقتصادية أكثر وأفضل، من أجل تحسين فهم معتقدات الناس واحتياجاتهم ومواطن ضعفهم وقدراتهم.

6. تعزيز التأهب القانوني لطوارئ الصحة العامة. تهيئ الأطر القانونية ظروفاً مؤاتية لجميع الإجراءات الأخرى. إلا أن قوانين طوارئ الصحة العامة في كثير من البلدان قد عفا عليها الزمن، أو غير متأقلمة، أو لا تتماشى مع أطر الطوارئ الأخرى. وتوجد أيضاً ثغرات على الصعيد الدولي. وقد أسهم ذلك في استجابات فوضوية في بلدان كثيرة. فيجب تحديث قوانين الطوارئ الصحية العامة ومراجعتها، حتى يتسنى التعامل مع فاشيات الأمراض في المستقبل بفعالية أكبر.

وبناء على هذه النتائج، وضعنا مجموعة من التوصيات العامة.



بنغلاديش 2021 متطوع في جمعية الهلال الأحمر
البنغالي يساعد صبير حسين، وهو مريض يُشتبه
بإصابته بكوفيد-19 ويعاني من ضيق التنفس، في
مستشفى شات خيرا الجامعي. © مير حسين روني

عواقب القرارات السيئة وتوصيات لمعالجتها

لقد عالجت النتائج والتوصيات المُقدّمة في هذا التقرير ما نرى أنه ثغرات في الاستجابة لجائحة كوفيد-19 حتى الآن. ومع اقترابنا من مفاوضات بشأن اللوائح الصحية الدولية وبشأن اتفاق جديد عن الجوائح في جمعية الصحة العالمية، وإذ نلاحظ الاتجاه الذي تتخذه بعض السلطات المحلية داخل بلدانها، نرى أمورا تثير قلقا بالغا. وإذا تُركت هذه الأمور دون معالجة، فإنها قد تقودنا إما إلى تكرار أخطاء الماضي، وإما إلى تفاقم أوجه الإجحاف والتوترات القائمة.

وفي الأقسام الثلاثة التالية نتناول مخاوفنا الرئيسية بشأن الثقة والإنصاف والعمل المحلي - وكيفية تبديدها. ونقدم في الختام ثلاثة غايات قابلة للقياس للسنوات الثلاث المقبلة.

الثقة

إن **تدابير مكافحة الاجتماعية المفروضة من سلطة أعلى**، مثل فرض حالات الإغلاق وجوازات اللقاحات، عند تنفيذها من دون ثقة وشفافية، **تؤدي في الغالب إلى الاستقطاب وتُحدث مقاومة لتدابير الصحة العامة**.

وإن **التركيز الضيق على زيادة حملات التواصل ومكافحة المعلومات المضللة لن يبنى الثقة. بل قد يأتي بنتائج عكسية** في حالات الاضطراب السياسي والاجتماعي أو التمييز.

ولا يمكن بناء الثقة إلا عن طريق ما يلي:

- **القرب:** فالناس يثقون بمن يعرفون، مثل الجهات الفاعلة المحلية.
- **التثقيف:** فالناس يثقون بما يفهمونه، عن طريق برامج التثقيف الصحي.
- **الاستماع:** فالناس يثقون بمن يستمع إليهم ويعمل على تبديد مخاوفهم، مثل المتخصصين المُدرّبين على التواصل مع المجتمعات المحلية الذين يجمعون الآراء والملاحظات ويطلونها.
- **الحصول على الخدمات:** فالناس يثقون بمن يلبّي احتياجاتهم، ومنها احتياجاتهم الأساسية المتعلقة بالصحة والحماية الاجتماعية.
- **امتلاك زمام الأمور:** فالناس يثقون بالتدابير التي يشعرون بامتلاك زمامها ويؤخذ رأيهم فيها.

ولا يقل أهمية عن ذلك أن **بناء الثقة عملية لا يمكن أن تنتظر حتى تحدث أزمة**.

فنحتُ الحكومات على تعزيز ما يلي:

امتلاك المجتمعات المحلية لزمام خطط التأهب للطوارئ: تصميم وتنفيذ ورصد خطط التأهب التي تشمل المجتمع بأسره والحكومة بأكملها وتستفيد من قدرات ومعارف المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية للوقاية من فاشيات الأمراض وطوارئ الصحة العامة واكتشافها والتصدي لها في وقت مبكر.



الاستماع الفعال والمشاركة المجتمعية: وضع آليات مجدية ثنائية الاتجاه أو توسيع نطاقها لتسجيل مخاوف المجتمعات المحلية واحتياجاتها واقتراحاتها، وجمع تلك المخاوف والاحتياجات والاقتراحات وتحليلها بغرض تكييف تدابير الصحة العامة عندما يكون ذلك ممكناً وحسب الحاجة.



الحصول على الخدمات والتثقيف عن طريق أنظمة أقوى للصحة المجتمعية: الاستثمار في أنظمة الصحة المجتمعية أو تعزيزها، ويشمل ذلك جميع الجهات الفاعلة والبنى التحتية والخدمات التي تعزز صحة المجتمع، بدءاً من المعلومات والخدمات، وصولاً إلى التأهب للطوارئ والبرامج التي تعالج مُحدّثات الصحة. ويشمل ذلك أيضاً أنظمة المياه والصرف الصحي، ودعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي القوي.



الإنصاف

تطوير جانب الإمداد بالمنتجات اللازمة للاستجابة للجوائح، دون معالجة جانب الطلب، يُقوّض إتاحة هذه المنتجات للبلدان والمجتمعات المحلية وإقبالها عليها، ولا سيما المجتمعات المحلية الأكثر ضعفا والتي يصعب الوصول إليها.

فينبغي للمجتمع الدولي والسلطات المحلية تعزيز ما يلي:

القدرة المحلية على توزيع المنتجات اللازمة للاستجابة للجائحة، بما في ذلك توزيعها عن طريق الجهات الفاعلة المحلية: الاستثمار في القدرة المحلية على تخزين هذه المنتجات ونقلها وتوزيعها عن طريق تحسين التمويل والتدريب والإخطار المسبق والقوانين/ السياسات اللازمة لتيسير انتقال السلع وتوزيعها. ولمساهمات الجهات الفاعلة المحلية في هذه العملية أهمية حاسمة نظرا إلى قدرتها على الوصول إلى المناطق المعزولة والمهمشة، وإلى المناطق المتضررة من الكوارث والنزاعات.

التمويل الإنساني الأكثر مرونة وقابلية للتنبؤ به: إذا كانت القدرات الحكومية تحتاج إلى أن تستكملها المنظمات الإنسانية الدولية أو الجهات الفاعلة المحلية المعترف بها، فينبغي إصلاح التمويل الإنساني لجعله أكثر إنصافا ومرونة وقابلية للتنبؤ به وزيادة إتاحتها للجهات الفاعلة المحلية.

ثقة المجتمعات المحلية واهتمامها بالمنتجات اللازمة للاستجابة للجائحة: ينبغي الاستثمار في برامج المشاركة المجتمعية الهادفة لتعزيز إقبال المجتمع المحلي على هذه المنتجات. وينبغي أن تُستكمل هذه البرامج بمعلومات شفافة عن توقيت التوزيع وطريقته وموقعه، وكذلك عن اختيار المنتج.

التوزيع العادل والمنصف لمخاطر التعويض والمسؤولية، ويشمل ذلك المنظمات الإنسانية، والقيود المفروضة على المدة التي يمكن خلالها إعفاء الشركات المصنعة من شراء تأمين التعويض والمسؤولية من أجل المنتجات الجديدة.

تطوير وإنتاج المنتجات اللازمة للاستجابة للجائحة على أن تكون أقل تكلفة وأسهل في التخزين والإدارة وبالفعالية نفسها. فهذه المنتجات اللازمة للاستجابة للجائحة ضرورية للبلدان التي لا تملك القدرة على شراء أو تخزين أو إدارة منتجات أكثر تكلفة وتعقيدا.



قصر المناقشات المتعلقة بالإنصاف على مسألة الحصول العادل على المنتجات اللازمة للاستجابة للجائحة
ينم عن قصر النظر. فتوجد كثير من التدابير الملموسة والحاسمة الأخرى التي يمكن أن تساعد على معالجة أوجه عدم الإنصاف في التأهب للجوائح، عن طريق معالجة دوافع فاشيات الأمراض وأثارها المتباينة.

فينبغي للمجتمع الدولي والسلطات المحلية تعزيز ما يلي:

الإنصاف في الوصول إلى المعلومات. ويشمل ذلك الالتزامات المحلية بإنشاء أنظمة الإنذار المبكر/ العمل المبكر من أجل السكان.



الإنصاف في الحصول على الخدمات المحلية المتعلقة بالصحة والحماية الاجتماعية. ويجب أن يشمل ذلك: ضمان الحق في التدابير الصحية الأساسية لمكافحة الأمراض وفي شبكات الأمان الاجتماعي، بغض النظر عن الوضع القانوني؛ وتعزيز أنظمة الحماية الاجتماعية قبل وقوع الأزمة، بما في ذلك عن طريق التقييمات المشتركة لمواطني الضعف؛ وزيادة فرص الحصول على الخدمات الصحية المحلية عن طريق أنظمة الصحة المجتمعية.



الإنصاف في الحصول على المساعدة الإنسانية بناء على الاحتياجات. وينبغي أن يشمل ذلك الحد من استخدام التمويل الإنساني المُخصَّص، وذلك من أجل السماح بتقديم مساعدة أكثر مرونة وقائمة على الاحتياجات في شتى البلدان وفي أوقات مختلفة. ولا غنى عن هذه المرونة بسبب التباينات الكبيرة في كيفية تطور فاشيات الأمراض.



زيادة التركيز على الوقاية من الأخطار المتعددة (الأولية والثانوية والثالثة) والتأهب لها. سيساعد ذلك على تخفيف أو تفادي آثار الأوبئة والجوائح على الفئات الأكثر استضعافاً. وسيُعالج أيضاً احتمالية تفاقم الصدمات والضغط، مثل الصدمات الاقتصادية أو الاجتماعية، والزلازل، والظواهر المتعلقة بالطقس والمناخ، والنزاعات.



العمل المحلي

رغم أن السلطات المحلية ستكون دائما المسؤول الأول عن إدارة طوارئ الصحة العامة، فإن **نُهج المفردة في الطابع المركزي والطبي المُتبعة في الوقاية من الأوبئة والتأهب والاستجابة لها لا يمكنها معالجة التعقيدات المحلية لإدارة الطوارئ**. وتشمل هذه التعقيدات: شتى عوامل الخطر ودوافع المرض، وآثار المرض الاجتماعية والاقتصادية والبدنية/ النفسية التي لا يمكن التنبؤ بها، ومواقف الناس من تدابير الصحة العامة والخطر.

أضف إلى ذلك أن **عدم إشراك الجهات الفاعلة الأخرى، وعدم الاستفادة من المعارف والقدرات المحلية ودعمها قد يؤدي بسرعة إلى تحميل الأنظمة والخدمات الحكومية فوق طاقتها**.

ويمكن للسلطات المحلية أن تعالج ذلك عن طريق ما يلي:

الاعتراف بالجهات الفاعلة المحلية وإدماج تلك الجهات المعترف بها والمُدرّبة في الأنظمة المحلية للطوارئ والصحة؛ ويشمل ذلك تصميم وتنفيذ ورصد الأطر القانونية والخطط المحلية للتأهب للطوارئ المتعددة الأخطار. والاعتراف بمساهماتها في تعزيز الأنظمة الصحية، ولا سيما أنظمة الصحة المجتمعية (نشير في هذه الحالة إلى نُهج مثل تحويل المهام - أي تحويل المهام غير الطبية ولكنها متعلقة بالصحة إلى الجهات الفاعلة المحلية المُدرّبة).



إمداد الجهات الفاعلة المحلية المُدرّبة والمعترف بها بالتسهيلات والضمانات القانونية التي ستحتاج إليها لأداء مهامها؛ ويشمل ذلك منحها أولوية الحصول على معدات الحماية الشخصية ومنتجات الاستجابة للجائحة، وإعفاءات من قيود انتقال السلع والأشخاص حسب ما تقتضيه الصحة العامة، فضلا عما تحتاج إليه من تدريب وإشراف ودعم مالي لاستيفاء معايير الجودة والمعيشة والسلامة.



التعاون مع المجتمعات المحلية على تصميم وتنفيذ ورصد الخطط المحلية للتأهب للطوارئ من أجل الوقاية والعمل المبكر والاستجابة.



أهداف قابلة للقياس للسنوات الثلاث القادمة

قد تكون الجائحة القادمة قاب قوسين أو أدنى: فإذا لم تجعلنا تجربة كوفيد-19 نسرع الخطى نحو التأهب، فما الذي سيجعلنا نقوم بذلك؟

1

بحلول نهاية عام 2023: ينبغي أن تكون جميع البلدان **قد حدّثت خطط التأهب للجوائح**، وينبغي أن تكون قد استعرضت التشريعات المعنية لمعرفة هل تلك التشريعات تحتاج أيضا إلى التحديث أم لا.

• ينبغي أن تتضمن الخطط **تدابير مُحدّدة** لتعزيز الإنصاف والثقة والعمل المحلي.

• ينبغي أيضا لعمليات استعراض التشريعات أن تراعي أمورا منها **الحاجة إلى اتباع نهج شامل** في التصدي للآزمات، ووضوح الأدوار والمسؤوليات، واحتياج الجهات الفاعلة المحلية المُعترف بها إلى معدات الحماية الشخصية وإعفاءات مناسبة من القيود المفروضة على التنقل.

2

بحلول عام 2024: **اعتماد معاهدة جديدة ولوائح صحية دولية منقحة** تتضمنان التزامات مُحدّدة وقابلة للقياس من أجل ما يلي: تعزيز الإنصاف والثقة.

• **تعزيز الإنصاف والثقة.**

• **تحسين** الحوكمة القانونية للجوائح على الصعيدين المحلي والدولي.

• **الاستثمار في** مجموعة الخدمات والمدخلات التي يمكن أن تقدمها المجتمعات و/أو الجهات الفاعلة المحلية المُعترف بها، **ودعم** تلك الخدمات والمدخلات.

3

بحلول عام 2025: **زيادة التمويل الصحي المحلي بنسبة 1% من الناتج المحلي الإجمالي، وزيادة التمويل الصحي العالمي بما لا يقل عن 15 مليار دولار أمريكي سنويا** (G20, 2021): منظمة الصحة العالمية، (2019).

• إن التمويل العالمي لكل من الصحة العامة والعمل الإنساني يجب أن تتدفق منه نسبة أكبر كثيرا إلى **المستوى المحلي والمجمعي**.

• وينبغي أن يكون التمويل العالمي **أكثر مرونة وقابلية للتنبؤ به** للسماح باتخاذ إجراءات أكثر فعالية وقائمة على الاحتياجات.

- Bell JA and Nuzzo JB (2021) Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis. Nuclear Threat Initiative. https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/2021/12/_GHSIndexFullReport_Final.pdf
- Dawood FS et al (2012) Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. The Lancet Infectious Diseases, 12(9), pp. 687-95. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70121-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70121-4)
- EM-DAT (International Disaster Database) (no date). Home. <https://emdat.be/>
- Gopinath G (2022) A Disrupted Global Recovery. IMF Blog, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/blog-a-disrupted-global-recovery>
- G20 (2021) A Global Deal for Our Pandemic Age: Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response. G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response. <https://pandemic-financing.org/report/>
- الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2021). القانون والتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها: الدروس المستخلصة من جائحة كوفيد-19: <https://disasterlaw.ifrc.org/ar/media/3010>
- IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) COVID-19: Make it the Last Pandemic. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>
- Johnston A (2022) Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response. IFRC. Available on request.
- ReliefWeb (no date) South Asia: Earthquake and Tsunami - Dec 2004 (TS-2004000147--IDN). <https://reliefweb.int/disaster/ts-2004000147--idn>
- Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. The Lancet Commissions, 400(10359), pp. 1224-80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)
- منظمة الصحة العالمية (2019). يجب على البلدان أن تزيد نسبة استثماراتها بما لا يقل عن 1% من إجمالي ناتجها المحلي لتوفير الرعاية الصحية الأولية من أجل سد الفجوات الصارخة التي تتخللها إلى الأبد. <https://www.who.int/ar/news/item/23-01-1441-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>
- WHO (no date) WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>



الهند، 2021 أناس يراعون شروط التباعد الاجتماعي أثناء انتظارهم في طابور على طريق جبلي في ماهاباليشوار لتلقي جرعة لقاح كوفيد-19 في مستشفى ريفي. بالتنسيق مع سلطات المقاطعة، أنشأ الصليب الأحمر مرفقين للحجر الصحي في المنطقة. © بانكاج نانجيا

مقدمة

الكارثة الأسوأ منذ أكثر من 70 عامًا

تتعايش الإنسانية مع وباء كوفيد-19 منذ كانون الأول/ديسمبر 2019، عندما رُصد للمرة الأولى فيروس كورونا المستجد المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة. وقد خلف الوباء تأثيرًا كارثيًا على حياة الناس وعلى الصحة والاقتصاد على المدى الطويل.

اعتبارًا من تشرين الأول/أكتوبر 2022، سُجِّل أكثر من 618 مليون إصابة بالمرض وبلغ عدد الوفيات المؤكدة 6.5 مليون شخص (WHO, no date). وتوقع على الأرجح الأعداد الفعلية الأرقام المذكورة، ولكن لا يمكن معرفة العدد الدقيق. بلغت حصيلة الوفيات الرسمية في عام 2020 أكثر من 1.8 مليون ضحية، ولكن أشارت بعض التقديرات التي أخذت في الحسبان الحالات المرجحة غير المبلَّغ عنها إلى 3 ملايين حالة وفاة (WHO, 2022). ونظرًا إلى عدد سكان العالم الذي يبلغ حاليًا 8 مليارات نسمة (UN DESA, 2022a)، يصح القول إن **شخصًا واحدًا قضى من بين كل 1000 شخص تقريبًا**. تناولت دراسة نُشرت في تشرين الأول/أكتوبر 2022 تأثير الجائحة على متوسط العمر المتوقع في 20 دولة، وخلصت إلى أن وباء كوفيد-19 شكّل «صدمة الوفيات العالمية الأشد منذ الحرب العالمية الثانية» (Schöley et al, 2022).

شملت أيضًا تأثيرات وباء كوفيد-19 خسائر كارثية في صناعات واقتصادات بأكملها ومفاومة التفاوتات الاجتماعية الاقتصادية. وأفاد البنك الدولي عن «تقلص النشاط الاقتصادي في 90 في المئة من البلدان، وانكماش الاقتصاد العالمي بنحو 3 في المئة، وازدياد الفقر العالمي للمرة الأولى منذ جيل» (World Bank, 2022) في عام 2020. وبحلول كانون الثاني/يناير 2021، شهد اقتصاد كل بلد تقريبًا ركودًا (Jones et al, 2021) وقدّر صندوق النقد الدولي أن يتكبد الاقتصاد العالمي من جزاء الجائحة 13.8 تريليون دولار بحلول نهاية عام 2024 (Gopinath, 2022). وشهدت الاقتصادات الناشئة والسكان المحرومون الآثار الاقتصادية الأشد حدة وارتفع نتيجة ذلك عدم المساواة داخل البلدان وفي ما بينها (World Bank, 2022).

بالإضافة إلى ذلك، أثّرت الجائحة في جوانب متعددة من المجتمع. فقد تعطل التعليم واضطرت المدارس إلى الإقفال لأشهر، وازداد العنف ضد النساء والأطفال، وتأثرت الصحة النفسية لدى الكثيرين، وانتشرت العزلة الاجتماعية على نطاق واسع. وتشمل هذه التأثيرات غير المباشرة تأخيرًا في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (UN DESA, 2022b).

فاقمت تأثيرات وباء كوفيد-19 مجموعة من الأخطار الأخرى، أو تفاقمت بسببها. لقد استمرت الأعاصير وموجات الجفاف والتهديدات الصحية الأخرى والصراعات بكامل قوتها منذ ظهور وباء كوفيد-19، ولكن الجائحة طغت عليها غالبًا. في عام 2020، تسببت العاصفة أليكس بفيضانات شديدة في منطقة البحر الأبيض المتوسط (BBC News, 2020)، في حين قضى غزو الجراد المستمر على المحاصيل في شرق أفريقيا وشبه الجزيرة العربية وشبه القارة الهندية (FAO, no date). وضرب الإعصار غريس المكسيك في آب/أغسطس 2021 (Reinhart et al, 2022) وتبعه بعد بضعة أسابيع إعصار إيدا الذي بلغ اليابسة في لويزيانا وتسبب بأضرار جسيمة لم تفقها إلا أضرار إعصار كاترينا في عام 2005 (Beven et al, 2022). وفي 15 كانون الثاني/يناير 2022، ثار بركان هونغا تونغ - هونغا هاياي بشكل عنيف في مملكة تونغتا وتسبب بأضرار جسيمة واسعة النطاق وبأمواج تسونامي في المحيط الهادئ (BBC News, 2022).

نتيجة ذلك، حاولت المجتمعات في أحيان كثيرة الاستجابة لحالات الطوارئ والتعامل في الوقت عينه مع تهديد فيروس كورونا المستمر. تسبب الأزمات المتعددة والمتداخلة ضررًا أكبر، إذ تمارس مثلًا ضغوطًا متزايدة على الخدمات العامة، ومن بينها النظم الصحية. في خلال الجائحة، عجز غالبًا أول المستجيبين عن بلوغ مناطق معينة بسبب القيود المفروضة

على التنقل. وينفق غالبًا الناس مدخراتهم للتعافي من الصدمة الأولى، فلا يترك لهم ذلك هامشًا للتصرف عندما تضرب صدمة أخرى. تفرض الكوارث على غرار الفيضانات ظروفًا غير صحية تساهم في انتشار مسببات الأمراض. شكّل وباء كوفيد-19 كارثة استثنائية من بين كوارث أخرى كثيرة.

أين تكمن المشكلة: مراجعة التقارير السابقة

تفشى وباء كوفيد-19 في القرن الواحد والعشرين، في مجتمع معولم تتوفر له موارد ما كان ليتصورها قبل قرن عندما تفشت جائحة الإنفلونزا في عام 1918. وعلى الرغم من معرفتنا وتقنياتنا وثرواتنا، لم تكن البشرية مستعدة للاستجابة بسرعة أو بكفاءة لهذه الطوارئ الصحية العامة، ولم تكن مستعدين للتعامل مع الأزمات المتعددة المتداخلة التي فاقمت آثار الجائحة.

تناولت تقارير متعددة استجابتنا لوباء كوفيد-19 وكيف تأثرت بتأهبنا (أو غيابها) لمكافحة تفشي الأمراض. تقدم هذه الدراسات معلومات وافرة حول الطرق التي استعدت بها الحكومات والمجتمع الدولي لمواجهة الطوارئ الصحية. سواء أكانت هذه الاستعدادات فعالة أم غير مكتملة أم سيئة من حيث الاستهداف. ويتوفر أيضًا كم هائل من البيانات حول أداء النظم الصحية والخدمات العامة الأخرى في أثناء الجائحة. سنستعرض في هذا القسم بعض التقارير الرئيسية ونتائجها. أما في القسم التالي، فسنشرح ما يميز التقرير عن الكوارث في العالم لعام 2022.

توفر لجنة لانسيت بشأن كوفيد-19 لمحة عامة قيّمة عن الدروس المستفادة من الجائحة في تقريرها المنشور في أيلول/سبتمبر 2022 (Sachs et al, 2022) وتصف فيه اللجنة حصيلة الوفيات بأنه «فشل عالمي كبير» وتحدد 10 أمثلة على تعثر التعاون الدولي شملت إخفاقات متعددة في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005). حصل عدد من الثغرات في الاستجابة في أولى مراحل الجائحة وتبلورت ببطء الإجراءات أو تأخرها.

يشير الفريق المستقل المعني بالتأهب والاستجابة للجائحة إلى نقاط مماثلة في تقريره الرئيسي (IPPPR, 2021) ويركز أيضًا على مراحل الجائحة المبكرة ويفيد أن الاحتواء السريع للتفشي الأولي كان ممكنًا لولا سلسلة من الأخطاء. أولاً، لم تؤخذ التحذيرات المتعددة من جائحة ستواجه العالم على محمل الجد ولم يحظ التأهب بالتمويل الكافي ولم تقم البلدان باختبارات الإجهاد اللازمة. ثانيًا، عندما حُدّ التفشي الأولي لوباء كوفيد-19 وأعلن حالة طوارئ صحية عامة تسبب قلقًا دوليًا، اتبع عدد كبير من البلدان نهج «الانتظار والترقب» بدلًا من التصرف سريعًا لاحتواء الفيروس ومنع حدوث جائحة. ثالثًا، سُمح للتوترات الدولية بتقويض القيادة العالمية. رابعًا، اتسم تمويل الاستجابة ببطء شديد عانت بلدان كثيرة نتيجة من نقص في المعدات الأساسية مثل عدة الاختبار التشخيصي. أخيرًا، أدّت الجائحة إلى تعميق التفاوت نظرًا لعدم اعتماد نهج المجتمع بأكمله: فقد شعرت النساء والفئات الضعيفة والمهمشة مثل المهاجرين واللاجئين بآثار غير متناسبة. وكذلك الأطفال الذين تعطل تعليمهم أو توقف.

تناولت تقارير متعاقبة صدرت عن المجلس العالمي لرصد التأهب، بالتفصيل، موضوع عدم التأهب. نُشر تقرير عام 2019 قبل أشهر قليلة من رصد تفشي وباء كوفيد-19 وحذّر من «تهديد شديد بحصول وباء أو جائحة عالمية كارثية» (GPMB, 2019). وفي السنة التالية، خلص المجلس إلى أن جائحة كوفيد-19 «كشفت عن فشل جماعي في أخذ الوقاية من الجائحة والتأهب والاستجابة لها على محمل الجد». وانطوت نتيجة رئيسية على فشلنا في فهم التأهب فهمًا كاملًا، وتجلّى ذلك في عجز مؤشرات التأهب المستخدمة على نطاق واسع، مثل مؤشر الأمن الصحي العالمي، على التنبؤ بقدرة البلد على التحكم في انتشار الفيروس. وأثبت بالتالي سوء تصميم هذه المؤشرات (GPMB, 2020).

أخيرًا، حدد أحدث تقرير للمجلس النظام الدولي المعطل كمساهم رئيسي في حدة الجائحة (GPMB, 2021)، ولكنه لم يتناول بالتفاصيل الإجراءات المتخذة على المستوى المحلي والمجتمعي.

يُعد التأهب القانوني من ركائز التأهب الأساسية، إذ ترفع القوانين والسياسات كل جانب من جوانب الوقاية من الطوارئ والتأهب والاستجابة لها والتعافي منها، من خلال تكليف الجهات الفاعلة الرئيسية بمسؤوليات محددة مثلًا، ويجب مراجعة هذه القوانين والسياسات وتحديثها بانتظام. أظهر تقريران من عام 2021 محدودية التأهب القانوني لوباء كوفيد-19.

راجعت لجنة تابعة لمنظمة الصحة العالمية الامتثال للوائح الصحية الدولية (2005) التي حددت مسؤوليات البلدان في أثناء حالات الطوارئ الصحية (WHO, 2021). ووجدت اللجنة أن دولًا كثيرة لم تمثل تمامًا لمسؤولياتها التي حددتها اللوائح الصحية الدولية وأن هذا الواقع ساهم في تحول وباء كوفيد-19 إلى جائحة. وأفادت عن ضرورة توكيل أعلى مستويات الحكومة بمسؤولية تنفيذ اللوائح الصحية الدولية وعن الحاجة إلى «آلية مساءلة فعالة». بالإضافة إلى ذلك، حدد التقرير أوجه قصور معينة في نظم الإنذار والاستجابات المبكرة ودعا إلى تمويل مستدام وقابل للتنبؤ.

في غضون ذلك، قارب الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر المسألة من منظور مختلف وراجع أكثر من 130 قانون طوارئ مختلف من جميع أنحاء العالم (IFRC, 2021). وجد المتخصصون في قانون الكوارث لدى الاتحاد الدولي أن عددًا كبيرًا من البلدان يعتمد قوانين وسياسات قديمة جدًا ترفع الطوارئ الصحية. لم يشهد بعضها أي تعديل منذ أواخر القرن التاسع عشر أو أوائل القرن العشرين، أو لم يغط إلا أمراضًا محددة، أو افتقر إلى أحكام تتعلق بالتكنولوجيا والمجتمعات الحديثة. ولم يكن بعضها الآخر شاملاً بما يكفي للتصدي لجائحة معقدة مثل كوفيد-19 أو تعارض مع أطر الطوارئ الأخرى. واضرت نتيجة ذلك بلدان كثيرة إلى سن قوانين جديدة على عجل، ما أسفر عن ارتكاب أخطاء وحالات إغفال خطيرة.

ونظرًا لغياب التأهب بشكل عام، خلّفت جائحة كوفيد-19 أثارًا شديدة وواسعة الانتشار. ولا تقتصر هذه الآثار على الصحة، بل تطل أيضًا البعد الاجتماعي الاقتصادي. وأدت الجائحة، على وجه الخصوص، إلى اتساع نطاق التفاوتات وألحقت الضرر الأشد بالمستبعدين أو المهمشين.

وهذا ما لفت إليه أيضًا تقرير للأمم المتحدة حول تأثير الجائحة على المساواة بين الجنسين (Azcona et al, 2020). ويوثق التقرير الزيادة في معدلات الفقر المدقع، وفقدان العمل، والأضرار التي لحقت بالصحة، وزيادة أعباء الرعاية غير المدفوعة الأجر، وزيادة خطر العنف. يركز التقرير عن الكوارث في العالم لعام 2022 على هذه العناصر من خلال جمع الأدلة على التأثيرات الاجتماعية الاقتصادية المتعددة على فئات متعددة.

على نحو مماثل، أشار تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2020-22 الصادر عن مكتب العمل الدولي إلى فجوات وتفاوتات متعددة في توفير الحماية الاجتماعية. وخلص إلى أن في عام 2020، حظي فعليًا 46.9 فقط من سكان العالم بتغطية يوفرها نوع واحد على الأقل من مزايا الحماية الاجتماعية (ILO, 2021).

في هذا السياق، حاولت المنظمات الإنسانية التخفيف من آثار الجائحة ولكنها واجهت صعوبات كبيرة. وخلص تقرير شاركت في إعداده لجنة الإنقاذ الدولية ومبادرات التنمية إلى عدم كفاية التمويل والتقارير (IRC and Development Initiatives, 2021). وعلى نحو مماثل، أفادت مبادرات التنمية أن إجمالي تمويل المساعدات الإنسانية العالمية لم يتغير منذ عام 2018. على الرغم من الزيادة الحادة في الاحتياجات منذ عام 2020 بسبب وباء كوفيد-19 (Development Initiatives, 2022).

تكرر الدروس المستفادة من وباء كوفيد-19 وترتكز على الدروس المستفادة من الأوبئة الأخيرة مثل زيكا والإيبولا. في حالة وباء زيكا، تطلبت الاستجابات الناجحة دعمًا نفسيًا ونفسيًا اجتماعيًا مكثفًا ومعقدًا، والإبلاغ بحذر شديد عن مخاطر الصحة الجنسية والإنجابية، ونهجًا محليًا مكثفًا تجاه الرعاية والدعم ولا سيما للنساء الحوامل. على سبيل المثال، سخرت كوبا المشاركة المجتمعية النشطة للمساعدة في السيطرة على تفشي المرض (Castro et al, 2017). وفي الوقت عينه، سلّط وباء الإيبولا الضوء على أهمية تتبع المخالطين، والإبلاغ عن المخاطر، وتولي الجهات الفاعلة المحلية دفن الموتى بطريقة آمنة وكريمة. وأوضح أيضًا مخاطر النهج العسكرية من أعلى المستويات إلى أدناها في مكافحة الأوبئة في منطقة تضررت سابقًا من النزاع، وردود الفعل السلبية وأعمال العنف التي أدت إليها. وسلّط استعراض عام 2020 لحالات تفشي

فيروس إيبولا في أفريقيا الضوء على أهمية معالجة العوامل الاجتماعية الاقتصادية والثقافية من أجل تحقيق التقدم (Rugarabamu et al, 2020).

في خلال جائحة كوفيد-19، تعززت هذه العناصر وازدادت تعقيدًا بسبب النطاق العالمي لحالة الطوارئ والقيود الكثيرة التي فُرضت على التنقل. ومع ذلك، كانت الدروس مماثلة، وازداد فهم الجهات الفاعلة مثل شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر لهذه الدروس الأساسية. وانطوت المشكلة على غياب الذاكرة المؤسسية والنظامية على المستوى العالمي: لم تُنقل الدروس بشكل كافٍ ولم تُطبّق على الصعيد العملي. تشكل أيضًا أزمة الجائحة فرصة للتعلم والتطور. فهل ننتهزها؟

أخيرًا، تناولت تقارير أخرى وباء كوفيد-19 من سياق الحد من مخاطر الكوارث والتنمية المستدامة، الأوسع نطاقًا (World Ban k, 2021). وأفاد المنبر الحكومي الدولي المعني بالتنوع البيولوجي وخدمات النظم الإيكولوجية أن الجائحة قد سلّطت الضوء على «الترايط الأساسي بين صحة الإنسان والتنوع البيولوجي وتغير المناخ» (IPBES, 2020). وفي السياق عينه، نشرت الأمم المتحدة تقرير تقييم حول الحد من مخاطر الكوارث، يضيء على الطبيعة النظامية للمخاطر (UNDRR, 2022). ولفت التقرير السابق عن الكوارث في العالم (IFRC, 2020) ومؤخرًا التقرير السادس للهيئة الحكومية الدولية المعنية بتغير المناخ (IPCC, 2022) إلى التهديدات المتزايدة دائمًا التي يشكلها تغير المناخ. وأخيرًا، ينبغي إدماج جهود التأهب للطوارئ الصحية المستقبلية في الجهود التي نبذلها لتحسين الاستدامة، كما تشير إليها أهداف التنمية المستدامة (UN DESA, 2022b).

ما أغفل عنه النقاش

تتوافق تحاليل الجائحة التي قام بها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وتأهبننا لها، إلى حد كبير مع هذه التقارير. لقد أُعيقَت بالفعل الاستجابة لوباء كوفيد-19 بسبب:

- غياب القدرة على التأهب لطوارئ الصحة العامة.
- القصور في النُظم الصحية.
- عدم التأهب للتأثيرات الاجتماعية الاقتصادية التي تخلفها طوارئ الصحة العامة.
- غياب التعاون المتعدد الأطراف، لا سيما في مجال تطوير منتجات الاستجابة للجائحة وإنتاجها وتوزيعها.

غير أن بعض جوانب التأهب الرئيسية لم تحظَ بالاهتمام الكافي ونؤكد عليها بالتالي في التقرير عن الكوارث في العالم لعام 2022، ولا سيما الحاجة إلى **نُظم التأهب المحلية** الفعالة والشاملة للوقاية من الطوارئ الصحية ورصدها والاستجابة لها.

كثر الحديث عن غياب التأهب على المستوى الوطني، ولكن لم يعالج عدد يُذكر من التقارير بشكل منهجي البعد المحلي والمجتمعي للتأهب وأهمية الاستفادة من المهارات والمعارف والمخاوف المحلية عند بناء نُظم التأهب المحلية والعالمية. تأسس الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في أعقاب جائحة الإنفلونزا في عام 1918، وامتدت هذه المنظمة الإنسانية عالميًا وعملت محليًا في 192 دولة. ورأت من هذا المنطلق حاجة ملحة إلى معالجة هذا البعد.

التأهب الفعال وعناصره الرئيسية

أثبت وباء كوفيد-19، على غرار الأزمات التي سبقتة، أن التأهب الفعال، ومن ضمنه التأهب المجتمعي، يعتمد على **الثقة والإنصاف والإجراءات المحلية**. أولًا، تشكل الثقة أساس الاستجابات الناجحة على مستويات المجتمع كافة، من امتثال الأفراد لتدابير الصحة العامة إلى نُظم التمويل الدولية. ويكمن النُبا السار في إمكانية تعزيزها عن طريق نُظم التأهب الفعالة والشاملة. بالإضافة إلى ذلك، يساعد التأهب الفعال حقًا في معالجة التفاوتات من خلال تعزيز الحماية وآليات التنسيق ووصول الأشخاص المستبعدين غالبًا إلى الخدمات. وتضمن الإجراءات المحلية حصول المجتمعات على خدمات صحية عالية الجودة يمكنها الوصول إليها وتفهمها وثق بها، وتضمن إشراكها بشكل كامل في التأهب والاستجابة. وتتضمن الاستجابة القدرة على المشاركة في وضع الإجراءات المضادة للصحة وتقديم التراء والتعليقات للتصرف بناءً عليها.

لا تتجاهل النقاشات السياسية هذه المفاهيم تمامًا، ولكنها تغفل عن بعض الجوانب الرئيسية. لا تركز النقاشات بشكل كافٍ على ما هو مطلوب لبناء الثقة: ليس زيادة التواصل من جانب النُظم الصحية والحكومات فحسب، بل التواصل الفعلي في الاتجاهين مع المجتمعات أيضًا. ويقتصر تركيز النقاشات المتعلقة بالإنصاف على الوصول إلى اللقاحات وغيرها من منتجات الاستجابة للجوائح، وتتجاهل الوصول إلى الخدمات الأخرى مثل الحماية الاجتماعية. وأخيرًا، يغيب الفهم الكافي للأدوار الرئيسية التي قد تلعبها الجهات الفاعلة المحلية في حالات الطوارئ الصحية وأنواع الدعم التي تحتاج إليها للعب هذه الأدوار.

بدأت بعض البلدان بإعادة النظر في أطرها السياسية والقانونية للوقاية من الجوائح والتأهب والاستجابة لها، وينبغي أن تحذو حذوها الدول الأخرى لضمان عدم تكرار تجربة وباء كوفيد والكوارث الأخرى. يستعرض هذا التقرير توصيات الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بشأن هذه العمليات، ويرتكز على أصوات وخبرات أكثر من 15 مليون متطوع في الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وأصوات وخبرات المجتمعات التي يعملون معها ويعيشون فيها.

Azcona G et al (2020) **From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19**. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19/09/publications/2020>

BBC News (2020) **Storm Alex: Floods and landslides hit France and Italy**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-54402096>

BBC News (2022) **Tonga volcano: Eruption more powerful than atomic bomb, Nasa says**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60106981>

Beven JL et al (2022) **National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Ida (AL092021) 26 August - 1 September 2021**. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL092021_Ida.pdf

Castro M et al (2017) Why Did Zika Not Explode in Cuba? The Role of Active Community Participation to Sustain Control of Vector-Borne Diseases. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 97(2), pp. 311-2. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16>

Development Initiatives (2022) **Global Humanitarian Assistance Report 2022**. <https://devinit.org/resources/global-/humanitarian-assistance-report-2022>

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) (no date) **Desert Locust upsurge (2019-2021)**. <https://www.fao.org/ag/locusts/en/info/2094/index.html>

Gopinath G (2022) **A Disrupted Global Recovery**. International Monetary Fund Blog, 25 January 2022. <https://www.blog-a-disrupted-global-recovery/25/01/imf.org/en/Blogs/Articles/2022>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2019) **A World at Risk: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2019**. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2019>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2020) **A World in Disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020**. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2021) **From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021**. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

IFRC (2020) **World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together**. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (2021) **Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic**. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

International Labour Organization (2021) **World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future**. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_817572/lang--en/index.htm

IPBES (Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) (2020) **Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services**. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4147317>

IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change) (2022) **Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change**. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) **COVID-19: Make it the Last Pandemic**. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) and Development Initiatives (2021) **Tracking the Global Humanitarian Response to COVID-19**. <https://www.rescue.org/report/tracking-global-humanitarian-response-covid-19>

Jones L et al (2021) **Coronavirus: How the pandemic has changed the world economy**. BBC News. <https://www.bbc.co.uk/news/business-51706225>

Reinhart BJ et al (2022) National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Grace (AL072021) 13-21 August 2021. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL072021_Grace.pdf

Rugarabamu S et al (2020) Forty-two years of responding to Ebola virus outbreaks in Sub-Saharan Africa: a review. **001955-BMJ Global Health**, 5, e001955. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. **The Lancet** 9-01585(22)6736-Commissions, 400(10359), 1224-80. <https://doi.org/10.1016/S0140>

Schöley J et al (2022) Life expectancy changes since COVID-19. **Nature Human Behaviour**. Online ahead of print. 3-01450-022-<https://doi.org/10.1038/s41562>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022a) **World population to reach 8 billion on 15 November 2022**. <https://www.un.org/en/desa/world-population-reach-8-billion-15-november-2022>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022b) **The Sustainable Development Goals Report 2022**. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2022) **Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022**. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2022>

WHO (World Health Organization) (2021) **Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response**. <https://www.who.int/publications/m/item/9-who-s-work-in-health-emergencies-a74>

WHO (World Health Organization) (2022) **The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality.** <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

WHO (World Health Organization) (no date) **Coronavirus (COVID-19) Dashboard.** <https://covid19.who.int>

World Bank (2021) **World Development Report 2021: Data for Better Lives.** <https://wdr2021.worldbank.org>

World Bank (2022) **World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery.** <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022>



في عالمٍ متعدّد
الأخطار، من
الضروري الوقاية من
الأخطار التي يمكننا
تجنّبها والتأهّب لكلّ
الأخطار الأخرى

بنغلاديش 2019 هذا ساديرا. إنه نجار وعامل يدوي ماهر يُتقن استخدام الأدوات. عندما قابلناه أمام مسكنه، قال إنه يريد بناء منزل أكبر لعائلته. صنع ساديرا الكرسي الذي يجلس عليه بنفسه. © إيلودي بيرت / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

الوقاية والتأهب

المحتويات

27	مقدمة
29	1.1 المشكلة: وباء كوفيد-19 هو جزء من موجة من الأخطار المتزايدة
31	2.1 ما تعلّمناه: لم يكن العالم جاهزاً لوباء كوفيد-19
38	3.1 ما علينا القيام به: الاستثمار في الوقاية والتأهب لمواجهة عالم متعدّد الأخطار
54	التوصيات الرئيسيّة

مقدمة

تُعتبر جائحة كوفيد-19 أكبر كارثة ضربت البشرية منذ عقود عدّة من حيث عدد الوفيات الناجمة عنها حتى الآن وحقيقة أنّها أثّرت فعلياً على كلّ شخص على وجه الأرض بشكل ملحوظ. ومن الممكن الاعتقاد بأننا لن نشهد أمراً مماثلاً مرةً أخرى غير أنّ الوباء في الواقع هو جزء من نمط أوسع نطاقاً من أخطار متزايدة. فتنزايد الأخطار البيولوجية والمناخية منذ سنوات كثيرة ولا تزال تترك تأثيرات متزايدة. والجدير بالذكر أنّ ارتفاع حجم التجارة الدولية والسفر بشكل مستمرّ إضافةً إلى التوسّع الحضري والكثافة السكانية اللّذين يشكّلان أخطاراً أخرى على الصّحة، تُضاعف كلّها هذه الأخطار. كذلك تعاني البلدان في كثير من الأحيان من كوارث أو صدمات كثيرة تقع إقاماً في وقتٍ واحد أو الواحدة تلو الأخرى في شكلٍ سريع. وهذا الأمر يفرض عبئاً ثقيلاً على الأنظمة العاقبة وعلى قدرة المجتمع على الصمود بطرقٍ جديدة.

يتطلّب هذا العالم المتعدّد الأخطار أنّ يُصَبّ التركيز بشكلٍ أكبر على الوقاية والتأهب. كما يتطلّب نهجاً متكاملًا ومرناً يسمح لنا بالاستجابة لمجموعة متنوّعة من الأخطار. فعندما يتعلق الأمر بالمخاطر الصحيّة بشكلٍ خاص، تتطلّب الوقاية مجموعة من التدابير التي تركز على مسبّبات الأخطار. وتشمل هذه التدابير إجراء تحسينات في مجالي الصرف الصحي والتغذية بالإضافة إلى تعزيز مكافحة ناقلات الأمراض من خلال اتباع نهج «الصّحة الواحدة» الذي يتعامل مع صّحة الإنسان على أنّها أحد عناصر مكوّنات النظام البيئي الاجتماعي الشامل. إلى جانب ذلك، نحن بحاجة ماسة إلى تعزيز الأنظمة الصحيّة مع إيلاء اهتمام خاصّ للرعاية الصحيّة الأولية وأنظمة الصّحة المجتمعيّة. ويُعتبر من الضروري تعزيز نُظم الحماية الاجتماعيّة (راجع الفصل 4) وتأهب المجتمع وفرق العمل (راجع الفصل 2). كذلك، يجب تبني ثقافة التأهب للأوبئة والجوائح التي تتماشى مع التأهب لأنواع أخرى من حالات الطوارئ لضمان قدرة السكّان والمجتمعات على الصمود.

التعاريف

التدخلات المجتمعية: مُصمّمة لتعزيز الصحة العامة في المجتمعات. وتشمل - على سبيل المثال لا الحصر - برامج مثل المراقبة المجتمعية، والمشاركة المجتمعية، والدعم الغذائي، والاستشارة والدعم الصحيّين، والتأهب المجتمعي، والرعاية المنزلية، والخدمات الصحية.

الأنظمة الصحية المجتمعية: الهيكليات والآليات والإجراءات والجهات الفاعلة اللازمة لدعم برامج الصحة المجتمعية وإدارة تفشي الأمراض. ويمكن أن تشمل المكوّنات الرئيسية البيئات الداعمة الجيدة وأنشطة المناصرة المتعلقة بالصّحة المجتمعية؛ والشبكات والشراكات المجتمعية؛ والموارد وبناء القدرات؛ وتوفير الخدمات المجتمعية وتعزيز التنظيم والقيادة. تُشكّل هذه المكوّنات أساسَ التدخلات المجتمعية والتدخلات بقيادة المجتمع. (The Global Fund, 2022)

تفشي الأمراض: حدوث حالات من مرض ما بمعدّلات تفوق بشكل كبير المعدّل المتوقّع لهذا المرض في مجتمع أو منطقة جغرافية أو موسم معيّن. وإذا كان المرض نادراً أو له آثار خطيرة على الصحة العامة، يمكن أن تُعتبر حالة واحدة منه بمثابة تفشٍ للمرض.



غواتيمالا 2022 ازدادت شدة الإعصار المداري "جوليا" ليتحول إلى إعصار من الفئة الأولى، ما تسبب بسقوط أمطار غزيرة ألحقت أضرارًا كبيرة في أميركا الوسطى وبلغ اليابسة على الشاطئ الشرقي لنيكاراغوا. نفذت فرق الصليب الأحمر استجابات مبكرة، واستمرت في رصد الأضرار والاحتياجات وفي تقديم المساعدات بعد وقوع فيضانات وانهيارات أرضية شديدة. © الصليب الأحمر الغواتيمالي

1.1 المشكلة

وباء كوفيد-19 هو جزء من موجة من الأخطار المتزايدة

1.1.1 الاستجابة الفوضوية لوباء كوفيد-19

لم تخلُ الاستجابة لوباء كوفيد-19 من الفوضى والأخطاء سواء داخل كل بلد أو على الصعيد الدولي. وقد تمّ تحديد الفجوات في تقرير لجنة لانسييت بشأن كوفيد-19 المعنون «دروس للمستقبل من جائحة كوفيد-19» (Sachs et al, 2022).

على الصعيد الدولي جاهدت منظمة الصحة العالمية لتنظيم الإجراءات المنسقة. في الواقع، وجدت لجنة لانسييت أنّ منظمة الصحة العالمية أخذت وقتاً طويلاً لتدرك أنّ العدوى تنتقل من إنسان إلى آخر من دون أعراض ولتغطي التوصيات اللازمة في منا يتعلّق بضبط السفر الدولي بشكل متوازن مثل استخدام اختبارات التشخيص. كذلك، وجدت أنّ المنظمة تأخّرت جدّاً في توصية العامة بارتداء الكمامات وفي الإقرار بأنّ فيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة ينتقل بالهواء (Sachs et al, 2022). في هذا الإطار، لم تكن الحكومات سريعة للغاية في إصدار نتائجها الخاصة وفرض إجراءات وقائية واضحة. ويجب الاعتراف بأنّ الكثير من القرارات لم تكن سهلة الإصدار فعلى سبيل المثال تمّت ملاحظة نقص في عدد الكمامات المتوفرة وكان يجب الاحتفاظ بها للعاملين في مجال الطوارئ الصحية من باب الأولوية، غير أنّ الواقع هو أنّ الآليات المتعلقة بالكشف السريع والتأهب والعزل قد فشلت.

وقد كافح الكثير من البلدان من أجل نشر الأدوات الضرورية في مجال الصحة العامة. وفي بعض الحالات، تمّ تأكيد وجود خلل في مجموعات أدوات اختبار التشخيص لعدّة أشهر في بعض البلدان. في الواقع عانى الكثير من البلدان من نقص حادّ في معدّات الحماية الشخصية (Burki, 2020). وفي بعض الدول أقلّ من 30 في المئة على الأقلّ من العاملين في مجال الرعاية الصحية والأطباء والممرضات بأنّ معدّات الحماية الشخصية غير كافية. ومن أجل تعويض هذا النقص (Oliver, 2021) قامت الحكومات بإبرام عقود متعدّدة على عجل ومن دون إجراء مناقصة ما أدّى إلى هدر أموال على معدّات للحماية الشخصية رديئة الجودة وغالباً غير صالحة للاستخدام (Dyer, 2021). وتجدر الإشارة إلى نقص آخر ناجم جزئياً عن خلل في نظام التمويل: فقد دُفعت المستشفيات لتخفيض التكاليف إلى الحدّ الأدنى بدلاً من الاحتفاظ بمخزونات كافية (Cohen and van der Meulen Rodgers, 2020). كذلك، شهد العالم نقصاً في الأكسجين مع العلم أنّه عنصر ضروري في علاج مرض كوفيد-19. وفي بعض الأحيان كانت الأنظمة الصحية في بلدان عدّة على وشك النفاد من الأكسجين (Davies and Furneaux, 2021). والواقع أنّ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل استمرّ النقص في العناصر الأساسية حتى العام 2022 (Mahase, 2022).

في أغلب الأحيان كان على الوزارات في الحكومات أن تقوم بالتنسيق مع بعضها البعض بشكلٍ سريع (Jacobzone et al, 2020). وقد قام البنك الدولي بتحديد بعض صفات نظام التنسيق الفعّال. والجدير بالذكر أنّ التنسيق يتطلّب دعماً قوياً من القيادة ويركّز على عدد صغير من الأهداف المحدّدة جيّداً ويستخدم لوحات معلومات بسيطة للإبلاغ عن البيانات والنتائج ويسمح بالتواصل المستمرّ بين مختلف الوزارات والإدارات والوكالات (Kunicova, 2020). ويضيف الاتحاد الدولي لجمعيات

الصليب الأحمر والهلال الأحمر أنه يجب إشراك كل من الحكومة والمجتمع. غير أنّ حكومات عدّة فشلت في تنفيذ أحد هذه الجوانب على الأقلّ، لا سيما في الأشهر القليلة الأولى من تفشّي الجائحة (Kapucu and Hu, 2022).

إضافةً إلى كلّ هذه الأمور ظهر فشلٌ واسعُ النطاق على مستوى التواصل (Palma-Oliveira, 2021). ففي الكثير من الأحيان لم تنقل الحكومات والسلطات الصحيّة جميع الأبعاد المتعلّقة بخطورة وباء كوفيد-19 إلى السكان أو تأخّرت في القيام بذلك (Zhang, 2020). وقد أصدر الكثير من الحكومات رسائل مريكة ومتناقضة (Finset et al, 2020) باستثناء بعض البلدان منها أستراليا التي تأمّنت على تأمين تواصل فعّال ومنسق (Hyland-Wood, 2021). إلا أنّ هذا الوضع قد تفاقم مع انتشار معلومات مضلّلة (Mheidly and Fares, 2020) بسرعة كبيرة خاصّةً من خلال وسائل التواصل الاجتماعي (Malecki et al, 2021). وفي بعض الحالات، حاولت جهات سياسيّة فاعلة تسييس الوضع (Biehl et al, 2021) ما أدّى إلى إضعاف الثقة في استجابة الصّحة العامة (Hatcher, 2020). إضافةً إلى ذلك، كانت مجتمعات كثيرة فاقدة الثقة في السلطات ومتردّدة في المشاركة في الاستجابة لوباء كوفيد-19. وتجدر الإشارة إلى أنّ أحد العوامل التي أدّت إلى حالة انعدام الثقة هذه هو أنّ التواصل بين مجتمعات كثيرة والأنظمة الصحيّة أو السلطات الوطنيّة كان محدودًا أو معدومًا قبل الأزمة.

بالتالي، كانت النتيجة في الكثير من البلدان فوضى في غرف الطوارئ وعلى صعيد الأنظمة الصحيّة على نطاق أوسع. وذلك لا سيما في الأشهر الأولى من العام 2020. في دراسة أجريت عام 2021، روى 51 عاملًا في مجال الرعاية الصحيّة من السويد تجربتهم، فأشاروا إلى التغييرات المستمرة والمربكة في أنظمة الوقاية من العدوى ومكافحتها. وقد كان هذا الأمر نتيجة غياب خطة متفق عليها مسبقًا تُعنى بحالات شبيهة من الطوارئ الصحيّة الواسعة النطاق ما أدّى إلى تغييرات جنوبيّة ومتكرّرة في إطار العمل استجابةً للمعلومات الجديدة. وأشار العاملون في مجال الرعاية الصحيّة أيضًا إلى أنّه طلب منهم استخدام تقنيّات طبيّة جديدة وغير مألوفة مثل معدّات الأكسجين الأنفي العالي التدقّق من دون تلقي التدريب المناسب. ونظرًا إلى الضغوط الأخرى التي تعرّضوا لها إلى جانب الخوف من الإصابة بمرض كوفيد-19 وقعوا في نهاية المطاف ضحيّة الإجهاد والإرهاق (Rücker et al, 2021).

وفي الوقت الذي كان فيه وباء كوفيد-19 محطّ اهتمام الدول كانت أخطار أخرى لا تزال قائمة. فقد ضرب إعصار «أمفان» جنوب آسيا في أيار/مايو 2020 وهو إعصار مداري من الفئة الخامسة (Ellis-Petersen and Ratcliffe, 2020). وفي أيار/مايو من العام التالي، شهدت المنطقة إعصار «ياس» الذي وقع في مكانٍ قريبٍ أيضًا (BBC News, 2021). كذلك، شهدت تونغّا في 15 كانون الثاني/يناير 2022 أحد أعنف الانفجارات البركانيّة الواقعة في العقود الأخيرة عندما انفجر بركان هونغّا تونغّا هونغّا هاباي وتسبب باضطرابٍ واسع النطاق (BBC News, 2022).

في بعض الحالات أدّت هذه الأخطار المتداخلة إلى تسريع انتشار فيروس كورونا وفي حالات أخرى زادت الجائحة من صعوبة الاستجابة للأخطار الأخرى. فتعرّضت بوليفيا مثلًا لفيضانات كبرى في كانون الثاني/يناير وشباط/فبراير وكانون الأوّل/ديسمبر من العام 2021. وقد سعت البلاد لإبقاء أعداد حالات كوفيد-19 منخفضة طوال العام 2020 بشكلٍ جزئي من خلال إغلاق حدودها الدوليّة. إلا أنّ في أعقاب هذه الفيضانات شهدت بوليفيا ارتفاعًا في عدد الإصابات، لا سيما بعد الفيضان الثاني الذي وقع في كانون الأوّل/ديسمبر (راجع ملحق البيانات: التوجّهات في حالات الكوارث). كذلك، ضرب الإعصاران «إيتّا» و«إيوتا» هندوراس في العام 2020 عندما كانت الجائحة في ذروة تفشّيها. وقد تطلّب هذا الوضع تقديم شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر استجابةً سريعة (IFRC GO, no date b). والجدير بالذكر أنّ توفير المأوى كان من أبرز التحديات القائمة في هذه الفترة. فقد تمّ تشريد الكثير من الأشخاص بسبب الأعاصير وبات هؤلاء بحاجة إلى مأوى (IFRC, 2021e) غير أنّ الملاجئ المؤقتة المخصّصة للمشردّين قد قلّصت قدرتها على استيعاب الأشخاص نظرًا إلى ضرورة الحفاظ على التباعد الاجتماعيّ للحدّ من انتشار وباء كوفيد-19 (IFRC, 2020a).

2.1 ما تعلّمناه:

لم يكن العالم جاهزاً لوباء كوفيد-19

سنتناول في هذا الفصل واقع عدم استثمار معظم البلدان بشكلٍ كافٍ في مجال الوقاية من الأوبئة والتأهب لها قبل تفشي وباء كوفيد-19، مع الإشارة إلى أنّ هذا الموضوع قد ساهم في تدهور الأمور. وبالتالي في الأشهر القليلة الأولى من تفشي وباء كوفيد-19 كافحت الحكومات والأنظمة الصحية للتكيف مع الوضع فغرق الكثير منها في الإرهاق. وقد تطلّبت الاستجابة في الواقع التنسيق بين جهات فاعلة متعدّدة إلا أنّ آليات التنسيق غالباً ما كانت غائبة أو غير واضحة. وكان الكثير من البلدان مهياً لمواجهة أخطار محدّدة لكنّ أنظمتها لم تكن مرنة أبداً فلم تستطع التأقلم مع فيروس كورونا المستجدّ. وفي غالب الأحيان كانت بعض الأنظمة الصحية مثقلة من قبل تفشي الجائحة. فلم يكن لهذه الأنظمة الآليات أو القدرات اللازمة لنقل المهام (IPPPR, 2021).

1.2.1 فشل العالم في الوقاية والتأهب

استطاعت جائحة كوفيد-19 أن تفرض نفسها بسبب الفشل في **الوقاية**. فظهر الفشل في منع التفشي الأولي من انتشار الفيروس ما أدّى إلى اختراقه العالم بأسره. مع الإشارة إلى فشل سبق هذا الأخير وهو كامن في منع تفشي المرض بحذّ ذاته. في هذا الإطار، سنناقش في القسم 1.3.1 ما يمكن القيام به لتجنّب تفشي الأمراض في المستقبل وهو أمر يتطلّب اعتماد بعض الخيارات الجذرية الجديدة في مجال السياسة. ولكن حتى داخل أطر السياسات الحاليّة، كان من الممكن اتخاذ إجراءات كثيرة للسيطرة على تفشي المرض وإبطاء انتشاره ولكن لم يتمّ ذلك أو تمّ بعد فوات الأوان.

وكما ذكر في القسم 1.1.1 لقد سلّطت لجنة لانسيت الضوء على العزوف الواسع النطاق في ما يتعلّق بتنفيذ الضوابط على السفر الدولي. وتجدر الإشارة إلى أنّ منظمّة الصحة العالميّة لم توصّ بفرض قيود على السفر عندما أصدرت «توصيات مؤقتة» بموجب اللوائح الصحيّة الدولية (2005) (von Tigerstrom and Wilson, 2020) (راجع الفصل 6). وصحيح أنّ حظر السفر الشامل غير المبرّر كان مشكلةً في الجوائح السابقة؛ فقد تمّ وضع حوافز خاطئة متعلّقة بالشفافية عند ظهور حالات تفشي أمراض جديدة. ومع ذلك، كثيرٌ هي الخيارات في هذا النطاق السياسي بما في منها اختبار التشخيص للأشخاص الذين يدخلون ويغادرون البلاد والعزل الإلزامي عند وصولهم. ولكن امتنعت معظم البلدان عن اتخاذ أيّ تدابير من هذا القبيل وبالتالي سمحت لفيروس كورونا المسبّب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة بدخول أراضيها. باستثناء بلدان قليلة مثل نيوزيلندا. وحتى عندما فرضت تدابير الرقابة تبين أنّها في أغلب الأحيان لم تكن كافية. فعلى سبيل المثال تمّ حظر أشخاص يسافرون مباشرةً من بلدان معيّنة في حين سُمح بدخول أشخاص يسافرون بشكلٍ غير مباشر من نقطة الانطلاق نفسها (Sachs et al, 2022).

كذلك سمحت بلدان عدّة مراراً وتكراراً بارتفاع عدد الحالات بشكلٍ خطير. ودعماً لهذا الموقف زعمت الحكومات بأنّها كانت تسيطر على المرض في إطار صلاحياتها طالما كانت وحدات العناية المركّزة قادرة على استقبال حالات جديدة. ووفقاً لتحليل أجري للعام 2020 كان هذا الفشل في منع ظهور حالات إضافية خطأً فادحاً نظراً إلى أنّه يُحدث فرقاً كبيراً سواء كان هناك الكثير من الضحايا اليوم أو ضحايا سقطوا على مدى فترة طويلة (Saracci, 2020).

أمّا على النطاق الأوسع فمن الواضح أنّ معظم البلدان لم تكن **مهياًة** لجائحة كوفيد-19. وقد توصّل تقرير عام 2020 الصادر عن المجلس العالمي لرصد التأهب إلى استنتاج مفاده أنّ غالبية البلدان لم تكن مهياًة لوباء كوفيد-19 لأنّ «مفهومنا

للتأهب لجائحة كان غير كافي» (GPMB, 2020). وفي بعض الحالات كان مفهوم التأهب محدودًا للغاية، فمثلًا قامت بعض البلدان بتخزين معدّات الحماية الشخصية لكنّها فشلت في استكمال هذه الخطوة بوضع نظام اختبار قوي لتحديد الأشخاص المصابين. كذلك، لم تبين هذه البلدان أنظمة على مستوى المجتمع للتعامل مع حالات تفشي المرض. وأفاد تقرير المتابعة أنّ الفشل وقع على الرغم من «مئات التوصيات الصادرة عن الخبراء ... على مدى العقدين الماضيين» ودعا إلى «وضع نظام شامل للطوارئ الصحيّة» (GPMB, 2021).

وقد شملت الأخطاء ما يلي (على سبيل المثال لا الحصر) (Sachs et al, 2022; IPPPR, 2021)

- نقص في الاستثمار في بروتوكولات تواصل واضحة بما في ذلك أنظمة الإنذار المبكر والعمل المبكر، ما أدّى إلى ارتباك على نطاق واسع حول مدى خطورة التهديد والتدابير الأكثر فعالية للحماية منه.
- عدم وجود هياكل تنسيق واضحة بين الحكومة بكاملها والمجتمع بأسره ما يؤدّي إلى استجابات فوضويّة وغير منسّقة.
- الافتقار إلى فهم أهمية ثقة المجتمع وقبوله.
- عدم النظر بشكل كافٍ في الأساليب التي كان من الممكن أن تساعد في تخفيف عبء الأنظمة الصحيّة المُثقلة بالأعباء.
- في المقابل، كان أداء البلدان والمنظمات المتأهبة بشكلٍ مناسب أفضل من غيرها (IFRC, 2022c). على سبيل المثال، يحظى العديد من دول/مناطق شرق آسيا، منها تايوان ومقاطعة الصين واليابان وسنغافورة، بذكريات راسخة عن حالات تفشي إنفلونزا الطيور والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (Chen et al, 2021). وقد شارك الكثير من هذه الدول والمناطق في بناء القدرات بعد تفشي فيروس H5N1 المسبّب لإنفلونزا الطيور (Corwin et al, 2021). ونجحت اليابان في منع موجة أوليّة شديدة من الحالات دون اللجوء إلى الإغلاق الشامل. فكانت أوليّة الحكومة تتبّع المخالطين وركّزت على العمل بشكل عكسي انطلاقًا من الحالات لتحديد الأشخاص المعديين على نطاق واسع ومجموعات الحالات المعنيّة. إلى جانب ذلك، تبنّت الحكومة استراتيجية «3-Cs» لحثّ الأشخاص على تجنّب «الأماكن المزدحمة» (crowded places) و«أماكن الاتصال المباشر» (close-contact settings) و«الأماكن المحصورة والمغلقة» (Imai et al, 2022).



مَنغوليا 2021 موظفو الصليب الأحمر المنغولي ومتطوعوه يزورون الرجل البالغ من العمر 85 عامًا في منزل البورت الخاص به كلّ شهر في إطار مشروع الرعاية المنزلية. وقد ساعده المتطوعون في تلقي ثلاث جرعات من لقاح كوفيد-19. © الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

في كانون الأول/ديسمبر 2019، أي قبل أسابيع قليلة من ظهور وباء كوفيد-19، اعتمدت الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر قرارًا بشأن «التصدّي معًا للأوبئة والجوائح» (Faller, 2020). وأشارت الأبحاث اللاحقة إلى أنّ الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر التي حسّنت قدراتها على التأهب للجائحة سواء في ما يتعلق بتفشي الأمراض أو بشكل عام قد أظهرت أداء أعلى مستوى في استجابتها لوباء كوفيد-19 (Johnston, 2022). فوضعت جمعية الصليب الأحمر المنغولي مثلًا خطة تأهب للإنفلونزا قبل شتاء 2019 و2020 واستفادت من هذه الخطة في إطار احتواء وباء كوفيد-19 (Natoli et al, 2020). وقد قام الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بتحديد نقطتين حول أدلة تشير إلى أنّ الجمعيات الوطنية المتأهبة بشكل أكبر والمتمتعة بخبرات سابقة استجابت بشكل أفضل لوباء كوفيد-19. وقد تم تلخيص هذه الأدلة في النسخة المتعلقة بوباء كوفيد-19 من تقرير «نعتد بالجميع» الصادر عام 2022 (IFRC, 2022b):

• الجمعيات الوطنية التي حققت الكثير في العام 2019 حققت الكثير أيضًا خلال الجائحة. وعلى سبيل المثال في العام 2019 وصلت بعض الجمعيات الوطنية إلى عدد أكبر من الناس من خلال برامجها المتعلقة بالصحة، والحد من مخاطر الكوارث، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. وكان من المرجح أن تسجل هذه الجمعيات الوطنية نقاط عالية في ما يتعلق بالأمور الضرورية لتتبع وباء كوفيد-19 مثل الوفاة من العدوى ومكافحتها. ويتم قياس ذلك باستخدام بيانات من بنك البيانات ونظام الإبلاغ على مستوى الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (FDRS) الذي يسجل مؤشرات الأداء الأساسية لكل جمعية وطنية. والجدير بالذكر أنّ التحليل يعتمد على علاقة الترابط بشكلٍ بحثي لذلك لا يفسر لماذا يمكن توقّع تحقيق النجاح أثناء الجائحة بعد تحقيق إنجاز في السابق.

• حققت الجمعيات الوطنية التي تحظى بخبرة سابقة في حالات الطوارئ الوبائية إنجازات أكبر في مؤشرين إضافيين هما المراقبة المجتمعية وإدارة الجثث. فقامت جمعية الهلال الأحمر الصومالي مثلًا بفرض المراقبة المجتمعية للأمراض منذ العام 2018. وفي الواقع حدّد متطوّع في جمعية الهلال الأحمر الصومالي إحدى أولى الحالات المُصابة بمرض كوفيد-19 التي تمّ الإبلاغ عنها في البلاد في أواخر آذار/مارس 2020.

أمّا الدرس الرئيسي المستفاد من وباء كوفيد-19 فهو أنه يتعيّن علينا التأهب لمواجهة فاشيات كثيرة حقيقية. ويجب أن تشمل هذه المواجهة مسببات الأمراض المتوقعة والتي لم يشهدها أي بلد، غير أنّ هذا الأمر يُعتبر غير كافٍ. في الواقع، ظهرت أخطار أخرى منذ تفشي وباء كوفيد-19، سواء قبل أو أثناء تفشي الجائحة، ما أدى إلى وجود أخطار متقاطعة ومضاعفة يصعب التعامل معها في حال عدم التأهب المسبق (راجع المربّع 1.1). في هذا السياق، الجدير بالذكر أنّ حالة الطوارئ التالية التي قد يشهدها العالم قد تكون جائحة من نوع آخر أو كارثة من فئة أخرى مثل الجفاف أو حدث متعدّد الأخطار. مهما كان شكل حالة الطوارئ هذه ستقع علينا من دون إنذار واضح، ما يعني أنّه يتعيّن علينا أن نتأهب حاليًا لجميع الأخطار المحتملة. ويجب أن نعتمد ثقافة التأهب لمواجهة الحوادث المتعدّدة الأخطار.

كذلك، يجب على البلدان التأهب لمواجهة أكبر عدد ممكن من التأثيرات المشتركة الناجمة عن الأخطار. كما يجب أن تركز بشكلٍ خاص على الفئات الأكثر ضعفًا والتي يصعب الوصول إليها. ولا يهدف ذلك إلى تجنّب وقوع التأثيرات على الجميع وحسب بل يهدف أيضًا إلى منع تفاقم أوجه **عدم المساواة** إذ يتلقّى الأشخاص الأكثر ضعفًا وتهمينًا التأثيرات بشكلٍ أكبر. وقد يبدو من الأسهل التأهب لتلبية الاحتياجات الأكثر إلحاحًا وحسب إلا أنّ لجميع الكوارث تأثيرات متعدّدة ومتشعبة تطال المجتمع بأسره. ففقد مثلًا الكثير من الأشخاص وظائفهم عندما انهارت الشركات أثناء القيود التي فرضتها الجائحة.

المرتبّع 1.1 / دراسة حالة مواجهة حالة طوارئ معقّدة في أفغانستان

تعاين أفغانستان من أزمة إنسانية معقّدة فتواجه أخطار متعدّدة يرافقها انهيار السلطة إثر النزاع الداخلي القائم فيها. وتشمل الأخطار الجفاف والزلازل ووباء كوفيد-19 والكثير من الأمراض الأخرى المعدية. وذلك في سياق نزاع مسلّح قائم منذ عقود.

كافحت البلاد لاحتواء وباء كوفيد-19، وبحلول نهاية العام 2021 كان قد تمّ تلقيح أقلّ من 15 في المئة من السكان بشكلٍ كاملٍ (Reuters, no date). وحتى اليوم لا تزال سوى مستشفيات محدودة تقدّم العلاجات المتعلّقة بمرض كوفيد-19 (Gannon, 2022). طوال فترة الجائحة، كانت المستشفيات الأفغانية في حاجة ماسّة إلى موادّ طبيّة مثل المسحات ومجموعات جمع العينات والأكسجين السائل ومعدّات الحماية الشخصية (Ibrahimi and Safi, 2020). وتجدر الإشارة إلى أنّه تمّ إغلاق أكثر من 30 مستشفى بسبب ارتفاع الحرارة ونقص الخبراء الطبيين.

وبقيت أعداد الحالات والوفيات منخفضة في الأرقام الرسمية إلا أنّ هذه على الأرجح لا تحظى باهتمام كبير فالأدلة غير الموثّقة كانت تُظهر واقعًا مختلفًا. على سبيل المثال، أفاد حقّارو القبور في كابول بأنّ معدّلات الوفيات تُقارب ثلاثة أضعاف المعدّل المعتاد (Blanc et al, 2020). وكان للجائحة تأثير سلبي على دخل الناس وعلى إمكانيّة الوصول إلى الغذاء والمياه



أفغانستان 2022 دعم الاتحاد الدولي
جمعية الهلال الأحمر الأفغاني في توزيع
المساعدات النقدية الخاصة بالماوى على
941 أسرة تضرّرت من الزلازل في مقاطعة
خوست. © مير عبدالله رسيخ / جمعية
الهلال الأحمر الأفغاني / الاتحاد الدولي
لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

النظيفة وخدمات الصرف الصحي. وتجدر الإشارة إلى أنّ منذ كانون الثاني/يناير 2022، تأثّر 65 في المئة من الأسر المعيشية في أفغانستان بوباء كوفيد-19 (UN OCHA, 2022a).

وتفاقم كلّ ذلك بسبب الجفاف. ففي العامين الماضيين، شهدت أفغانستان أسوأ موجة جفاف ضربتها خلال السنوات السبع والعشرين الماضية. ومن بين مقاطعات البلاد البالغ عددها 34 مقاطعة، تأثّرت 25 واحدة منها (IFSPC, 2021) فقد تأثّر أكثر من ثلثي السكان وازداد انعدام الأمن الغذائي كما تعدّر على السكان الوصول إلى المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي (Amoli & Jones, 2022). وقد أدى ذلك إلى انتشار المزيد من الأمراض. فقد أثر انخفاض منسوب المياه الجوفية مثلاً على كمية المياه ونوعيتها ما أدى إلى ظهور حالات الكوليرا الأولى المبلّغ عنها منذ العام 2016. كذلك، الجدير بالذكر أنّ عدم القدرة على الحصول على المياه النظيفة والمأمونة يزيد من معدلات الإصابة بالإسهال المائي الحادّ والحصبة وحمى الضنك.

تساهم كلّ هذه الأزمات في تفاقم حالة انعدام الأمن الغذائي. فكانت مستويات المحاصيل في العام 2021 أقلّ بنسبة 20 في المئة من مستويات العام 2020 وأقلّ بنسبة 15 في المئة من معدّل 5 سنوات. ونتيجة لذلك، انخفض استهلاك السكّان للطعام بشكلٍ كبيرٍ. وتضاعفت نسبة الأسر المعيشية في فئة «ضعيفة» من درجة استهلاك الغذاء ثلاث مرّات تقريباً من العام 2020 (أي نسبة 14 في المئة) إلى العام 2021 (40 في المئة تقريباً). أما في الأسر المعيشية المتضرّرة من الجفاف فيعتمد الأشخاص بشكلٍ متزايدٍ على استراتيجيات التأقلم القصوى.

إلى جانب الاستجابة لوباء كوفيد-19، عانت أفغانستان من صدمات متعدّدة (IFRC, 2022a) وتضرّر أكثر من 28000 شخص من الفيضانات والكوارث الأخرى في الأشهر الثمانية الأولى من العام 2021. وتسبّب بعد ذلك زلزال وقع في 22 حزيران/يونيو 2022 في مقتل أكثر من 1000 شخص وتسبّب بأضرار جسيمة أو بدمار 13000 منزل كما تسبّب بأضرار طفيفة أو متوسطة إلى 48000 منزل (Center for Disaster Philanthropy, 2022). كذلك، أدّى إلى تدمير المرافق الصحية والمرافق التعليمية وخدمات المياه ومخازن الحبوب (UN OCHA 2022b). وأعقب ذلك هطول أمطار في غير موسمها في شهري تموز/يوليو وآب/أغسطس تسبّبت في فيضانات واسعة النطاق ما أدى إلى جرف سبل العيش التي يعتمد عليها السكان.

في هذا السياق، تُعتبر التوقّعات للعام 2023 مُقلقة. فتُظهر الكثير من التقييمات التي أجراها الشركاء في المجال الإنساني أنّ الجفاف والصعوبات الاقتصادية ستبقى من الأسباب الرئيسية التي قد تولّد احتياجات إنسانية في العام 2023. فانخفض الدخل الشهري للأسر المعيشية بسبب الصعوبات الاقتصادية التي تفاقمّت إلى حد ما نتيجة تداعيات العقوبات في حين ارتفع إنفاق الأسر المعيشية بشكلٍ كبيرٍ مع ارتفاع أسعار المواد الأساسية. لم يتبقّ أمام الأشخاص سوى خيارين إما استخدام آليات التأقلم أو الاعتماد على المساعدة الإنسانية. والجدير بالذكر أنّ النظرة المستقبلية للأمن الغذائي قاتمة. ومن المتوقع أن يعاني 20 مليون أفغاني تقريباً من أزمة ومن انعدام أمن غذائي حادّ بين تشرين الثاني/نوفمبر 2022 وأذار/مارس 2023 (IFRC, 2022e). وإذا استمرّ في العام 2023 الجفاف القائم حالياً سيبقى الملايين من الأفغان يعتمدون على المساعدات الغذائية.

أما حلّ الأزمة الإنسانية المعقّدة في أفغانستان فسيستلّج جهداً دولياً مكثّفاً ومتواصلاً. مع الإشارة إلى أنّ هذه الأزمة تُظهر الحاجة إلى التأهب للأحداث المتعدّدة الأخطار.



2.2.1 الأخطار المتزايدة والمتداخلة والمتفاقمة

من المثير للقلق أنّ تجربتنا مع جائحة كوفيد-19 تُعتبر إشارة عمّا هو قادم. فنحن نعيش في عالم يزداد خطرًا وتزايد مخاطر كثيرة مع ازدياد تواتر و/أو شدة الأخطار والكوارث التي تسببها.

ولا يزال يرتفع عدد الكوارث التي تسببها الأخطار الطبيعية الواقعة كلّ عام. وقد كشف أحدث تحليل للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر عن وقوع 332 كارثة في العام 2020 و378 كارثة في العام 2021. وقد تمّ الاستناد في 10 التحليل إلى قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) وهي قاعدة البيانات الدولية المتعلقة بالكوارث (راجع ملحق البيانات: التوجّهات في حالات الكوارث) (EM-DAT, no date).

ويسبّب تغيّر المناخ في زيادة الظواهر المناخية المتطرفة على وجه الخصوص. وقد قام الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بتوثيق الارتفاع الكبير في نسبة الكوارث السنوية التي يسببها المناخ والطقس القاسي في التقرير عن الكوارث في العالم للعام 2020. حيث أشار إلى أنّها ارتفعت نسبتها من 76 في المئة في العقد الأوّل من القرن الحادي والعشرين إلى 83 في المئة في العقد الأوّل بعد سنة 2010 (IFRC, 2020c). واستمرّ هذا التوجّه في عامي 2020 و2021 مع اعتبار 91 في المئة من الكوارث الواردة في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) على أنّها كوارث مرتبطة بالمناخ والطقس القاسي (راجع ملحق البيانات: التوجّهات في حالات الكوارث).

وتماشياً مع ذلك، توصّل التقرير الأخير الصادر عن الفريق العامل 2 التابع للهيئة الحكومية الدولية المعنية بتغير المناخ إلى خلاصة مفادها أنّ الأخطار تتزايد بسبب تغيّر المناخ. ويبيّن التقرير ارتفاعاً في وتيرة وشدة الظواهر المناخية المتطرفة بما فيها موجات الحرّ والأمطار الغزيرة والجفاف. وقد أدى ذلك إلى ازدياد نسبة الوفيات المرتبطة بارتفاع الحرارة، وازدياد نسبة المناطق المحروقة بسبب الحرائق الحرجية والآثار السلبية للأعاصير المدارية. مع العلم أنّها تعود كلّها إلى تغيّر المناخ البشري المنشأ (IPCC, 2022).

ويترافق ذلك مع ارتفاع خطر تفشّي الأمراض مع الإشارة إلى أنّ وباء كوفيد-19 يُعتبر المثل الأكثر دراماتيكية في هذا السياق. وجمعت دراسة أجريت في العام 2014 بيانات حول 33 عامًا من الأمراض تمتدّ من العام 1980 إلى العام 2013. وشمل ذلك 12102 حالة تفشّ لـ 215 مرضًا من الأمراض المعدية التي تصيب الإنسان. وفي هذا السياق أراد الباحثون التحكّم في العناصر المشوّشة ففرضوا مثلاً تحسينات في عملية مراقبة الأمراض. ووجدوا ارتفاعاً كبيراً في العدد الإجمالي لحالات تفشّي الأمراض وفي تنوع الأمراض. **ففي أوائل الثمانينيات، كان هناك أقل من 1000 حالة تفشّي للأمراض سنوياً، ولكن بحلول أواخر العقد الأوّل من القرن الحادي والعشرين تضاعف هذا الرقم ثلاث مرات ليصل إلى أكثر من 3000 حالة تفشّي.** وتسببت البكتيريا والفيروسات في 88 في المئة من حالات تفشّي الأمراض. كذلك، كانت الأمراض الحيوانية المنشأ أي التي تُنقل من الحيوانات إلى البشر مسؤولة عن 56 في المئة من حالات تفشّي الأمراض (Smith et al, 2014).

مؤخراً ذكرت إحدى المراجعات عن «موجة تفشّي الأمراض المعدية الشديدة» التي تضرب القرن الحادي والعشرين (Baker et al, 2021). وشملت هذه الأمراض تفشّي فيروس كورونا المسبّب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة في العام 2003، وظهور جائحة النزلة الوافدة A في العام 2009، وتفشّي فيروس كورونا المسبّب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية في العام 2012، وتفشّي وباء إيبولا في غرب إفريقيا في الفترة الممتدة بين 2013 و2016، ووباء زيكا في العام 2015. كذلك، أفاد تحليل أجرته منظمة الصحة العالمية في العام 2018 بما يلي: «إنّ أوبئة الأمراض المعدية تظهر في الكثير من الأحيان وتنتشر بشكل أكبر وأسرع من أيّ وقت مضى في الكثير من المناطق المختلفة حول العالم». وصرّح التحليل عن وجود 1307 حدث وبائي بين العام 2011 والعام 2017. وقد نجمت هذه الأحداث عن مجموعة من الأمراض بما فيها الحمى الصفراء والكوليرا والزحار العصوي، ويُترجم هذا الرقم بمعدّل 187 حدثاً وبائياً سنوياً (WHO, 2018).

يذكر الخبراء أسبابًا مختلفة لهذه التوجّهات الوبائية. فيربطها Baker et al, 2021 بتغيرات جذرية تتعلق بالمكان الذي يعيش فيه الأشخاص ومدى تنقلهم. منذ العام 2007 لا تزال الكثافة السكانية تزداد بشكل عام مع العلم أنّ النسبة الأكبر من السكان يعيشون في المناطق الحضرية لا في المناطق الريفية ما خلق ظروفًا مؤاتية للانتشار السريع للأمراض. وفي الوقت نفسه، تضاعفت رحلات شركات الطيران منذ العام 2000 ما سمح بانتشار الأمراض بسرعة على الصعيد الدولي. ومن العوامل الأخرى المؤدية إلى انتشار الأمراض هو تغيّر المناخ الذي يؤثّر على ظهور ونشر مسببات الأمراض الجديدة أو المعدلة وعودة ظهور مسببات الأمراض القديمة كما يؤثّر على مدى ضعف الأشخاص تجاهها (Romanello et al, 2022). وتؤدي التغيرات في استخدام الأراضي وتدمير الموائل إلى زيادة الاتصال بين البشر والحياة البرية وبالتالي إلى ارتفاع احتمالية انتشار هذه الأمراض. وتشكّل طرق إنتاج الغذاء التي تحبّذ في بعض الأحيان وجود تجمّعات كبيرة من الحيوانات في ظروف غير صحيّة سببًا آخرًا لتفشي الأمراض. أخيرًا، تجدر الإشارة إلى أنّ أنواع أخرى من الكوارث تؤثّر على مدى ضعف الأشخاص تجاه مسببات الأمراض بسبب سوء الصرف الصحي وسوء التغذية وتعرّض الوصول إلى الخدمات الصحية.

وتشكّل هذه الأخطار المتزايدة توجّهًا يقود إلى تداخل وتفاقم الأخطار. تواجه المجتمعات والدول بشكل متزايد خطرين أو أكثر في وقت واحد أو أخطار متعددة ومتعاقبة بشكل سريع. وتشير تحليلات الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى أنّ منذ العام 1990 كان معدّل حالات الكوارث المتداخلة 199 حالة في البلد نفسه. كذلك، شهد معدّل 44 دولة كلّ عام كوارث متداخلة مرّة واحدة على الأقل، وبلغ هذا العدد ذروته في العام 2000 عندما شهدت 64 دولة كوارث متداخلة مرّة واحدة على الأقل (راجع الفصل الثامن). أمّا البلدان التي تعاني من النزاعات وأنواع أخرى من الهشاشة فتتعرّض هي أيضًا لأنواع متعددة من الأخطار الطبيعية والبيولوجية.

عندما تتداخل الكوارث أو تتعاقب بشكل وثيق يمكن أن تتصخّم آثارها. وفي حال وقوع كارثتين في الوقت نفسه يمكن أن تكون تأثيرات كلّ منهما أكبر بكثير. على سبيل المثال، يشير تحليل الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر لقاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) إلى أنّ الارتفاع الشديد في درجة الحرارة الذي يظهر في نفس الوقت والمكان يُعتبر خطرًا آخرًا يمكن أن يؤثّر على المزيد من الأشخاص ويؤدي إلى وفيات إضافية. ويمكن ملاحظة حالات مماثلة لمخاطر أخرى مثل الفيضانات والعواصف والحرائق الحرجية (راجع الفصل الثامن).

وليس من الصعب فهم السبب: فيمكن لخطرين أن يتغلّبا على قدرة المجتمع على الصمود أكثر ممّا يمكن لخطر واحد أن يتغلّب عليها. ومن المتوقع أن يتعرّض المستجيبون للإرهاق وقد يُضعف الخطر الأوّل استراتيجية المواجهة التي من شأنها أن تُنشئ القدرة على الصمود أمام الخطر الثاني. كذلك، لا يجب أن تتداخل الكوارث في الوقت لتؤثّر على بعضها البعض. فقد يكون للكارثة تأثيرات أكبر إذا وقعت بعد فترة وجيزة نسبيًا من كارثة أخرى مقارنة مع الكارثة نفسها التي تقع بعد فترة هدوء طويلة. بشكل عام كلما كان الوقت الفاصل بين الكارثتين طويلًا قلّت آثار الكارثة اللاحقة. قد يعود ذلك إلى واقع أنّ المجتمعات تحظى بذلك بوقتٍ للتعافي واستعادة بعض قدراتها على الصمود (راجع الفصل الثامن).

ويؤدي الكثير من التوجّهات نفسها غير المستدامة إلى انتشار جائحة كوفيد-19 وتغيّر المناخ. ويربط أحد التحليلات الجائحة وتغيّر المناخ بكلّ من «التصنيع الاستهلاكي الحديث بما في ذلك حرق الوقود الأحفوري، وزيادة الكثافة السكانية البشرية، واستبدال الأنظمة البيئية الطبيعية بالأنظمة البيئية التي يهيمن عليها الإنسان». وفي الوقت نفسه، تُعتبر العوامل التي تجعل الناس أكثر عرضة للأخطار هي نفسها في الكثير من الأحيان: لا سيما الفقر والسكن غير اللائق والبنية التحتية القديمة (Pelling et al, 2021).

3.1 ما علينا القيام به

الاستثمار في الوقاية والتأهب

لمواجهة عالم متعدد الأخطار

نعيش في وقتٍ تتزايد فيه الأخطار على أنواعها بشكلٍ أكثر تواترًا و/أو شدةً بما فيها الأمراض المعدية. ويمكن تلخيص الطريقة الأكثر دقة وحكمة من الناحية الاقتصادية للتخفيف من المخاطر التي تواجهنا في سبع كلمات: الوقاية قدر الإمكان والتأهب لكل شيءٍ آخر.

في هذا القسم، نستكشف الإجراءات المطلوبة لمنع وقوع كارثة صحية أخرى مثل جائحة كوفيد-19 من حيث كيفية الحد من تفشي الأمراض بشكلٍ نهائي وكيفية منعها من الخروج عن السيطرة والتسبب بحالات طوارئ كبرى. ثم نتوقف عند تحدي تأهب المجتمعات للوقاية من المرض والكشف عنه والاستجابة له في وقتٍ مبكر وبكفاءة. أخيرًا، نستكشف كيفية توسيع نطاق دروس التأهب هذه لتتطرق إلى ما هو أبعد من تفشي المرض وتجعل الأشخاص يتأهبون لمواجهة عالم متعدد الأخطار يتسم بمخاطر متزايدة ومضاعفة ومتداخلة.

1.3.1 الوقاية من أكبر قدر ممكن من الأخطار الصحية

الطريقة الأكثر فعالية للتعامل مع الكوارث هي منع حدوثها في المقام الأول. بالتالي، الوقاية هي الاستجابة المثالية لأنها تُجنب أو على الأقل تقلل من آثار تفشي الأمراض وجميع التكاليف اللازمة للاستجابة. فليس من الضروري مقاطعة البرامج الصحية المنتظمة للتركيز على خطر صحي واحد، وليس من الضروري إغلاق الأعمال التجارية أو الحدود لفترات طويلة أو إدارة الآثار الاجتماعية والاقتصادية الطويلة الأجل الناتجة عن جائحة عالمية. فلتجنب هذه الأضرار والتكاليف فوائد جمة ويمكن أن تستمر الحياة بشكلٍ طبيعي من دون توقف بسبب الدمار النفسي أو الصدمة. وتعتبر فوائد الوقاية معروفة على نطاق واسع: ففي الصحة المهنية تتم إدارة الأخطار باستخدام «تسلسل هرمي للضوابط» يتألف من خمسة مستويات أولها وأكثرها فعالية هو ببساطة القضاء على الخطر (NIOSH, no date). غير أن هذا الأمر لم يُترجم دائمًا إلى أفعال. ففي إدارة مخاطر الأمراض بما فيها حالات الطوارئ الصحية العاقبة، من الممكن منع ظهور مخاطر أكثر بكثير من تلك التي نركز عليها في الوقت الحاضر.

في مجال الصحة العاقبة، يشمل مصطلح «الوقاية» مجموعة واسعة من الأنشطة. وتهدف **الوقاية الأولية** إلى منع ظهور الأخطار في المقام الأول مثل الأمراض. وتركز **الوقاية الثانوية** على منع هذه الأخطار من التزايد في حالات الطوارئ. أما **وقاية المرحلة الثالثة** فترمي إلى الحد من آثار المرض أو الإصابة. ستركز مناقشتنا على الوقاية الأولية والثانوية.

لم يستطع المجتمع الدولي أن يمنع تحول تفشي مرض كوفيد-19 إلى جائحة. وكانت التكلفة العالمية لهذا الفشل باهظة الثمن. تجدر الإشارة إلى أن تقديرات التكلفة التراكمية للجائحة متباينة لكنها في حدود تريليونات الدولارات. وقد قدرت إحدى الدراسات تكلفة الجائحة على الولايات الأميركية وحدها بـ 16 تريليون دولار أميركي (Cutler and Summers, 2020). وقدّر صندوق النقد الدولي أن الجائحة ستكون قد كلفت الاقتصاد العالمي 13.8 تريليون دولار أميركي في نهاية العام 2024 (Gopinath, 2022). والجدير بالذكر أن السيطرة على فيروس كورونا في أوائل العام 2020 كان ليتطلب استثمارًا كبيرًا إلا أنه كان ليأتي بثمار ذات مستويات عدة. لقد تناولت إحدى الدراسات تكلفة ثلاثة إجراءات أولية للوقاية من الجائحة والتي ربما

كانت لتقلّل من خطر تحوّل مرض كوفيد-19 إلى جائحة وهي: تحسين عمليّة مراقبة انتشار مسبّب المرض مع تطوير قواعد البيانات العالمية في ما يتعلّق ببيولوجيا الفيروس، وإدارة تجارة الأحياء البريّة بشكل أفضل، والحدّ من إزالة الغابات. وجد الباحثون أنّ هذه الاستراتيجيّات الثلاث «تكلف أقلّ من 20/1 من قيمة الأرواح المفقودة كلّ عام بسبب الأمراض الحيوانيّة المنشأ الفيروسيّة الناشئة وأنّ لها فوائد كبيرة مشتركة» (Bernstein et al, 2022). كذلك، يقدر البنك الدولي أنّ تحسين التأهب للطوارئ الصحيّة سيكلف أقلّ من دولار أميركي واحد للفرد في السنة على الأقلّ في البلدان التي تحظى بأنظمة صحيّة شاملة نسبياً (World Bank, 2017).

بالطبع لا يمكن إيقاف ظهور بعض مخاطر الأمراض وتفشيها. وليس من الممكن حالياً منع ظهور معظم مسبّبات الأمراض (إلا إذا كانت تُنتج في المختبرات). فعلى سبيل المثال، لا يوجد لقاح معتمد ضد فيروس زيكا وبالتالي يمكن القول إنّ ما من مفرّ من الفاشيات الصغيرة، إلا أنّ ذلك لا يعني أنّ الوقاية غير قابلة للتحقيق. فلا يزال من الممكن منع انتشار مسبّبات الأمراض الحيوانيّة المنشأ بين البشر أو الحدّ من خطر الإصابة بمرض من خلال تحسين التغذية والصرف الصحي (الوقاية الأولى). كذلك، هناك مجموعة متنوّعة من التدابير الأساسيّة التي يمكننا اتّخاذها لمنع تفشي المرض الأولي من التحوّل إلى أوبئة أو جوائح (الوقاية الثّانوية).

كانت قصّة وباء كوفيد-19 لتكون مختلفة تماماً لو تبنّى المجتمع الدولي الوقاية الأولى والثّانوية. أمّا الفوائد التي تعود على البشرية من منع مثل هذا الفيروس من الانتقال إلى البشر والتحكّم السريع في مثل هذه الفاشيات عند ظهورها فهي هائلة. في عصر الجوائح القادم لن يكون العمل والاستجابة المبكران كافيين (Smolinski, 2021).

ما هي الإجراءات التي كانت تُعتبر ضروريّة للوقاية من جائحة كوفيد-19؟ يظهر نهجان مترابطان: منع تفشي المرض الأولي، ومنع تحوّل تفشي المرض إلى وباء بات في نهاية المطاف جائحة.

إنّ منع تفشي الأمراض يتطلّب منا معالجة العوامل التي تجعلنا عرضةً لها. وقد بدأت الأمراض المستجّدة المتزايدة تظهر، والواقع أنّ ما يسبّبها هو الأنشطة البشريّة نفسها التي تسبّب فقدان التنوع البيولوجي. ويُعتبر التوسع في الزراعة، وتغيير استخدام الأراضي، وتجارة واستهلاك الأحياء البريّة كلّها عوامل مساهمة في هذا الإطار. فتسبّب بالاقتراب الوثيق بين البشر والماشية والحيوانات البريّة ما يزيد من احتمال ظهور «تداعيات غير مباشرة حيوانيّة المنشأ» حيث تنتقل أمراض الأحياء البريّة إلى البشر (IPBES, 2020). وقد نظرت دراسة نُشرت في العام 2020 في 6801 نظاماً بيئياً في بلدان حول العالم، ووجدت أنّ في الأنظمة البيئيّة التي يهيمن عليها الإنسان كان عدد الحيوانات التي تستضيف مسبّبات الأمراض والطفيليات التي يمكن أن تصيب البشر أكبر بكثير من عددها في الأنظمة الأخرى (Gibb et al, 2020). وهذا يعني أنّنا نخلق الظروف الملائمة لتفشي الأمراض بشكلٍ متكرّر وقد يتحوّل بعض هذه الحالات إلى جوائح. وقد قدّر تحليل أجري في العام 2021 أنّ شخصاً على قيد الحياة اليوم يحظى بفرصة تقارب 39 في المئة لاختبار جائحة بحجم كوفيد-19 في حياته، كما قدّر أنّ هذا الاحتمال قد يتضاعف في العقود القادمة (Marani et al, 2021).

يمكننا الحدّ من هذه الأخطار التي يسبّبها الإنسان أحياناً بواسطة تدخّلات بسيطة، إلا أنّ بعض التدخّلات يمكن أن تكون أكثر تعقيداً وذات فعاليّة كبيرة. على سبيل المثال، شهدت المكسيك أوّل حالة كوليرا معروفة في العام 1991 وتحزّكت بسرعة للسيطرة على المرض. فحسّنت إمكانيّة الوصول إلى مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي وعزّزت ترصد الأمراض. وقد ظهرت آخر حالة إصابة بالكوليرا تمّ الإبلاغ عنها بعد 10 سنوات فقط ولم يتوطّن المرض أبداً في البلاد (Sepúlveda et al, 2006). (راجع المربّع 1.2: منع تفشي الأمراض من خلال توفير مياه نظيفة ومأمونة) في حالة الأمراض المعدية المنقولة جواً مثل مرض كوفيد-19 هناك أدلّة متزايدة على أنّ تحسين التهوية وتنقية الهواء يمكن أن يحدّ من تعرّض الأشخاص للمرض وبالتالي أن يحدّ من انتشاره (Berry et al, 2022).

للحدّ من مخاطر ظهور أمراض معدية جديدة نحتاج إلى اعتماد نهج «الصحة الواحدة» (OHHLEP, 2022). في هذا الإطار، تُعتبر صحّة الإنسان جزءاً من النظام البيئي العالمي (Gibbs, 2014). ويُعتبر هذا الأمر بالغ الأهمية للحدّ من خطر انتشار الأمراض الحيوانيّة المنشأ التي يمكن أن تؤدّي إلى تفشي الأوبئة والجوائح. فيجب مثلاً إدارة الثروة الحيوانية حيثما أمكن





غواتيمالا 2021 جلسة للمشاركة المجتمعية
والمساءلة في المجتمع المحلي. في غواتيمالا،
تأثر 160.5 شخصاً من كل 1000 شخص
بالكوارث في فترة 2020-2021، ولا يشمل ذلك
الأشخاص المتضررين أيضاً من كوفيد-19.
© هيرمانوس كورالو

بطرق تمنع التجمّعات غير الضرورية، لأنّ الحيوانات الموجودة في مساحات ضيّقة تنشر الأمراض بسرعة. كذلك، من الأفضل الاحتفاظ بدرجة من التباعد بين البشر والحيوانات التي يُعرّف أنّها تشكل خطرًا كبيرًا بالإصابة بالمرض. إلى جانب الحيوانية المنشأ (راجع الفصل الخامس) (Osman et al, 2021).

عند ظهور حالات تفشّي الأمراض، من الأفضل السيطرة عليها وهي لا تزال صغيرة النطاق. لحسن الحظ أنّنا نحظى بالكثير من الطرق لمنع حالات تفشّي الأمراض الصغيرة النطاق من التحوّل إلى أوبئة أو جائحات (راجع المربّع 1.3: دراسة حالة: جائحة الجمرة الخبيثة التي لم تقع). والوقاية من الأوبئة يعني التمتّع بالقدرة على اكتشاف حالات تفشّي الأمراض بسرعة، أو الحدّ من الضعف بشكل عام أو حتى توقعها (كما هو الحال في بعض الأحيان بالنسبة للكوليرا (Pasetto et al, 2017) (راجع المربّع 1.4). يتطلب هذا الأمر مزيدًا مما يلي بحسب المرض المحدّد:

- تعزيز عملية ترصد الأمراض بما في ذلك المراقبة المجتمعية وآليات تحديد الأشخاص المعرضين للخطر وإبلاغهم بذلك.
- التحقيق السريع وتتبع المخالطين والبحث النشط عن الحالات.
- إجراء اختبار تشخيصي لتحديد الحالات.
- تأمين العلاج للمرضى و/أو عزلهم في حال وجود مرضى.
- تدابير للحدّ من المخاطر التي يتعرّض لها مقدّمو الرعاية الصحية والساعين للحصول على الرعاية الصحيّة.
- اتخاذ تدابير لإبلاغ الأشخاص المعرضين للخطر ومساعدتهم على تغيير سلوكياتهم للحدّ من التعرّض للمرض والضعف مثل تحسين الصرف الصحي والتغذية والعزل (إذا لزم الأمر).

يصف تقرير «الأوبئة التي لم تحدث» (Epidemics That Didn't Happen) حالات متعدّدة من تفشّي الأمراض تمّ إيقافها من خلال اتخاذ إجراءات سريعة (Resolve to Save Lives, 2022). في إحدى الحالات، كانت سفينة سياحية تبحر بالقرب من ريو دي جانيرو في البرازيل في 14 كانون الأوّل/ديسمبر 2021 وبدأ خلال الرحلة عدّة أشخاص من طاقم العمل في السفينة يشعرون بأعراض شبيهة بأعراض الإنفلونزا، وكان أكثر من 3500 شخص على متن السفينة وبالتالي كانوا جميعهم معرّضين للخطر. بعد مرور ثلاثة أيام، أبلغت الوكالة الوطنية للمراقبة الصحية في البرازيل (ANVISA) بأنّه تمّ إثبات إصابة ثلاثة من أفراد الطاقم بالإنفلونزا وبأنّ 13 شخصًا كانوا قد خالطوا على الأقلّ واحدًا منهم عن قرب. فشكّلت السلطات الصحيّة المحليّة مركز عمليات للطوارئ. وفي 18 كانون الأوّل/ديسمبر صعد اختصاصيّو الوباء الميدانيّون إلى متن السفينة لجمع العينات وإجراء الفحوصات المخبريّة والتحقيق في المزيد من الحالات. أمّا الأشخاص الذين ثبتت إصابتهم بالإنفلونزا فغادروا السفينة وتمّ عزلهم في أحد الفنادق حيث كانوا تحت المراقبة اليوميّة. وقامت الفرق على متن السفينة بالتشجيع على اتخاذ تدابير إضافيّة منها استخدام الكمامة بشكلٍ إلزامي والالتزام بالتباعد الاجتماعي واتباع المبادئ التوجيهيّة الصحيّة. وفي هذا الإطار تمّ تنظيم حملة تلقيح ضدّ الإنفلونزا في 18 كانون الأوّل/ديسمبر. وبعد مرور 10 أيام فقط تمّ الإعلان عن انتهاء تفشّي المرض. ولم يتمّ تأكيد أيّ حالات جديدة ولم يتمّ إدخال الأشخاص إلى المستشفى ولم يصب أيّ راكب من السفينة، حتّى أنّ الإنفلونزا لم تنتشر خارج نطاق السفينة.

من الممكن تكييف العديد من ركائز الوقاية من الأوبئة وتنفيذها من قبل **الجهات الفاعلة المحليّة** في المجتمعات المعرّضة للخطر. على سبيل المثال، في أوائل شباط/فبراير 2022 أبلغ متطوّعو الصليب الأحمر في قرية ماكوما في سيراليون عن 32 تحذيرًا متعلّقًا بحمي مصحوبة بطفح جلدي أحمر. فتمّ الإبلاغ عن هذه بسرعة إلى مركز الصحة المجتمعيّة ومكتب المراقبة في المنطقة. فكتشفت الاختبارات عن الإصابة بالحصبة ما دفع إلى إطلاق حملة تلقيح مستهدفة في ماكوما والقرى المجاورة سمحت بالسيطرة على المرض بسرعة (IFRC, 2022d) (راجع الفصل الثاني).

المرتبّع 2.1: منع تفشّي الأمراض من خلال توفير مياه نظيفة ومأمونة

يعمل الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر على منع تفشّي الأمراض التي تنتشر عن طريق المياه القذرة وغير المأمونة. فيمكن أن يؤدي تحسين المياه والصرف الصحي والنظافة الصحيّة إلى الحدّ من انتشار أمراض مثل الكوليرا. لذلك يقوم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بإدارة برنامج «One WASH» (الإمداد بالمياه، الإصحاح والنهوض بالنظافة). ويهدف هذا البرنامج إلى توفير مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي للمجتمعات المعرّضة حالياً للإصابة بالكوليرا وبالتالي يهدف إلى حمايتها من الإصابة بالمرض. إلى جانب ذلك، يقدّم البرنامج أيضاً اللقاحات ويعزّز المراقبة المجتمعيّة ليصبح من الممكن اكتشاف حالات تفشّي الأمراض بسرعة (IFRC, 2021e).

فقد دفعت جائحة كوفيد-19 الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى العمل الآن على توسيع نطاق برنامج «One WASH» (الإمداد بالمياه، الإصحاح والنهوض بالنظافة) بهدف السيطرة على الأمراض المتعدّدة المنقولة بالمياه. وكما هو الحال في ما يتعلّق بالكوليرا، يمكن لبرامج الإمداد بالمياه، الإصحاح والنهوض بالنظافة أن تحدّ من انتشار التيفود والشيغيّة والفيروسات العجلى على سبيل المثال لا الحصر. ويخضّط الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر لإطلاق برنامج « (الإمداد بالمياه، الإصحاح والنهوض بالنظافة) في دول قد يصل عددها إلى 100 دولة في حال كان من الممكن تأمين التمويل والدعم، فيجب نشر مشاريع الإمداد بالمياه، الإصحاح والنهوض بالنظافة المماثلة والبرامج المماثلة للسيطرة على الأنواع الأخرى من مسبّبات الأمراض على نطاق واسع.



موزمبيق 2019 مئات العائلات فرّت من منازلها بعد إعصار "إيدي" بحثاً عن الأمان في مراكز استضافة كاذبي يبدو في الصورة. ظروف النظافة الصحية رديئة في هذه المراكز. ما يُعرّض المجتمعات لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة بالمياه، مثل الكوليرا. يعمل متطوّعو الصليب الأحمر في هذه المراكز لضمان وصول المجتمعات إلى مياه الشرب الآمنة ولتفادي حالات تفشّي الأمراض في المستقبل. © كوري باتلر / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

المرتبّع 3.1 / دراسة حالة

جائحة الجمرة الخبيثة التي لم تقع

في 15 آب/أغسطس 2019 تلقّى أحد المتطوّعين في جمعية الصليب الأحمر الكيني بعض الأخبار المقلقة. ففي بلدة ناروك القريبة من محمية ماساي مارا الوطنية، أصيب راعي وطالبان من السكان المحليين بمرض بعد تناول لحوم البقر وتمّ تشخيص إصابة الثلاثة بالجمرة الخبيثة.

كان المتطوّع قد تلقّى تدريبًا على نظام المراقبة المجتمعية التابع لجمعية الصليب الأحمر الكيني (IFRC, 2021b) وسرعان ما بعث رسالة نصّية قصيرة إلى المعنيين في النظام لتنبيه المشرف. وتمّ نقل هذه الرسالة إلى السلطات الصحية والبيطرية المحلية وإلى نظام المراقبة الوطني.

كان المتطوّع أيضًا يتمتّع ببعض المعرفة المتعلّقة بالأمور المحليّة نظرًا لانخراطه مع السكّان. وكان هؤلاء قد أفادوا بأنّ رعاة الماساي كانوا يعلمون ما هي الجمرة الخبيثة إلا أنّ الكثير منهم كانوا يستحقّون في مخاطرها.

بفضل تحرك المتطوع بشكل سريع ونظام المراقبة المجتمعية قام المشرف والمسؤول البيطري الحكومي في المقاطعة بالتحقيق في صحّة الماشية في المنطقة. وفي غضون أيّام قامت المقاطعة بتلقيح 10600 من الماشية و14000 من الأغنام.

وكانت الحكومة وجمعية الصليب الأحمر الكيني على دراية بأنّهما بحاجة إلى كسب ثقة المزارعين المحليّين وإلى مشاركتهم في هذه العملية فعقدوا جلسة حوار مجتمعيّ تقليدي. وتمّ تدريب المعلّمين في المدارس حول كيفة فحص الأطفال لمعرفة إن كانوا مصابين بالعدوى أو لا وكيفية الإبلاغ عن الأمراض إلى الجهات المسؤولة في مجال الصحّة العامة أو المتطوّعين في المنطقة. كذلك، أجرى برنامج التأهب للأوبئة والجوائح التابع لجمعية الصليب الأحمر الكيني أنشطة متعلّقة بالتوعية ونشرات إذاعيّة وزيارات منزليّة وجلسات تثقيف المجتمع. في الواقع، قامت هذه الأنشطة بتعزيز معرفة المجتمع في مجال الصحّة لا سيما في كيفية التخلّص من جيف الحيوانات بشكل آمن والإبلاغ عن الأمراض الحيوانية غير العادية. وكان عمل التوعية ناجحًا للغاية لدرجة أنّ المجتمع أدرك خطر الإصابة بالجمرة الخبيثة التي كان الكثيرون يستحقّون في خطورتها في السابق، فمنحوا الأولويّة لجهود التخفيف وتولّوا تمويل عملية تلقيح الحيوانات الخاصة بهم.

وبعد مرور شهر واحد من الحادثة الأوليّة أصبح الوضع تحت السيطرة إذ كانت هناك أربع حالات إصابة بشريّة ووفاة واحدة فقط. كذلك، كان السكّان قد أصبحوا أكثر تأهبًا من قبل (Resolve to Save Lives, 2021).



كينيا 2019 جوزفات متطوع في الصليب الأحمر من مجتمع الماساي في مقاطعة ناروك، كينيا. يساعد جوزفات مجتمعه في الوقاية من الأمراض، بما في ذلك الجعرة الخبيثة والكوليرا، ويحيل العائلات إلى المستشفى لتلقي الرعاية المناسبة التي تحتاج إليها. © كوري باتلر / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

المرتبّع 4.1: منع تفشّي الأمراض من خلال توفير مياه نظيفة ومأمونة

مع وجود بيانات أكثر وأفضل تظهر إمكانية التوقّع والعمل الاستباقي. وتُعتبر الإجراءات الاستباقية المستندة إلى التوقّعات أساسية للعمل الإنساني في القرن الحادي والعشرين.

فأصبح من الممكن اليوم توقّع العديد من الكوارث في وقتٍ مبكر بدرجات متفاوتة من الدقّة والفارق الزمني. فيمكن توقّع حالات الجفاف وتفشّي الجراد قبل أشهر في حين أنّ الإحصار الذي يصل إلى اليابسة لا يحذّر بظهوره سوى قبل بضعة أيام على الأكثر. فمثل هذا التوقّع يمكن الحكومات والعاملين في المجال الإنساني من اتخاذ إجراءات قبل وقوع الخطر ما يسمح بإنقاذ أرواح والحدّ من الضرر بطريقة فعّالة من حيث التكلفة. فإذا كان الإحصار مثلاً على وشك ضرب المنطقة، يُمكن إجلاء السكّان إلى الملاجئ في وقتٍ مبكرٍ على أن يتمّ بناء الملاجئ وأن يكون لدى السكّان ثقة كبيرة في الأشخاص الذين يتوقّعون وقوع الخطر (IFRC, no date a).

إن أبسط طريقة لترجمة التوقّع إلى إجراء فعلي هي إنشاء إنذارات مبكرة. فأنظمة الإنذار على المستوى الوطني تنقذ الأرواح باستمرار ويجب أن يتمّ تعزيزها لكثّافتها غالباً لا تصل إلّا إلى بعض المجتمعات. وتُعتبر أنظمة الإنذار المبكر بالأخطار المتعدّدة المرتكزة على المجتمع أمراً ضرورياً وتجدر الإشارة إلى أنّ الكثير من الجمعيات الوطنية قد ساعدت السكّان المحليين على إنشائها. ويُعتبر الإجراء المحليّ هو الأفضل؛ فيجب أن تعزّز أنظمة الإنذار المبكر المرتكزة على المجتمع من المعرفة والمهارات والخبرات المحليّة كما يجب أن تدعم وضع أشكال جديدة من البيانات وتأمين شبكات من المتطوّعين لضمان التواصل مع الجميع عند إصدار الإنذارات (راجع الفصل 2). ولدعم ذلك، انضمّ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى الشركاء الحكوميين والوكالات لإنشاء شراكة العمل المبكر الواعية بالمخاطر (REAP). وتهدف هذه الشراكة إلى التوصل إلى جعل مليار شخص أكثر أماناً من الكوارث بحلول العام 2025 من خلال زيادة تمويل العمل المبكر وتحسين أنظمة الإنذار المبكر ومساعدة الجهات الفاعلة المحليّة على اتخاذ إجراءات مبكرة (REAP, no date).

تكون التوقّعات أكثر قيمة إذا أدّت إلى وضع مجموعة من الإجراءات المنسّقة. ويُعتبر ذلك ممكناً من خلال التوقّعات المستندة إلى التأثير والتي تتجاوز مجرد توقّع موعد وقوع الخطر وتقدير الآثار المحتملة على الناس (Red Cross Red Crescent Climate Centre, 2020). فتصوّر منصّة IFRC GO الأخطار المتوقّعة وتعرض معلومات حول عدد الأشخاص والأصول الهامّة التي قد تتأدّى إثرها. كذلك، لتساهم في التخطيط على المدى الطويل تعرض أيضاً معلومات حول الإجراءات الاستباقية التي قد تتخذها المجتمعات للتخفيف من المخاطر المرتبطة بأخطار محدّدة (IFRC GO, no date a).

من خلال الإجراءات القائمة على التوقّع الصادرة عن صندوق الطوارئ للاستجابة للكوارث يقدّم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تمويلًا مخصّصاً لمساعدة الجمعيات الوطنية في التحرك قبل وقوع الكارثة (IFRC, no date b). وتُعتبر هذه الآلية مثلاً على التمويل القائم على التوقّع (Forecast-Based Financing, no date). فستند إلى التوقّعات الجوية وتحليلات المخاطر الأخرى لتحديد ما إذا كان الخطر وشيخاً وتطلق التمويل تلقائياً إذا كان كذلك. وفي الوقت نفسه حدّدت الجمعيات الوطنية بشكل مسبق بروتوكولات العمل المبكر التي يتمّ تفعيلها استجابةً لمحفّزات محدّدة حيث يتمّ دفع التمويل من الإجراءات القائمة على التوقّع الصادرة عن صندوق الطوارئ للاستجابة للكوارث.

للأسف، لا تزال عملية توقّع الأمراض في مراحلها الأولى. فتظهر بعض الأمراض بصورة منتظمة إذ تعاني مثلاً بلدان عدّة من موجة إنفلونزا في الشتاء. ولكن لا يزال توقّع تفشّي الأمراض يشكّل تحدياً. فحتى الآن كانت عملية التوقّع ناجحة لعددٍ قليل من الأمراض منها الكوليرا (Pasetto et al, 2018) وحمى الضنك (Hii et al, 2012). ومع ذلك الجدير بالذكر أنّ اتخاذ الإجراءات الاستباقية ممكن؛ فيتضمّن العديد من بروتوكولات العمل المبكر إجراءات مبكرة لمنع تفشّي الأمراض التي قد تنجم عن أحداث مثل الفيضانات وموجات الحرارة.

2.3.1 التأهب على جميع المستويات لجميع الآثار الرئيسية لكل من الأخطار الصحية

للأسف، لا يمكن أن تكون الوقاية شاملة ومتكاملة بشكل مثالي. فعلى الرغم من الجهود الكبيرة التي نبذلها لا مفر من ظهور بعض حالات تفشي الأمراض مع الإشارة إلى أن بعضاً منها سيتحول إلى حالات طوارئ صحية أكبر مثل الأوبئة.

لذلك، يُعتبر من الضروري تعزيز التأهب. فيجب أن نخطط في التأهب على كل المستويات بدءاً من أعلى الكيانات الحكومية وصولاً إلى أصغر مجتمع محلي (راجع الفصل الثاني). فيمكن القول إن السلسلة قوية بقدر ما حلقاتها ضعيفة أي إذا ضمنت الدولة أن وزاراتها الحكومية متأهبة لمواجهة تفشي الأمراض ولكنها أهملت المجتمعات المحلية فسوف تعاني للتكيف عند وقوع الفاشية. بالتالي من الضروري التأكد من أن التأهب المجتمعي يحظى بالدعم الذي يحصل عليه التأهب على المستويات الأخرى من المجتمع (IFRC, 2021c).

- **المجتمعات.** يُعتبر من الضروري أن تتمتع المجتمعات بالمعرفة والمهارات اللازمة لاتخاذ إجراءات وقائية سواء كان ذلك من خلال تحذير المتخصصين في القطاع الطبي بشأن تفشي مرض أو من خلال تنظيم الإخلاء قبل وقوع إعصار. ولتحقيق ذلك، من الضروري تعزيز محو الأمية الصحية على صعيد المجتمع حول الأمراض القابلة للتحويل إلى أوبئة وكيفية الوقاية من الفاشيات والتأهب لها. وهذا يتطلب التنسيق مع الجهات المعنية المحلية. ويتعين علينا أيضاً حشد المجتمعات لحضور الأنشطة الصحية من خلال تنظيم حملات تليف مثناً على المستوى الحكومي.

- **المستجيبون المعتمدون في الخطوط الأمامية.** تلعب الجهات الفاعلة المحلية ومنظمات المساعدة الإنسانية مثل الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر دوراً كبيراً في مساعدة المجتمعات على التعامل مع تفشي الأمراض. في بعض الأماكن تشكل هذه الجهات المزود الأساسي للرعاية الصحية وتدير كل الأمور انطلاقاً من بنوك الدم وصولاً إلى الصحة العقلية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي. ومن الضروري أن يتم تقييم قدراتها بانتظام. كما يجب منحها أساسيات ثابتة من خلال آليات تمويل مستقرة تمكنها من الحفاظ على موظفيها وتخزين الموارد.

- **الجهات الرئيسية الأخرى المعنية.** إن حالات تفشي الأمراض والأخطار الأخرى لا تهدد الأرواح فحسب بل يمكنها قلب الكثير من الجوانب في المجتمع بدءاً من إنتاج الغذاء وصولاً إلى التعليم (راجع الفصل الرابع). للحد من هذه التداعيات الضارة من الضروري للعاملين في مجال التأهب تحديد الجهات المعنية المناسبة في وقت مبكر. سيكون بعض هذه الجهات خبراء تقنيين لكنها تشمل أيضاً قادة المجتمع وأصحاب شركات خاصة وغيرهم. ويلعب القطاع الخاص دوراً رئيسياً في التأهب فيمكنه توفير التمويل والخبرة الفنية والتقنيات والبيانات المفيدة كما يمكن أن يكون مصدر تضامن. كذلك، تُعتبر وسائل الإعلام ضرورية لنشر رسائل متعلقة بالصحة العامة.

يجب أن يكون الهدف العام هو تعزيز النظم الصحية أي تحسين أنظمة الرعاية الصحية في البلدان. وتقر منظمة الصحة العالمية بأن تعزيز الأنظمة الصحية يهدف إلى إنشاء «نظام صحي يعمل بكفاءة ووثاق ... ويستند إلى وجود عاملين صحيين مدربين ومندفعين، وإلى بنية تحتية جيدة الصيانة، وإلى إمدادات موثوقة من الأدوية والتقنيات ويكون مدعوماً بتمويل كافٍ وقوي وبخطط صحية وسياسات قائمة على الأدلة». من العناصر الأساسية لتعزيز الأنظمة الصحية هي التغطية الصحية الشاملة التي تضمن وصول أي فرد في بلد معين إلى النظام الصحي (راجع الفصل الثاني).

أما بالنسبة لحالات الطوارئ مثل تفشي الأمراض فإن إجراء تمارين منتظمة يُعتبر أمراً أساسياً. ويقوم التدريب المتكرر وأنشطة المحاكاة بتمكين فرق الاستجابة من اكتشاف الأخطاء في خطتها بشكل مبكر وبالتالي من إصلاحها.

ويُعتبر من الضروري أيضاً بناء ثقة المجتمعات في النظام الصحي قبل تفشي المرض. فالكثير من الناس لا يثقون بالسلطات في بلدهم أو سبق وعاشوا تجارب سلبية متعلقة بالرعاية الصحية أو لديهم معتقدات ثقافية قوية تحد من

رغبتهم في طلب المساعدة. والتغلب على حواجز الثقة هذه يتطلب وقتًا ويجب القيام به خلال ظروف «عادية» بدلاً من إهمالها حتى وقوع حالة طوارئ (راجع الفصل الثاني).

أخيرًا، يجب أن نتذكر أن حالة الطوارئ الصحية لها آثار تتجاوز العواقب الصحية المباشرة ويجب أن نخطط وفقًا لذلك لجميع العواقب الكبرى. تُعتبر جائحة كوفيد-19 أزمة صحية من جذورها غير أن آثارها لا تقتصر على الآثار الصحية لفيروس كورونا وحسب. فقد تسببت الجائحة بأضرار على سبل عيش الناس وعلى صحتهم العقلية وعلى تعليم الأطفال. أمّا البلدان التي استجابت بنجاح ففعلت ذلك جزئيًا من خلال توفير الأدوية واللقاحات إلا أنها قدّمت أيضًا مساعدات مالية وأشكال أخرى من المساعدة. وفي معظم البلدان، أدت أضرار الوباء الاجتماعية والاقتصادية إلى ترسيخ أوجه عدم المساواة الاجتماعية. وإذا كنا نريد منع وقوع مثل هذه النتائج غير العادلة عند ظهور أخطار أخرى في المستقبل فيجب أن نبتكر استجابات تلبي جميع احتياجات الناس. لذلك، من الضروري التآهب للتأثيرات الاجتماعية والاقتصادية للأخطار مثل تأمين الرعاية في المنزل خلال فترات العزلة للأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة منتظمة. ومن الضروري أيضًا تطوير أشكال رقمية للمساعدة يمكن نشرها على نطاق واسع (راجع المربع 1.5: الاستخدامات المتعددة للتقنيات الرقمية). كذلك، على النطاق الأوسع يُعتبر تعزيز الحماية الاجتماعية أمرًا أساسيًا لأن مثل هذه الأنظمة قد يساعد الأشخاص عند وقوع كوارث مختلفة الأشكال. (راجع الفصل الرابع).



الفلبين 2021 لضمان عدم ترك أحد خلف الركب، توجه متطوعو الصليب الأحمر الفلبيني إلى المناطق النائية لتنفيذ حملات تلقيح متنقلة ضد كوفيد-19. يعالج المتطوعون شواغل الناس ومخاوفهم بشأن اللقاح بصبر. © فرانسيس نوغيرا

المرجع 5.1: الاستخدامات المتعددة للتقنيات الرقمية

أنشأ وباء كوفيد-19 تحديات غير مسبقة للمستجيبين وغالبًا ما تمّ حلّها باستخدام الأساليب الرقمية. فكانت أشكال المساعدة الرقمية تزداد بالفعل منذ سنوات قبل ظهور وباء كوفيد-19 إلا أنّه أودى إلى استخدامها بشكل أكبر. فأدت القيود المفروضة على السفر مثلاً إلى صعوبة أو استحالة الوصول إلى الأشخاص الأكثر ضعفاً. كذلك، أدّت هذه القيود نفسها إلى تفاقم نقاط الضعف من خلال انقطاع الناس عن سبل عيشهم وأصدقائهم وعائلاتهم ما جعل الحصول على المساعدة أمراً ملحاً أكثر من أيّ وقت مضى.

وتتمّ تقديم أشكال عدّة من المساعدة الصحية رقمياً أثناء الجائحة. وفي الكثير من البلدان، اعتمدت الخدمات الصحية أنظمة الحجز عبر الإنترنت لتقليل عدد الأشخاص الذين يزورون مراكز التسليم. كذلك، فُرض على متطوعي الصليب الأحمر والهلال الأحمر الذين كانوا يزورون في السابق الأشخاص المستضعفين في منازلهم أن يتواصلوا معهم من خلال الهاتف أو الرسائل النصية بدلاً من زيارتهم شخصياً. وكانت التدريبات تتمّ عبر الإنترنت، والواقع أنّ هذا التحوّل إلى الحلول الرقمية كان مثلاً على القدرة على التكيف وخفّف بشكلٍ واضح من أكثر الأضرار سوءاً التي تنتج عن الجوائح بما في ذلك الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية. بالتالي، يُعتبر مثل هذه الأساليب عنصراً أساسياً في الاستجابات الإنسانية في المستقبل. تقدّم شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الآن الكثير من تطبيقات الهواتف الذكية، وتقدّم المشورة بشأن الإسعافات الأولية، وتساعد الناس على التأهب لحالات الطوارئ مثل الأعاصير (American Red Cross, no date) كما أنّها توفّر مجموعة أدوات لمكافحة الأوبئة (IFRC, no date c).

غير أنّ المساعدة الرقمية هي في بعض الأحيان مجرّد بديل أفضل أو ممكن للمساعدة وجهاً لوجه. وتُعتبر الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي من أحد المجالات المعنيّة في هذا الإطار. فعندما تمّ تقييد حركة الأشخاص خلال جائحة كوفيد-19 قدّم موظفو الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر خدمات نفسية من خلال الهاتف والدرشة عبر الفيديو (IFRC Psychosocial Centre, 2020). ولكن أفاد تقرير صادر عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر لعام 2020 إلى أنّ «الدعم عن بعد لا يمكن أن يحلّ محل الخدمات المباشرة». ولا يزال الدليل على فعالية دعم الصحة العقلية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي عن بعد محدوداً فوجود الشخص الآخر حضورياً هو مكسب في حد ذاته (IFRC, 2020b).

ومن أبرز سلبات المساعدة الرقمية هي أنّها تستثني الأشخاص الذين لا يتمتّعون بإمكانية الوصول إلى الإنترنت أو الأشخاص الذين لا يشعرون بالراحة لاستخدامها (IFRC, 2018). فيعتبر ذلك فشلاً في **الإنصاف** لأنّ الأشخاص الأكثر فقراً وضعفاً غالباً ما يكونون معزولين عن العالم الرقمي. والجدير بالذكر أنّ تقرير الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر للعام 2021 أفاد بأنّ المهاجرين غالباً ما كانوا عرضة للاستبعاد الرقمي خلال جائحة كوفيد-19 (IFRC, 2021d). وفي مصر كانت عمليات إصدار وتجديد تصاريح الإقامة تتمّ عبر الإنترنت ولم تكن متاحة على الصعيد العالمي. وعلى الرغم من أنّ الحكومة قرّرت عدم فرض غرامات على تصاريح الإقامة المنتهية الصلاحية وتمديد فترة التجديد إلا أنّ المهاجرين الذين لا يتمتّعون بإمكانية الوصول إلى هذه العمليات عبر الإنترنت لم يتمكّنوا من دفع الفواتير أو تلقّي المساعدة. في الواقع، كان بعضهم غير مرتاح لاستخدام هذه الآلية: فالأمان النفسي الرقمي عاملٌ مهمٌ مرتبط **بالثقة** والحماية ومحو الأمية الرقمية.

ولمكافحة الاستبعاد الرقمي، يجب على الحكومات تعزيز وصول الأشخاص إلى الهواتف المحمولة/الإنترنت وتعزيز مهاراتهم الرقمية أو المساعدة لا سيما للمجتمعات النائية والأشخاص المستضعفين. فهذا الأمر ضروري لضمان عدم استثناء أحد بسبب الثورة الرقمية.

”

لم يستطع المجتمع الدولي أن
يمنع تحوّل تفشّي مرض كوفيد-19
إلى جائحة. وكانت التكلفة العالميّة
لهذا الفشل باهظة الثمن.

“



3.3.1 الوقاية من الأخطار المتعددة والتأهب لها

أخيراً، ما الذي يتعين على المجتمعات القيام به للتأهب لعالم متعدد الأخطار؟ كيف يختلف التأهب للأخطار المتعددة عن التأهب للطوارئ الصحية أو التأهب للزلازل؟

الإجابة المختصرة هي أننا بحاجة إلى أنظمة متكاملة للسماح بالتأهب للأخطار المتعددة. ففرق المستجيبين المدربين على الاستجابة لتفشي فيروس كورونا أو تسونامي وحسب لن تتمكن من التأقلم مع الوضع. بدلاً من ذلك، يجب أن تمتلك الفرق مجموعة واسعة من المهارات وتجدر الإشارة إلى أن وجود متخصصين وخبراء لا يزال ضرورياً ولكن يجب عليهم معرفة كيفية العمل ضمن فرق متكاملة. ويتطلب بناء مثل هذه الفرق **الثقة والإنصاف**، فيجب على الأعضاء احترام مهارات بعضهم البعض. كما يجب أن يتم هذا التكامل على المستويات الوطنية والمحلية والتنظيمية.

من الضروري كسر الحواجز التي تفصل بين إدارة مخاطر الكوارث والصحة العامة. وغالباً ما تم عزل هذين المجالين ما يحد من فعالتهما. في الواقع، المجالان مرتبطان بشكل كبير. فعلى سبيل المثال، لا تؤدي الفيضانات إلى زيادة خطر الغرق والأضرار والخسائر وحسب بل تحمل أيضاً أمراضاً تُنقل في المياه. وبالتالي هنا أيضاً يجب شمل نهج «الصحة الواحدة» One Health الذي ينظر إلى صحة الإنسان على أنها جزء من نظام اجتماعي وإيكولوجي أوسع نطاقاً (راجع المربع 1.6).

لإنشاء مثل هذه الفرق المتكاملة، من الضروري زيادة عدد الموظفين والموارد في الفرق المعنية بالكوارث والصحة لا سيما على مستوى السكان. فتحتاج الرعاية الصحية الأولية على وجه الخصوص إلى تحسينات كبيرة. فليس من الصحيح تشغيل المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأخرى بأقصى طاقتها خلال الظروف العادية، لعدم وجود طاقة احتياطية لمواجهة الأزمات. فالدافع نحو الكفاءة تحت عنوان خفض التكاليف يقلل من قدرة النظام على الصمود. علاوة على ذلك، إن النقص في الموظفين يعني أن أعضاء الفريق ليس لديهم الفرصة لتعلم مهارات جديدة أو تحسين عملياتهم (راجع الفصل الخامس). والمنطق نفسه ينطبق على المراكز الصحية المجتمعية **والجهات الفاعلة الأخرى المحلية**. ويُعتبر أفضل نهج يمكن اتباعه في هذا الإطار هو تكوين مثل هذه الفرق ومواردها في الفترات الطبيعية. بهذه الطريقة تحظى الفرق بفرصة للتأهب للأوقات العصيبة.

يجب أن تركز التمارين التدريبية على الاستعداد للأخطار المتعددة. فقد يكون بلد ما معرضاً لخطر كبير من وقوع الزلازل بسبب موقعه وفي هذه الحالة يجب على المستجيبين أن يكونوا مدربين لمواجهة مثل هذه الأحداث. إلا أنه يتعين على هؤلاء المستجيبين أيضاً التدرب على المخاطر «العاقبة» مثل الإنفلونزا والتي قد تكون أقل بروزاً ولكنها محتملة تماماً (راجع المربع 1.7: دراسة حالة: كيف تعاملت بنما مع إعصار وقع فيها خلال أسوأ فترة من الجائحة).

المرتبّع 6.1: تنفيذ التأهب المتعدّد الأخطار

إنّ مخطط «الاستعداد للاستجابة الفعّالة» التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر يساعد الجمعيات الوطنية على تعزيز تأهبها. فيساعد مخطط الاستعداد للاستجابة الفعّالة الجمعيات الوطنية على تقييم مدى تأهبها للأخطار المختلفة وتحديد مجالات التحسين ووضع وتنفيذ خطة لتصبح أكثر تأهبًا. في جميع المراحل، تشدّد العملية على التنسيق مع شركاء الجمعيات الوطنية بدءًا من المستجيبين على مستوى السكان وصولًا إلى القطاع الخاص والسلطات (IFRC, 2019).



بنما 2021 سببت الأمطار الغزيرة في شهر تموز/يوليو فيضانات شديدة وانهيارات أرضية في عدّة مقاطعات في بنما. دمرت المنازل وأجبرت آلاف الأشخاص على النزوح. لذا، خشدت جمعية الصليب الأحمر البنمي المتطوعين لمساعدة أكثر من 800 عائلة (4000 شخص) في البلدات والمدن الأكثر تضررًا في بوكاس ديل تورو. © بينفنديو فيلاسكو

المرتبّع 7.1 / دراسة حالة

دراسة حالة: كيف تعاملت بنما مع إعصار وقع فيها خلال أسوأ فترة من الجائحة

في أوائل تشرين الثاني/نوفمبر 2020 اجتاح الإعصار إيتا أجزاءً عدّة من أميركا الوسطى بعد أن وصل إلى اليابسة كإعصار من الفئة الرابعة. وكان هذا الإعصار ثاني أقوى عاصفة في موسم الأعاصير التي ضربت المحيط الأطلسي في العام 2020 والتي تسببت في دمار كبير في العديد من البلدان.

في بنما، تسبب الإعصار إيتا في وقوع انهيارات أرضية وفيضانات ورياح قويّة. وأُجبر آلاف الأشخاص على ترك منازلهم.

ويمكن اعتبار هذه الحادثة وضعًا مؤلّمًا نظرًا إلى أنّ الإعصار ظهر عندما كانت جائحة كوفيد-19 في ذروتها. وكان ذلك مثالًا على كيفيّة تداخل الأخطار بشكل متزايد وتفاقم بعضها البعض. وكانت بنما تكافح في الأساس للتعامل مع مرضٍ معدٍ خطير لم يكن يتوقّر له لقاح بعد وبات عليها أيضًا مواجهة إعصار كبير.

وكان أحد التأثيرات المحتملة هو زيادة تفشّي وباء كوفيد-19 فأصبحت تدابير الوقاية مثل التباعد الاجتماعي أكثر صعوبة في مراكز الإخلاء وغيرها من الأماكن (IFRC, 2020a).

ونقذ الصليب الأحمر البنمي لأوّل مرّة نهج الاستعداد للاستجابة الفعّالة. وقد تطلّب ذلك مراجعة تفصيليّة للعمليات وتمكينه من تحديد نقاط الضعف في الاستجابات السابقة وتحسينها. وشملت مجالات التحسين هذه الخدمات اللوجستية ومجالي التواصل والتنسيق مع الجهات الفاعلة الأخرى. من خلال العمل عن كثب مع شخصيات حكوميّة مثل رؤساء البلديات والجهات الفاعلة الأخرى حصل الصليب الأحمر البنمي على مرافق حيويّة مثل أماكن التخزين التي لم تكن تحظى بها من قبل.

وكانت هذه التحسينات تعني أنّ الصليب الأحمر البنمي قادرًا على توفير الضروريات مثل إمكانيّة الوصول إلى مياه الشرب وتحقيق النظافة الشخصيّة. ومن المحتمل أن يكون هذا الأمر قد قلّل من خطر الإصابة بالعدوى سواء كانت وباء كوفيد-19 أو أمراضًا أخرى مثل الكوليرا (Acosta, 2021).

وتُظهر تجربة الصليب الأحمر البنمي أنّه من الممكن الاستجابة بفعاليّة حتى عند وقوع كوارث عدّة متداخلة إلا أنّ القيام بذلك يتطلّب إعدادًا وتنسيقًا دقيقين.



التوصيات الرئيسية

منع تفشي المرض قدر الإمكان. تجدر الإشارة إلى أنّ معدّل انتقال الأمراض الجديدة من الحيوانات إلى البشر يمكن تخفيضه من خلال اعتماد نهج «الصحة الواحدة»: مثل تأمين مراقبة متكاملة لصحة الحيوانات والبشر. وفي الوقت نفسه، يمكن لتدابير الصحة العامة مثل تحسين الصرف الصحي والتغذية وجودة الهواء (من خلال التهوية مثلاً) والتلقيح (عند توفّر اللقاح) أن تساعد في احتواء تفشي المرض. ويجب أن يتم إشراك السكّان في تصميم هذه البرامج وتنفيذها.

تعزيز الأنظمة الصحية قبل وقوع الفاشيات لمنع الأزمة من التحوّل إلى وباء أو جائحة. تعزيز الأنظمة الصحية أمرٌ ضروري للسماح بتنفيذ الاستجابات السريعة والفعّالة. فيعتبر الإنذار المبكر/الإجراء المبكر أمراً بالغ الأهمية، ويكون أكثر فعالية من خلال الحضور الدائم والمراقبة الدائمة على مستوى المجتمع. ويمكن لاستراتيجيات معينة مثل تتبع المخالطين وإجراء اختبارات التشخيص والعلاجات الوقائية أن تبطئ انتشار المرض وتحسّن النتائج المتعلقة بصحة الأشخاص. يجب استكمال هذه الإجراءات بتدابير صحة العامة أخرى مضادة مثل تدابير العزل (المدعومة جيداً) وغسل اليدين وارتداء الكمامات.

يجب على السلطات الوطنية والمحليّة وضع خطط تأهب منسّقة على الصعيد الوطني. ويجب أن تشمل خطط التأهب المجتمع بأسره انطلاقاً من المجتمعات المحلية والجهات الفاعلة المحليّة وصولاً إلى النظم الصحيّة والوزارات الحكوميّة. ويُعتبر من الضروري وجود آليات تنسيق وأدوار ومسؤوليات محدّدة جيّداً لتتمكّن الجهات الفاعلة من العمل معاً بشكلٍ سلسٍ وفعّال. ويتطلّب هذا الأمر تدريباً منتظماً كما يتطلّب بناء قدرات الجهات الفاعلة المحليّة التي لم تتلقّ حتى الآن الدعم الكافي (راجع الفصل الثاني).

السماح بالتأهب للأخطار المتعدّدة من خلال بناء فرق متكاملة. يتزايد خطر تفشي الأمراض كما يتزايد خطر وقوع أخطار أخرى مثل الأعاصير وحالات الجفاف. لكي تصبح المجتمعات قادرة على الصمود يجب أن تستثمر في التأهب للأخطار المتعدّدة. ويتطلّب هذا الأمر فرق استجابة متكاملة لا سيما على مستوى المجتمع كما يتطلّب التحلّي بالمعرفة والموارد اللازمة للاستجابة للأخطار المتعدّدة وحتى المتداخلة منها. والجدير بالذكر أنّ زيادة إمكانيّة الوصول إلى التكنولوجيا الرقمية ومحو الأميّة تسمح بتمكين المزيد من الأشخاص من تلقّي المساعدة رقمياً.

- Acosta O (2021) **A more effective response is possible**. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. <https://www.ifrc.org/article/more-effective-response-possible>
- American Red Cross (no date) **Red Cross Mobile Apps and Voice-Enabled Skills/Actions**. <https://www.redcross.org/get-help/how-to-prepare-for-emergencies/mobile-apps.html>
- Amoli S and Jones E (2022) Lessons from drought response in Afghanistan. **Forced Migration Review**, 69. <https://www.fmreview.org/climate-crisis/amoli-jones>
- Baker RE et al (2021) Infectious disease in an era of global change. **Nature Reviews Microbiology**, 20, pp. 193-205. <https://doi.org/10.1038/s4157900639--021-z>
- BBC News (2021) **Cyclone Yaas: Severe storm lashes India and Bangladesh**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-india-57237953>
- BBC News (2022) **Tonga enters Covid lockdown after aid delivered**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60210867>
- Bernstein AS et al (2022) The costs and benefits of primary prevention of zoonotic pandemics. **Science Advances**, 8(5), eabl4183. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abl4183>
- Berry G et al (2022) A review of methods to reduce the probability of the airborne spread of COVID-19 in ventilation systems and enclosed spaces. **Environmental Research**, 203, 111765. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111765>
- Biehl J et al (2021) Supreme Court v. Necropolitics: The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. **Health and Human Rights Journal**, 23(1), pp. 151-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8233022/>
- Blanc J et al (2020) **Conflict Zones in the Time of Coronavirus: War and War by Other Means**. Carnegie Endowment for International Peace. <https://carnegieendowment.org/202017/12//conflict-zones-in-time-of-coronavirus-war-and-war-by-other-means-pub-83462>
- Burki T (2020) Global shortage of personal protective equipment. **The Lancet Infectious Diseases**, 20(7), pp. 785-6. [https://doi.org/10.1016/S14736-30501\(20\)3099-](https://doi.org/10.1016/S14736-30501(20)3099-)
- Center for Disaster Philanthropy (2022) **2022 Afghanistan Earthquake**. <https://disasterphilanthropy.org/disasters/2022-afghanistan-earthquake/>

Chen H et al (2021) A cross-country core strategy comparison in China, Japan, Singapore and South Korea during the early COVID-19 pandemic. **Global Health**, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s1299200672--021-w>

Cohen J and van der Meulen Rodgers Y (2020) Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. **Preventive Medicine**, 141, 106263. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106263>

Corwin A. et al (2021) The Impact of Preparedness in Defying COVID-19 Pandemic Expectations in the Lower Mekong Region: A Case Study. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 104(4), pp. 1519-25. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1499>

Cutler DM and Summers LH (2020) The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus. **JAMA**, 324(15), pp. 1495-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19759>

Davies M and Furneaux R (2021) **Oxygen shortages threaten 'total collapse' of dozens of health systems**. The Guardian, 25 May 2021. <https://www.theguardian.com/global-development/2021/may/25/oxygen-shortages-threaten-total-collapse-of-dozens-of-health-systems>

Dyer C (2021) Covid-19: Government wasted millions on poor quality PPE, spending watchdog finds. **BMJ**, 372, n399. <https://doi.org/10.1136/bmj.n399>

Ellis-Petersen H and Ratcliffe R (2020) **Super-cyclone Amphan hits coast of India and Bangladesh**. The Guardian, 20 May 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/super-cyclone-amphan-evacuations-in-india-and-bangladesh-slowed-by-virus>

EM-DAT (No date) <https://www.emdat.be/>

Faller M (2020) **The story of a resolution in the time of COVID-19**. Red Cross and Red Crescent Statutory Meetings blog. <https://rcrcconference.org/blog-stories/story-of-resolution-during-covid19/>

Finset A et al (2020) Effective health communication - a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. **Patient Education and Counseling**, 103(5), pp. 873-6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>

Forecast-Based Financing (no date) <https://www.forecast-based-financing.org/>

Gannon K (2022) New COVID-19 Wave Batters Afghanistan's Crumbling Health Care. The Diplomat, 9 February 2022. <https://thediplomat.com/202202/new-covid-19-wave-batters-afghanistans-crumbling-health-care/>

Gibb R et al (2020) Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems. **Nature**, 584, pp. 398-402. <https://doi.org/10.1038/s415868-2562-020->

Gibbs EPJ. (2014) The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. **Veterinary Record**, 174(4), pp. 85-91. <https://doi.org/10.1136/vr.g143>

Gopinath G (2022) **A Disrupted Global Recovery**. IMF Blog, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/202225/01/blog-a-disrupted-global-recovery>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2020) **A world in disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020**. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2021) **From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021**. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

Hatcher W (2020) A Failure of Political Communication Not a Failure of Bureaucracy: The Danger of Presidential Misinformation During the COVID-19 Pandemic. **The American Review of Public Administration**, 50(6-7), pp. 614-20. <https://doi.org/10.11770275074020941734/>

Hii YL et al (2012) Forecast of dengue incidence using temperature and rainfall. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 6(11), e1908. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001908>

Hyland-Wood B et al (2021) Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19. **Humanities & Social Science Communications**, 8, 30. <https://doi.org/10.1057/s4159900701-020-w>

Ibrahimi SS and Safi N (2020) **Coping with COVID-19 and Conflict in Afghanistan**. NYU Center on International Cooperation. <https://cic.nyu.edu/sites/default/files/coping-with-covid19-conflict-afghanistan.pdf>

IFRC (2018) **World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind: The international humanitarian sector must do more to respond to the needs of the world's most vulnerable people**. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2018>

IFRC (2019) **Preparedness for Effective Response leaflet**. <https://www.ifrc.org/document/preparedness-effective-response-leaflet>

IFRC (2020a) **IFRC concerned about impact of Hurricane Eta on coronavirus transmission**. <https://www.ifrc.org/article/ifrc-concerned-about-impact-hurricane-eta-coronavirus-transmission>

IFRC (2020b) **The greatest need was to be listened to: The importance of mental health and psychosocial support during COVID-19. Experiences and recommendations from the International Red Cross and Red Crescent Movement**. <https://www.ifrc.org/document/importance-mental-health-and-psychosocial-support-during-covid-19>

IFRC (2020c) **World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together**. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (2021a) **Communities affected by Hurricanes Eta and Iota are threatened by food insecurity, displacement and the climate crisis**. <https://www.ifrc.org/press-release/communities-affected-hurricanes-eta-and-iota-are-threatened-food-insecurity>

IFRC (2021b) **Case study: One Health in Action, Kenya Red Cross**. <https://www.ifrc.org/document/case-study-one-health-action-kenya-red-cross>

IFRC (2021c) **Global Health Security**. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-07/IFRC-GHS_July20212-.pdf

IFRC (2021d) **More than 139 million people hit by climate crisis and COVID-19, new IFRC analysis reveals**. <https://www.ifrcnewsroom.org/story/en/323/more-than-139-million-people-hit-by-climate-crisis-and-covid-19-new-ifrc-analysis-reveals/2577>

IFRC (2021e) **One WASH: Integrated Public Health, Water, Sanitation and Hygiene for Cholera Elimination**. <https://www.ifrc.org/document/one-wash>

IFRC (2022a) **Afghanistan: Unending crises driving millions to breaking point**. <https://www.ifrc.org/press-release/afghanistan-unending-crises-driving-millions-breaking-point>

IFRC (2022b) **Everyone Counts: COVID-19: Nobody is safe until everybody is safe**. Forthcoming

IFRC (2022c) **National Societies Preparedness and COVID-19 Response: Lessons for strengthening National Society response capacity**. Available on request.

IFRC (2022d) **Sierra Leone: Early detection and early response to curb the spread of measles. Epidemic Preparedness and Response**. Monthly Update #23. <https://us20.campaign-archive.com/?u=edcc154b37e4fb111d2e7af3a&id=ec99d49253>

IFRC (2022e) **Afghanistan: Humanitarian Crisis Operation Update #6 Emergency Appeal no. MDRAF007**. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-humanitarian-crisis-operation-update-6-emergency-appeal-no-mdraf007>

IFRC (no date a) **Early warning, early action**. <https://www.ifrc.org/early-warning-early-action>

IFRC (no date b) **Forecast-based action**. <https://www.ifrc.org/forecast-based-action>

IFRC (no date c) **Epidemic Control Toolkit**. <https://epidemics.ifrc.org/>

IFRC GO (no date a) <https://go.ifrc.org/>

IFRC GO (no date b) **Central America: Hurricanes Eta and Iota**. <https://go.ifrc.org/emergencies/4889#details>

IFRC Psychosocial Centre (2020) **Remote Psychological First Aid during COVID-19**. <https://pscentre.org/?resource=remote-psychological-first-aid-during-covid-19-may-2020&selected=single-resource>

IFSPC (Integrated Food Security Phase Classification) (2021) **Afghanistan IPC Acute Food Insecurity Analysis: September 2021 - March 2022 (Issued in October 2021)**. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-ipc-acute-food-insecurity-analysis-september-2021-march-2022-issued>

Imai N et al (2022) COVID-19 in Japan, January-March 2020: insights from the first three months of the epidemic. **BMC Infectious Diseases**, 22, 493. <https://doi.org/10.1186/s128791-07469-022->

IPBES (Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) (2020) **Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services**. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4147317>

IPCC (2022) **Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change**. <https://doi.org/10.10179781009325844.001/>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) **COVID-19: Make it the Last Pandemic**. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

- Jacobzone S et al (2022) **Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government.** Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/building-resilience-to-the-covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government-883d2961/>
- Johnston A (2022) **Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response.** International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Available on request.
- Kapucu N and Hu Q (2022) An Old Puzzle and Unprecedented Challenges: Coordination in Response to the COVID-19 Pandemic in the US. **Public Performance & Management Review**, 45(4), pp. 773-98. <https://doi.org/10.1080/153095/76.2022.2040039>
- Kunicova J (2020) **Driving the COVID-19 Response from the Center: Institutional Mechanisms to Ensure Whole-of-Government Coordination.** Governance and Institutions Responses to COVID-19. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/944721604613856580/driving-the-covid-19-response-from-the-center-institutional-mechanisms-to-ensure-whole-of-government-coordination>
- Lee JS et al (2021) Analysis of the initial lot of the CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) real-time RT-PCR diagnostic panel. **PLoS ONE**, 16(12): e0260487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260487>
- Mahase E (2022) Covid-19: Oxygen shortages two years into pandemic highlight pre-covid failures, says WHO. **BMJ**, 376, n829. <https://doi.org/10.1136/bmj.o829>
- Malecki KMC et al (2021) Crisis Communication and Public Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media. **Clinical Infectious Diseases**, 72(4), pp. 697-702. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa758>
- Marani M et al (2021) Intensity and frequency of extreme novel epidemics. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 118(35), e2105482118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2105482118>
- Mheidly N and Fares J (2020) Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. **Journal of Public Health Policy**, 41, pp. 410-20. <https://doi.org/10.1057/s4127100247-020-w>
- Natoli L et al (2020) Mongolia Red Cross Society, influenza preparedness planning and the response to COVID-19: the case for investing in epidemic preparedness. **Western Pacific Surveillance and Response**, 11(4), 2. <https://doi.org/10.5365/wpsar.2020.11.2.013>
- NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) (no date) **Hierarchy of Controls.** <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
- Oliver D (2021) Covid-19: NHS trusts deny restricting PPE during pandemic. **BMJ**, 372, n442. <https://doi.org/10.1136/bmj.n442>
- OHHLEP (One Health High-Level Expert Panel) et al (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. **PLoS Pathogens**, 18(6), e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>
- Osman Y et al (2021) Integrated community based human and animal syndromic surveillance in Adadle district of the Somali region of Ethiopia. **One Health**, 13, 100334. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100334>

Palma-Oliveira J et al (2021) Why Did Risk Communication Fail for the COVID-19 Pandemic, and How Can We Do Better? In: Linkov I, Keenan JM, Trump BD (eds) **COVID-19: Systemic Risk and Resilience. Risk, Systems and Decisions**. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/12_8-71587-030-3-978/

Pasetto D et al (2017) Real-time projections of cholera outbreaks through data assimilation and rainfall forecasting. **Advances in Water Resources**, 108, pp. 345-56. <https://doi.org/10.1016/j.advwatres.2016.10.004>

Pasetto D et al (2018) Near real-time forecasting for cholera decision making in Haiti after Hurricane Matthew. **PLoS Computational Biology**, 14(5), e1006127. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1006127>

Pelling M et al (2021) Synergies Between COVID-19 and Climate Change Impacts and Responses. **Journal of Extreme Events**, 8(3), 2131002. <https://doi.org/10.1142/S2345737621310023>

REAP (Risk-informed Early Action Partnership) (no date) <https://www.early-action-reap.org/>

Red Cross Red Crescent Climate Centre (2020) **The Future of Forecasts: Impact-based Forecasting for Early Action**. <https://www.ifrc.org/document/future-forecasts-impact-based-forecasting-early-action>

Red Cross Red Crescent Global Migration Lab (2021) **Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery**. <https://www.ifrc.org/document/locked-down-left-out>

Resolve to Save Lives (2021) **Epidemics That Didn't Happen**. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen-2021/>

Resolve to Save Lives (2022) **Epidemics That Didn't Happen**. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen/>

Reuters (no date) **COVID-19 vaccination tracker**. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/vaccination-rollout-and-access/>

Romanello M et al (2022) The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. **The Lancet**, 400(10363), pp. 1619-54. [https://doi.org/10.1016/S01409-01540\(22\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01409-01540(22)6736-)

Rücker F et al (2021) From chaos to control - experiences of healthcare workers during the early phase of the COVID-19 pandemic: a focus group study. **BMC Health Services Research**, 21, 1219. <https://doi.org/10.1186/s12913-9-07248-021>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. **The Lancet Commissions**, 400(10359), pp. 1224-80. [https://doi.org/10.1016/S01409-01585\(22\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01409-01585(22)6736-)

Saracci R (2020) Prevention in COVID-19 time: from failure to future. **Journal of Epidemiology & Community Health**, 74, pp. 689-91. <https://jech.bmj.com/content/74/689/9/>

Sepúlveda J et al (2006) Cholera in Mexico: The paradoxical benefits of the last pandemic. **International Journal of Infectious Diseases**, 10(1), pp. 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2005.05.005>

Smith KF et al (2014) Global rise in human infectious disease outbreaks. **Journal of the Royal Society Interface**, 11, 20140950. <https://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>

Smolinski M (2021) Preventing the next pandemic. **Stanford Social Innovation Review**, 20(1), pp. 55-6. <http://endingpandemics.org/wp-content/uploads/202206/Preventing-the-Next-Pandemic-2.pdf>

The Global Fund (2022). **Technical brief: Community systems strengthening. Allocation period 20232025-**. https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

UN OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2022a) **Afghanistan Humanitarian Needs Overview 2022 (January 2022)**. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-humanitarian-needs-overview-2022-january-2022>

UN OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2022b) **Afghanistan: Earthquake Response Situation Report No. 3 (26 August 2022)**. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-earthquake-response-situation-report-no-326--august-2022>

von Tigerstrom B and Wilson K (2020) COVID-19 travel restrictions and the International Health Regulations (2005). **BMJ Global Health**, 5(5), e002629. <https://doi.org/10.1136/bmjgh--2020-002629>

WHO (World Health Organization) (2018) **Managing epidemics: Key factors about major deadly diseases**. <https://www.who.int/publications/i/item/managing-epidemics-key-facts-about-major-deadly-diseases>

World Bank (2017) **From panic and neglect to investing in health security: financing pandemic preparedness at a national level (English)**. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/979591495652724770/from-panic-and-neglect-to-investing-in-health-security-financing-pandemic-preparedness-at-a-national-level>

Zhang L et al (2020) Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China. **Healthcare**, 8(1), 64. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010064>



من خلال إدماج
الجهات الفاعلة
والمجتمعات المحلية
في الأنظمة، يمكن
للجمعيات أن تعزّز
درجة تأهّبها

اليمن 2020 رنا يونس هي واحدة من بين سبعة متطوعين
في مركز رعاية كوفيد-19 في عدن، اليمن، حيث تعمل
منذ آب/أغسطس 2020. وسبق أن تطوّعت رنا في عدّة
منظمات منذ العام 2011. "تطوّعت لأتني شهدت معاناة
الناس في حيننا، شعرت بأنه علي القيام بأمر ما. لذا،
انضممت إلى الهلال الأحمر". © آيت سيلمر-أندرسن /
الصلب الأحمر النرويجي

اشترك المحتتمعات الفاعلة المحلية

المحتويات

65	مقدمة
67	1.2 ما شهدناه: غياب المساعدة عن المجتمعات الأكثر حاجة إليها
71	2.2 ما تعلّمناه: إهمال المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية
75	3.2 ما علينا القيام به: المشاركة مع المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية في جميع المراحل
86	التوصيات الرئيسية

مقدمة

لقد عزّزت تجربة جائحة كورونا أهمية وضع الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية في صميم الوقاية من الأوبئة والجوائح والتأهب والاستجابة لها. ففي حين أنّ الحكومات تتحمّل المسؤولية الأساسية في تلبية الاحتياجات وتنسيق الاستجابة، تبقى للجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية أدوار أساسية تلعبها.

تتعدّد أدوار المجتمعات، وتشمل على سبيل المثال لا الحصر: التعبير عن الاحتياجات والمخاوف، والإسهام بالمعارف المحلية، وتحليل المشاكل وإيجاد الحلول بشكل مشترك. تُعدّ أصوات المجتمعات أساسية لأنّ الخدمات الصحية وأنظمة إدارة الكوارث ينبغي أن تكون ملائمة، ومناسبة للسياق، ومشاركة بين المجتمعات. ويستند عدد كبير من رسائل هذا التقرير وتوصياته في النهاية إلى الدروس المستفادة من المجتمعات.

في هذه الأثناء، تستطيع الجهات الفاعلة المحلية المُعتمدة والمدّربة، بحكم قربها من المجتمعات أو نفاذها إليها، تأدية أدوار محوريّة مثل التأهب، والمراقبة المجتمعية، وتعزيز التثقيف الصحي، ودعم توسيع نطاق الخدمات الصحية الأساسية إلى الفئات الأكثر ضعفاً. وتلعب الجهات الفاعلة المحلية دوراً بارزاً في بناء الثقة، وتعزيز المساواة في النفاذ إلى الصحة والأنظمة الصحية المجتمعية، والتمكين من العمل المبكر الفعال - وكلها عناصر أساسية للسيطرة على الأمراض.

التعاريف

الوقاية من الأمراض: إجراءات مُصمّمة لتجنّب ظهور المرض أساساً (الوقاية الأولية)؛ ولكشف المرض والاستجابة له مبكراً عند ظهوره (الوقاية الثانوية)؛ وللحدّ من زيادة انتشار المرض في المراحل المقبلة (الوقاية من الدرجة الثالثة) (WHO, no date).

التأهب لتفشي الأمراض: قدرة أنظمة الصحة العامة والرعاية الصحية والمجتمعات والأفراد على الوقاية من الطوارئ الصحية والاستجابة لها والتعافي منها. ولا يُعتبر التأهب حالة ثابتة، بل يتطلّب تحسيناً متواصلاً. ويشمل أيضاً عملية تعزيز صحة المجتمعات وقدرتها على الصمود (Nelson, 2007).

المراقبة المجتمعية: الرصد المنهجي للحوادث المهمة في مجال الصحة العامة ضمن المجتمع من قبل أفراد المجتمع. بالإضافة إلى الإبلاغ عن هذه الحوادث (IFRC, no date a).



بنغلاديش 2021 متطوعون في جمعية الهلال الأحمر البنغالي
يساعدون امرأة مسنة اسمها ماجدة خاتون. خرجت مؤخرًا من
مستشفى سات خيرا سادار بعد دخولها نتيجة ظهور أعراض
كوفيد-19 عليها. © مير حسين روني

1.2 ما شهدناه

غياب المساعدة عن المجتمعات الأكثر حاجة إليها

مرةً تلو أخرى في خلال جائحة كوفيد-19، لم يتلقَ الناس المساعدة التي يحتاجونها. وفي بعض الحالات، رفضوا نصائح الصحة العامة المقدمة إليهم. في هذا الفصل، سنستكشف بعض هذه المشاكل، وكيف كان من الممكن تجنبها لو أننا أولينا الجهات الفاعلة والمجتمعات المحليّة مزيدًا من الاهتمام، والدور الذي تلعبه في الأنظمة الصحية المجتمعية. في الجزء الأخير، استندنا إلى بعض الأمثلة الإيجابية حول الممارسات الجيدة في خلال الجائحة، والتي ترشدنا نحو تأهب أفضل على المستوى المجتمعي.

تُعَدّ القيود التي فُرضت على حركة موظفي الإغاثة المحليين والدوليين من أبرز العوائق. فعلى المستوى المحلي، فرضت عدة حكومات قيودًا لإبطاء انتشار فيروس كورونا. وكما ورد في الفصل 1، تُعَدّ هذه التدابير من الأدوات الصحية العامة المفيدة حين تُستخدم بصورة متوازنة. إلّا أنها طُبِّقت غالبًا من دون إجراء المشاورة الكافية حول الأشخاص اللازمين للاستجابة، وبالتالي الذين ينبغي إدراجهم في حساب مخاطر الاستثناءات الضيقة (للضرورة). ما صَغَبَ على المستجيبين في الخطوط الأمامية، مثل المتطوعين المدربين والخاضعين للإشراف من جمعياتنا الوطنية، زيارة الأشخاص المحتاجين إلى المساعدة. أمّا في الدول الأكثر صرامة، فقد أصبح التواصل وجهاً لوجه مع أفراد من خارج الأسرة الضيقة شبه مستحيل. صَغَبَت هذه القيود على العديد من الأشخاص، ولا سيّما الفقراء، إيجاد قوت يومهم؛ وتدخلت جمعيات الصليب الأحمر والهلل الأحمر لمعالجة هذه المشكلة (راجع المربّع 2.1، دراسة حالة: الغذاء والنظافة الصحية للمستضعفين) (لمعرفة المزيد حول الآثار الاجتماعية والاقتصادية، راجع الفصل 4). وقد تفاقمَت هذه المشكلة بفعل النقص العالمي في معدات الوقاية الشخصية مثل الكمامات في النصف الأول من عام 2020. من دون هذه المعدات، لا يستطيع العاملون في مجال الصحة الوصول بأمان إلى الأشخاص المعرّضين للتأثر والمصابين (Burki, 2020). وقد اضطر بعضهم إلى القيام بمهامهم من دون وقاية، مخاطرهم بصحتهم وقدرتهم على المساهمة في الاستجابة لوباء كوفيد-19 (WHO, 2020).

على المستوى الدولي، فشلت العديد من البلدان في تحديد شروط الدخول لإيجاد حلول خاصّة لموظفي الإغاثة الدوليين. بالطبع فقد يكونون حاملين للمرض، كغيرهم من الأشخاص، لكنّ الأنظمة لم تكن مزوّدة بحلول وقائية مصمّمة خصيصًا لتتبعهم بشكل سريع. وفي النتيجة، كانت المساعدة الدولية المقدّمة إلى هذه البلدان قليلة أو معدومة - فتحتّم عليها الاعتماد على أنظمتها الخاصة فحسب (UN OHRLLS, no date).

في بعض الحالات، أسفر ذلك عن اضطلاع الجهات الفاعلة المحليّة بدور قيادي. على سبيل المثال، في شهر أبريل/نيسان 2020، ضرب الإعصار المداري هارولد كلاً من فانواتو وفيجي. وكانت جمعيات الصليب الأحمر والهلل الأحمر راسخة في البلدين وجاهزة لأخذ زمام المبادرة. فأجرت شبكاتها اللامركزية التقييمات، وعملت على التوزيع، والتنسيق، والاتصال المجتمعي. فحصل تحوّل في ديناميات القوة بين الجهات الفاعلة الوطنية والدولية في شبكة الاتحاد الدولي في خلال تلك الاستجابة. وانصبّ المزيد من التركيز على القيادة المحليّة والشراكات بين الحكومات الوطنية. وقد تحقّق هذا التحوّل نتيجة برامج تنمية القدرات الطويلة الأمد والتي استثمرت في الموظفين الأساسيين، وبرامج التأهب للكوارث، والأصول مثل إمدادات الإغاثة المخزّنة مسبقًا (Australian Red Cross, 2020).

ومع ذلك، لم تكن الاستجابة المحلية فعالة بما يكفي في العديد من البلدان، ويعود ذلك جزئيًا إلى ضعف الاستثمار في القدرات المحلية قبل الأزمة وبعدها. أما الأنظمة الصحية المجتمعية - والجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية التي تديرها - فجرى تخفيضها أو الامتناع عن دعمها لأداء عملها كما يجب. ما فرض على أنظمة الصحة الوطنية الاستجابة لجميع الاحتياجات في كل مكان.

لقد نوقشت بعض هذه الأفكار في الفصل 1. وظهر نقص عام في الاستثمار في التأهب المجتمعي والوقاية المجتمعية. فلم تحصل المجتمعات والجهات الفاعلة على الموارد والخبرة اللازمة للاستجابة لتفشي الأمراض. وتعدّ محدودية القدرة على المراقبة المجتمعية من أوجه الفشل الأساسية على صعيد التأهب، فهي طريقة فعالة للكشف السريع عن تفشي الأمراض، لكنّها افتقرت إلى الموارد الكافية. وقد افتقرت الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية أيضًا إلى الآليات الواضحة اللازمة للتنسيق مع السلطات المحلية والأنظمة الصحية الوطنية.

علاوةً على ذلك، أعاقَت ثلاث مشاكل مترابطة الاستجابة المجتمعية لوباء كوفيد-19.

أولاً، ظهر الافتقار إلى النفاذ إلى الخدمات الصحية المحلية. ففي العديد من المجتمعات، ولا سيما تلك التي افتقرت إلى المراكز الصحية الميدانية، لم يجد الأشخاص المصابون بوباء كوفيد-19 أو غيره من الأمراض من يلجؤون إليه. وفي مجتمعات أخرى، غرقت الخدمات الصحية المحلية بالطلب الهائل على المساعدة بشأن وباء كوفيد-19. وفي النتيجة، تحمّ عليها صرف النظر عن الاحتياجات الأخرى مؤقتًا، مثل الجراحة الاختيارية، والرعاية للأمهات والأطفال حديثي الولادة، والتلقيح الروتيني، وإدارة الأمراض المزمنة (Núñez et al, 2021).

ثانيًا، عانت عدّة مجتمعات من محدودية النفاذ إلى التثقيف والإعلام في المجال الصحي (Royston et al, 2020). وجهل كثيرون بكيفية حماية أنفسهم وحماية غيرهم من فيروس كورونا، فالمعلومات المتاحة على وسائل التواصل الاجتماعي وفي الأخبار الرسمية ليست بالضرورة موثوقة. في أغلب الأحيان، لم يفهم الناس سبب التدابير الصحية العامة، حتّى أنّ بعضهم لم يفهم حتّى الآن. ففي العديد من البلدان، قدّمت الحكومات معلومات متضاربة. وفي هذه الأثناء، ترسّخت الاعتقادات المفرطة في التبسيط؛ على سبيل المثال، اعتقد الناس أنّ وباء كوفيد-19 لا يشكّل خطرًا إلّا على كبار السنّ والأشخاص الضعفاء صحّيًا (King's College London, 2020)، واعتقد آخرون في زمبابوي أنّ «وباء كوفيد-19 لا يسبّب وفاة ذوي البشرة السوداء» (Erlach et al, 2021). وتفاقمَت هذه المشكلة نتيجة الانتشار الضخم للمعلومات الخاطئة والتضليل.

أخيرًا، وربطًا بالمشكلتين السابقتين، كثيرًا ما افتقرت الخدمات الصحية والسلطات إلى ثقة الناس. وتشير الدراسات إلى أنّ **الثقة** من أفضل الوسائل لتنبؤ نجاح بلد ما أو فشله في التعامل مع جائحة كوفيد-19. فقد قارنت دراسة أجريت عام 2022 معدلات الإصابة والوفيات في 177 بلدًا. يمكن تفسير جزء من الاختلاف بينها بالعوامل الواضحة مثل الفئات العمرية في هذه البلدان، فوباء كوفيد-19 أشدّ خطورةً على كبار السنّ. لكنّ تدابير الثقة بالحكومات، والثقة بين الأشخاص كانت من أقوى العوامل المؤثرة. فارتفاع مستويات الثقة يصحبه انخفاض معدلات الإصابة وارتفاع معدّل التلقيح ضدّ فيروس كورونا عند توفّر اللقاح. وتُعدّ هذه الدراسة رصدية ولا تثبت العلاقة السببية. وإذا كانت الثقة المتزايدة قد ساهمت في انخفاض معدلات الإصابة، ربّما نتيجة ارتفاع نسبة الالتزام بالتغيرات السلوكية الموصى بها، فذلك يعني أنّ الثقة مؤثرة جدًا. وبحسب تقديرات الباحثين بناءً على هذه الفرضية، لو تمّتعَت حكومات جميع البلدان بالثقة كما في الدنمارك، لانخفضت الإصابات العالمية بنسبة 12.9%، ولو أنّ جميع الشعوب تمّتعَت بمستوى من الثقة بين الأشخاص كما في الحالة الدنماركية، لانخفضت الإصابات بنسبة 40.3% (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

تُعدّ العوامل المحدّدة للثقة معقّدة جدًا، ولا يأمل هذا التقرير تناولها كلّها. ومن هذه العوامل رؤية الحكومات على أنّها فشلت في معالجة الأزمات مثل وباء كوفيد-19 والتغير المناخي، لذلك يعتبرها بعض الأشخاص اليوم فائدةً للمصادقية (Edelman, 2022). ويتفاقم انعدام الثقة السائد لأنّ المجتمعات المستضعفة والمهقشة هي الأقلّ ثقةً بالحكومات والسلطات، إذ يرونها مصدرًا للمطالب بدلاً من أن توفّر لهم الخدمات اللازمة (Bavel et al, 2020). هذه الفئات المستضعفة

والمهقشة هي الأكثر عرضة للأخطار الكبرى مثل كوفيد-19، إنّا أرّ وضعهم الاجتماعي وتجربتهم مع سوء المعاملة تاريخيًا يدفعهم إلى حجب ثقتهم عن السلطات والمنظمات التي قد تساعدهم.

يمكن ربط جميع هذه المشاكل بالإخفاق الرئيسي: وهو الافتقار إلى القدرات. فالناس يثقون عادةً بمن يألفونه، بدليل الثقة التي تولى إلى أطباء الصحة العامة أو «أطباء العائلة» الذين يتعامل معهم الناس لسنوات طويلة (Salisbury, 2021). للأسف، افتقرت عدّة مجتمعات إلى الدعم والتمويل والتدريب المسبق اللازمين للتعامل مع وباء كوفيد-19، وإلى ما يكفي من الموظّفين الحاصلين على التدريب والخبرة الكافية، ولم تكن تعرف الجهة التي ينبغي التنسيق معها، أمّا نفاذها إلى الأنظمة الصحية والمعدات والموارد اللازمة فكان محدودًا أيضًا.



غيانا 2021 ميليسا لويس تتحدث عن كيفية الحفاظ على الأمان والصحة خلال جائحة كوفيد-19، أثناء توزيع الصليب الأحمر الغياني حقائب للنظافة الصحية إلى مجتمعات محلية تعيش بمحاذاة الأنهر. تأثرت هذه المجتمعات بجائحة كوفيد-19، ومن الصعب عليها الوصول إلى أدوات التعقيم والنظافة الصحية بسبب المسافات البعيدة وتدابير الإقفال العام. © أنجيلا هيل / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

المرتبّع 1.2 / دراسة حالة الغذاء والنظافة الصحية للمستضعفين

منذ بداية جائحة كوفيد-19، عمل الهلال الأحمر التركي على إيصال الغذاء ولوازم النظافة الصحية إلى الفئات المستضعفة. وبحلول شهر أبريل/نيسان، كان قد أوصل أكثر من 30600 صندوق طعام و35800 صندوق لوازم نظافة صحّية (Paksoy, 2020). وقد انخرط في هذه الأعمال أكثر من 10000 موظّف ومتطوّع.

ركّز المتطوعون بصورة أساسية على الأشخاص العاجزين عن مغادرة منازلهم نتيجة التدابير الوقائية والمخاوف الصحية، مثل كبار السنّ والضعفاء ماليًا. كما عمل الهلال الأحمر التركي على إيصال الوجبات ثلاث مرات يوميًا إلى الأشخاص المحجورين صحّيًا، والعاجزين بالتالي عن الخروج من منازلهم (TRC, 2020).



تركيا 2020 تقديم الدعم خلال شهر رمضان. ساعد متطوعو الهلال الأحمر في مختلف أنحاء البلاد في توفير ثلاث وجبات يوميًا للأشخاص المستضعفين، وبلغ العدد الإجمالي 3.4 ملايين وجبة. وقُدّم أكثر من 53000 متطوّع وموظّف في جمعية الهلال الأحمر التركي دعماً أساسيًا للمجتمعات المحلية خلال جائحة كوفيد-19. © الهلال الأحمر التركي

2.2 ما تعلّمناه

إهمال المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية

يمكن إسناد العديد من الإخفاقات في الاستجابة إلى وباء كوفيد-19 إلى ضعف التواصل مع المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية. في جميع مراحل إدارة الطوارئ الصحية العامة. ويعود عدد كبير من المشاكل التي نشأت في خلال جائحة كوفيد-19 إلى التدخلات التنافسية والمركزية الشديدة في تدابير القيادة والمراقبة في الحكومات التي افتقرت إلى المشاركة والحضور الاجتماعيّين. أو تنسيق المساعدة بين الجهات الفاعلة المحلية المعنية بالاستجابة (Loewenson et al, 2021). ويُعدّ الفشل المتكرر في إشراك الأشخاص الذين لا ينتمون إلى القطاع الصحي الرسمي في صنع القرار عاملاً آخر يرتبط بالعامل الأول. فالمجتمعات والعديد من الجهات الفاعلة المحلية تستثنى بالفعل من ذلك. في المقابل، اعتمدت الاستجابة الناجحة لوباء كوفيد-19 على المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية.

في هذا التقرير، نعتمد تعريف الصفقة الكبرى **للجهات الفاعلة المحليّة**: «وهي المنظمات المشاركة في الإغاثة على المستوى المحلي/المجتمعي والتي يقع مقرها الرئيسي وتتمركز أعمالها في بلدها المتلقي للمساعدة، والتي لا تنتمي إلى منظمة غير حكومية دولية» (IASC, 2018). يمكن أن تنتمي هذه الجهات الفاعلة إلى اتحاد أو اتحاد شبكي أو تحالف، شرط أن تحافظ على استقلالية التمويل والإدارة (IFRC, no date b). كما أنّها تتمتع ببعض التدريب الرسمي وتُعدّ منظّمةً في هيكلية معيّنة من أجل الإشراف. أما **المجتمع** فهو ببساطة جميع الأشخاص الذين يعيشون في منطقة واحدة.

يدلّ هذا التعريف على أنّ المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية تلعب أدوارًا مختلفة. على سبيل المثال، في الطوارئ الصحية، قد توفر الجهات الفاعلة المحليّة الخدمات مثل المساعدة الصحية الأساسية واللوجستيات والتثقيف الصحي (Garcini et al, 2022). أمّا المجتمعات فتقدّم الإسهامات (وتشمل تصميم البرامج بشكل مشترك) والتعقيبات.

من الناحية العملية، لا تُعتبر الجهات الفاعلة المحليّة والمجتمعات منفصلة. فالجهات الفاعلة تنتمي غالبًا إلى المجتمعات أو تُعتبر قريبةً منها، وتستمدّ قيمتها بشكل جزئي من ذلك القرب؛ يمكنها أن تعمل على حراسة المجتمعات. على نحو مماثل، تلعب المجتمعات والجماعات المحلية عادةً دورًا فاعلاً جدًا ولا ينبغي اعتبارها مجرد متلقٍ للمساعدات.

في الجزئين التاليين، سنستكشف كيفية إهمال الجهات الفاعلة المحلية والمجتمعات والتقليل من أهميتها في خلال جائحة كوفيد-19.

المرجع 2.2 / دراسة حالة القدرة على مواجهة وباء كوفيد-19 محليًا في كندا

عند وقوع جائحة كوفيد-19، استندت قيادات السكان الأصليين في كندا إلى الدروس المستفادة من جائحة إنفلونزا الخنازير (H1N1) في العام 2009 لوضع استراتيجيات تحمي مجتمعاتها.

اقترحت الجهات الفاعلة الرئيسية في مجال الصحة استراتيجيات للتخفيف من آثار وباء كوفيد-19 وتوثيقها وعملت على تنفيذها. فُوِّضَت وتُفْعِدُ استراتيجيات التخفيف والعلاج الملائمة ثقافيًا. وعمل مقدّمو الرعاية الصحية على صياغة الرسائل الصحية العامة ونشرها من خلال الحلقات الدراسية الشبكية ومقاطع الفيديو. وعند الإمكان، جرى تتبّع عدد الحالات المحليّة ومعدّلات الوفيات والتلقيح للشعوب الأصلية المقيمة في المجتمعات.

شهدت المجتمعات العديد من الاستجابات المبتكرة، وأغلق القادة حدود البلاد بصفتهم سلطات سيادية. وفي بعض الحالات، فعلوا ذلك قبيل صدور الأوامر إقليميًّا، أو في المقاطعات، أو محليًّا - وأبقوها مغلقة بعد رفع هذه القيود الخارجية. وقد حوّلت المجتمعات الريفية والنائية المباني العامة إلى مراكز لعزل المصابين بوباء كوفيد-19، أو في بعض الأحيان إلى مساكن بديلة لحماية كبار السنّ من العدوى وتوفير احتياجاتهم.

جرى أيضًا تكييف خطط الطوارئ القائمة للاستجابة إلى الاحتياجات التي فرضتها الجائحة. وقد سمح استمرار الممارسات الثقافية على وسائل التواصل الاجتماعي للناس بالتواصل على الرغم من التباعد الاجتماعي والإغلاق. أمّا القادة فتبادلوا المعارف حول الحجر الناجح وممارسات التخفيف، وسعوا إلى وضع الاستراتيجيات اللازمة لتقليل عواقب نفاذ مجتمعاتهم إلى البرامج والخدمات الصحية قدر الإمكان.

بقيت بعض الشعوب الأصلية تواجه اللامساواة الهيكلية الناجمة عن الاستعمار التاريخي. وتشمل قلة خيارات السكن التي تؤدي إلى الازدحام، وعدم النفاذ إلى المياه النظيفة، وانعدام الثقة بالنظام الصحي الذين واجهوا فيه التمييز والعنصرية. تسببت أوجه اللامساواة هذه في تفاوت أعداد الإصابات بإنفلونزا الخنازير (H1N1). وستبقى الشعوب الأصلية تواجه العراقيل في أثناء تنفيذ تدابير الصحة العامة المتعلقة بالجائحة حتّى تُعالج أوجه اللامساواة هذه وتُحلّ. مع ذلك، أدت القيادة القوية، والمجتمعات المتماسكة، والذاكرة التاريخية المتعلقة بالدروس المستفادة، ومشاركة المعارف، واستمرار القدرة على المواجهة، في دعم الاستجابة المحليّة لوباء كوفيد-19.

1.2.2 غياب الجهات الفاعلة المحلية عن الأطر السياسية

في العديد من البلدان، تجاهل القادة المسؤولون عن الاستجابة لوباء كوفيد-19 الجهات الفاعلة المحلية (IPPPR, 2021)، التي وجدت نفسها تعمل في شبه انعزال عن الأنظمة الصحية والمستجيبين الآخرين. فلم تُدرج الجهات الفاعلة المحلية في الأطر القانونية والسياساتية المستخدمة في التأهب والاستجابة لفيروس كورونا، ما صعب عليها العمل جنباً إلى جنب مع الأنظمة الصحية والمستجيبين الآخرين. وذكرت جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أنّ التنسيق مع السلطات عن قرب سهّل الاستجابة بشكل كبير. فقد تمكّنت من توسيع نطاق الخدمات الأهم، فكمّلت خدمات السلطات الرسمية وغيرها من المؤسسات (Johnston, 2022). إلّا أن عدّة جهات فاعلة محلية افتقرت إلى هذه العلاقات الراسخة مع الحكومات والسلطات الرسمية، فعجزت بالتالي عن التنسيق معها.

تطوّر هذا الضعف في الاندماج السياسي إلى مشاكل عملية. فقبل نشوء وباء كوفيد-19، كثير من البلدان لم تكن تجري نشاطات مشتركة بين السلطات الرسمية والجهات الفاعلة المحلية. وعندما بدأت الجائحة، حاولت الجهات الفاعلة المحلية التقدّم، فارتبكت في معظم الأحيان على الرغم من جهودها الجبّارة (IPPPR, 2021b). في العديد من الحالات، لم تتمكّن الجهات الفاعلة المحلية من النفاذ إلى معدات الوقاية الشخصية مثل الكمّامات. وكما ورد في الجزء 2.1، لم تحصل في معظم الأحيان على ترخيص للتحرك وإنجاز مهامها، ووجدت أنّ التراخيص غامضة، وقوانينها غير واضحة المعالم. كما أنّها لم تكن مدوّنة لإنجاز مهامها، ولم يتوفّر لها الدعم المالي.

يُعدّ تكميل الأنظمة الصحية المثقلة بالأعباء من الأدوار الرئيسية التي تلعبها الجهات الفاعلة المحلية. حين بدأت موجات المصابين بوباء كوفيد-19 تتدفّق على المستشفيات، كان بإمكان الجهات الفاعلة المحلية من العاملين الصحيين المجتمعيين والمتطوّعين أن تتحمّل مسؤوليات إضافية، محرّرةً بذلك الأطباء ليتمكّنوا من معالجة الحالات الحرجة والأكثر إلحاحاً. إلّا أنّ غياب السياسات أو الأنظمة التي تسمح بذلك يمنع الجهات الفاعلة المحلية من تحقيق أقصى إمكاناتها (Sachs et al, 2022).

لا تُعدّ هذه المشاكل جديدة، فلطالما جرى التبخيس بالجهات الفاعلة المحلية مثل العاملين الصحيين المجتمعيين، ولم تنل التمويل الكافي. وتواجه الكثير من الجهات الفاعلة المحلية مشاكل في الحصول على الدعم الدولي، ويتجلّى ذلك في الإخفاق في تمويل المنظمات المحلية لحقوق المرأة في خلال الجائحة على الرغم من ازدياد العنف ضدّ المرأة (IRC, 2021). في النتيجة، أسفرت الجائحة عن خسائر فادحة (Lotta et al, 2022). حتّى في نيوزيلندا، حيث بقي فيروس كورونا تحت السيطرة لعدّة أشهر، أشار العاملون الصحيون المجتمعيون إلى وجود آثار كبيرة على سلامتهم. وفقاً لاستطلاع نُشر في العام 2022، فقد واجهوا «مخاطر كبيرة على علاقاتهم الشخصية والمهنية»، «التوتر والضغط الكبيرين»، «العزلة والوحدة الفردية». وقد أوصى الباحثون بالاعتراف بـ«الدور الحاسم» الذي يتمتّع به العاملون الصحيون المجتمعيون، وبتزويدهم بمعدات الوقاية الشخصية، وبزيادة أجورهم وأوقات راحتهم، وبتوفير المشورة والدعم المنتظمين لهم (Holroyd et al, 2022).

2.2.2 ضعف التواصل مع المجتمعات

فشلت الأنظمة الصحية والجهات الفاعلة الأخرى تكررًا في التواصل مع المجتمعات في خلال جائحة كوفيد-19. ومن المعروف أنّ المشاركة المجتمعية مهمة من أجل الاستجابة والاستجابة الفعالة للزّزمات الصحية والكوارث (Corbin et al, 2021). ويفسّر ذلك جزئيًا سبب تأسيس الخدمة الجماعية للإبلاغ عن المخاطر والمشاركة المجتمعية على يد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية (RCCE, no date). وسبب تعهّد الجمعيات الإنسانية بإحداث تحوّل كبير في ممارساتها، أي «ثورة في المشاركة»، في الصفقة الكبرى للعام 2016 (Grand Bargain, no date). ومع ذلك، فإنّ ذلك كان يتمّ إمّا جزئيًا، أو لا يتمّ إطلاقًا (IFRC, 2019). وقد تكرر هذا النمط في خلال الاستجابة لوباء كوفيد-19.

حين يتعلّق الأمر بجانب المشاركة المجتمعية المختصّ ب«الإبلاغ عن المخاطر»، يفشل المستجيبون غالبًا في إقامة الحوارات الفعلية الثنائية الاتجاه مع المجتمعات. صُنّحت الرسائل المصمّمة مركزيًا، بل والمجهولة، والتي تغطّي كافة الأمور من ارتداء الكمامات والتباعد الاجتماعي إلى التلقيح. وتُعَدّ المعلومات العامة هذه - على الرغم من قيمتها العالية - أحادية الاتجاه وغير شخصية، ما يجعلها قابلةً لتفويت المخاوف الجوهرية أو المفاهيم الخاطئة في المجتمعات بسهولة. بالإضافة إلى ذلك، حين استُخْلِصت التعقيبات من المجتمعات، جرى غالبًا التغاضي عنها وتجاهلها (McKay et al, 2022).

شهد عنصر «تصميم البرامج» الذي يندرج ضمن المشاركة المجتمعية تجاهلاً مماثلًا. تعود فكرة الدور النشط الذي ينبغي أن تقوم به المجتمعات في تصميم الخدمات الصحية التي تتلقاها إلى إعلان ألما-آتا لعام 1978، الذي يشترط «حقّ الشعوب وواجبها في المشاركة فرديًا وجماعيًا في التخطيط للرعاية الصحية وتنفيذها» (WHO, no date). لكنّ ذلك لم يُنفَّذ على مدى العقود الأربعة اللاحقة. فحتّى العام 2020، حدّد تقرير نشرته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي عدّة فجوات في الرعاية الصحية الأولية، ومنها الحاجة إلى «توسيع دور المرضى». وقد دعت منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى المشاركة الفعلية للمرضى وأفراد المجتمع (OECD, 2020). وقد قدّم الفريق المستقل المعني بالتأهب والاستجابة للجائحة التابع لمنظمة الصحة العالمية حججًا مماثلة (IPPPR, 2021a).

بدلًا من ذلك، لجأت الحكومات في أغلب الأحيان إلى الإكراه في خلال استجابتها لجائحة كوفيد-19. وقد دعمت قوة القانون الجنائي الكاملة الأوامر المتعلقة بالصحة العامة، ونُشرت قوات الأمن وإنفاذ القانون لتعزيزها. أمّا النتيجة المتوقّعة فكانت المقاومة الاجتماعية والسياسية وتفاقم الشعور بانعدام الثقة بالحكومة والأنظمة الصحية (والعكس صحيح) (Loewenson et al, 2021).

3.2 ما علينا القيام به

المشاركة مع المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية في جميع المراحل

يُعد تعزيز الأنظمة الصحية، ولا سيّما المجتمعيّة، عنصراً أساسياً لتهيئة المجتمعات لتفشي الأمراض في المستقبل. وتلعب كلّ المجتمعات والجهات الفاعلة المحلية دورها في هذا الشأن. ينطبق ذلك على البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، التي غالباً ما تكون فيها الخدمات الصحية الوطنية أقلّ شمولاً. لكنّه ينطبق أيضاً على البلدان الأكثر ثراءً بكثير (WHO, 2022c)، حيث ساهم النقص في عدد العاملين الصحيين إلى إسناد بعض المهام إلى مقدّمي الرعاية والممرضات والممرضين المؤهلين. كما حدثت نقلة باتجاه نهج صحي أكثر ارتكازاً على الشعب (على النحو الوارد في نهج الصحة العامة) وجرى تعزيز الرعاية الصحية الأولية.

1.3.2 الاستثمار في الجهات الفاعلة المحلية للمساعدة في إدارة تفشي الأمراض والأخطار الأخرى

يمكن أن تلعب عدة أدوار عند تفشي الأمراض وحالات الطوارئ الأخرى، وتستطيع نشاطاتها تقليل خطر تفشي الأمراض وتحسين النتائج عند حدوثه. ويشكّل تعزيز الأنظمة الصحية المجتمعية تحدياً أساسياً، فهذه الأنظمة توفر صلة حيوية بين الأنظمة الصحية والمجتمعات التي تتوجّه إليها، ولا سيّما المجتمعات النائية والمهمشة.

يشكّل العاملون الصحيون المجتمعيون مجموعة أساسية من الجهات الفاعلة المحلية - ويشملون غالباً المتطوعين المدربين والخاضعين للإشراف - وقد وفّروا الدعم الأساسي في خلال جائحة كوفيد-19، من تتبّع المخالطين وإجراء تحاليل كوفيد-19 إلى التدريب على التأهب والوقاية، والتثقيف الصحي، والرعاية المنزلية غير الطبية، والرعاية الأولية الأساسية والإحالة الطبية. كما فعلوا في السابق عند تفشي الأمراض (Bhaumik et al, 2020). فتتّبّع المخالطين، على سبيل المثال، يشكّل ركيزة من ركائز مكافحة الأمراض المعدية؛ فهو ينطوي على تحديد الأشخاص الذين خالطوا شخصاً مصاباً وإبلاغهم حتى يتمكّنوا من اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية أنفسهم وحماية الآخرين (IFRC, 2020a). وفي معظم الأحيان، تُعدّ الجهات الفاعلة المحلية، التي تشكّل جزءاً لا يتجزأ من مجتمعاتها، أفضل من يتتبّع المخالطين (IFRC, 2021a). فهي تتمتع بالمعارف المحلية التي تمكنها من تحديد المخالطين المرجّحين بسرعة وبصورة صحيحة، ويمكنها أن تكون الأقدر على تبديد المخاطر المتعلقة بما يستلزمه التتبّع. لهذا السبب، دعا خبراء الصحة العامة إلى الاستثمار الواسع في العاملين الصحيين المجتمعيين في بداية الجائحة (Ballard et al, 2020). وقد آن أوان الاستجابة لهذه الدعوات.

تُعدّ **المراقبة المجتمعية** طريقة تعتمد على الجهات الفاعلة المحلية للمساعدة في الكشف عن المخاطر الصحية والعمل المبكر ضمن مجتمعاتها التي يبدأ فيها التفشي. في العديد من البلدان، تدير الأنظمة الصحية أنظمة الإنذار المبكر للتحذير من تفشي الأمراض. إلّا أنّ هذه الأنظمة غالباً ما تكافح للوصول إلى الجميع - إذا عجز الناس عن النفاذ إلى المرافق الصحية مثلاً، فتشكّل المراقبة المجتمعية وسيلة لسدّ تلك الفجوة. يجري تدريب المتطوعين المحليين على رصد علامات الأمراض ذات الإمكانات الوبائية وعوارضها. ونتيجة عملهم في المجتمعات التي ينتمون إليها، يُحتمل **الوثوق** بهم أكثر من الأطراف

الخارجية. فإذا علموا بمرض شخص ما، يمكنهم مساعدة المجتمع على اتخاذ الإجراءات الوقائية الفورية وإبلاغ أحد المشرفين، ليحرّك بدوره استجابة النظام الصحي (راجع المربّع 3.2). تساعد المراقبة المجتمعية بالتالي على حماية الفئات والمجتمعات المستضعفة التي تسقط من دونها في الفجوات، كما تساعد في حماية المجتمع بأكمله من خلال التمكين من الكشف المبكر والاستجابة السريعة لتفشي الأمراض. تبدأ جميع الطوارئ الصحية العامة بخطوات صغيرة، أي بعدد قليل من الحالات - لكنّها تتحوّل إلى أزمة عالمية إذا تُركت من دون مراقبة، كما فعل وباء كوفيد-19.

تُعَدّ المراقبة المجتمعية من ركائز نجاح **برنامج التأهب المجتمعي للأوبئة والجوائح** التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC, no date a)، والذي يعمل منذ العام 2017. يحصل على تمويله من وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة الأميركية، لمساعدة المجتمعات على منع تهديدات الأمراض والكشف عنها والاستجابة لها بسرعة. وهو فعال في سبعة بلدان حالياً، ويعتمد نهج «الصحة الواحدة»، فيساعد المجتمعات على الكشف عن تفشي الأمراض على مستوى الإنسان والحيوان، لتقليل خطر الانتشار الحيواني المصدر. وتُعَدّ المراقبة الاجتماعية ركيزة من ركائز برنامج التأهب المجتمعي للأوبئة والجوائح، إلى جانب المزيد من أنشطة التأهب والأنشطة التقليدية المتعلقة بالأوبئة (راجع الفصل 1).

في وقت لاحق من الجائحة، عندما باتت اللقاحات متوفّرةً على نطاق أوسع، أصبح المتطوّعون المحليون مهّمين لبرامج اللقاحات (WHO and UNICEF, 2021). وقد شكّلت مسألتنا الثقة باللقاحات وتقبّلها تحديًا كبيرًا في العديد من البلدان. ويتطلّب توزيع اللقاحات خبرة الحكومات والتنسيق بينها، لكنّ الجهود المحلية والمشاركة المجتمعية أساسية لفهم الحواجز المتعلقة بالنفوذ والتقبّل وضمان الحد الأقصى من الإقبال على التلقيح. فحتّى بعد إثبات كون اللقاحات ضد كوفيد-19 آمنة للغاية وفعالة وبعد توفيرها للمحتاجين، بقي بعض الناس مترددين في أخذها. ويعود ذلك إلى انعدام الثقة بمقدّمي الخدمات أو الأعراف الاجتماعية مثل انعدام الثقة باللقاحات على المستوى الشعبي، ما يعيق القدرة على استخدام هذه الخدمات (WHO SAGEI, 2022). وقد تأصلت الشائعات والمخاوف في بعض المجتمعات، ولا سيّما بين الفئات المستضعفة، التي غالبًا ما تكون **ثقتها بالسلطات محدودة**. في بعض الحالات، أدى ذلك إلى هجمات عنيفة على البنى التحتية والطواقم المختصة بوباء كوفيد-19 (IFRC, 2021b).

ما تستطيع حملات التوعية المركزية التأثير فيه هو التردد في أخذ اللقاحات بأشكاله المحدّدة للغاية. بالإضافة إلى ذلك، يرنّج أن **يثق الناس** بالأشخاص الذين يعرفونهم، وليس بالمنظّمات الذين يعتبرونها مجهولة الهوية. على سبيل المثال، تحظى الشركات العائلية بالثقة أكثر من أي شركات أخرى (Edelman, 2022). بدلاً من ذلك، لا بدّ من أن تعمل الجهات الفاعلة المحلية على المشاركة المجتمعية. لقد نجحت بعض هذه الجهات في معالجة التردد في أخذ اللقاحات من خلال التواصل عن قرب مع المجتمعات مستخدمةً آليات التعقيبات المجتمعية والاستبيانات المتعلقة بالتصورات لمعرفة اعتقادات الناس ومخاوفهم. وإذا جُمعت هذه التعقيبات والاستبيانات وإجراؤها على المستوى الإقليمي أو المركزي، فإنّ ذلك يساعد سلطات الصحة العامة في تصميم استراتيجيات المشاركة المصممة حسب الحاجة، وبالتالي في تغيير تصورات الناس. على سبيل المثال، عمل الصليب الأحمر في جورجيا على جمع المعلومات حول تصورات الناس للقاحات وباء كوفيد-19 بهدف تحديد أسباب ترددهم بصورة منهجية. وكذلك، أجرى الصليب الأحمر الأوكراني اللقاءات الفردية والمحادثات على مستوى مجموعات صغيرة من الناس لنقل المعلومات المتعلقة باللقاحات. وأكّد المتطوّعون على أنّ اللقاحات أمر اختياري، ونصحوا الناس براجع أطبائهم إذا كانت لديهم بعض المخاوف الصحية (IFRC on Medium, 2021).

تنطوي المراقبة المجتمعية على فائدة إضافية تتمثّل في بناء **شبكات من الثقة**. ويمكن تسخير هذه الشبكات في الاستجابات الفعالة للكوارث، وللأعمال الإنسانية والتنمية الأخرى. وتُعَدّ نشاطات بناء الثقة هذه أساسية لبرنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي. أشار تعليق إلى أنّ «الوقت المناسب لبدء التواصل مع المجتمعات ليس منتصف حالة الطوارئ الصحية». لأنّ توقّعت كهدا يُعدّ كارثيًا، وغالبًا ما يُنظر إلى الجهات الفاعلة الخارجية نظرة شبهة (Natoli et al, 2020). على العكس، لا بدّ من بدء التواصل مع المجتمعات في خلال الأوقات «العادية». فذلك يسمح ببناء الثقة والعلاقات، لتكون جاهزة عند وقوع الأزمات (راجع المربّع 2.3، دراسة حالة: التأهب المجتمعي في إندونيسيا يساعد في إنهاء حمى الضنك).

المرجع 3.2 / دراسة حالة

التأهب المجتمعي في إندونيسيا يساعد في إنهاء حمى الضنك

بالإضافة إلى تعرّض إندونيسيا للأمراض مثل الإنفلونزا التي تمتدّ معظم البلدان، فهي تواجه أيضًا عددًا من الأمراض المتوطنة مثل حمى الضنك. لمنع الأمراض من التفشي، وضعت الحكومة نظامًا للإنذار المبكر في المراكز الصحية الأولية للمساعدة في الكشف عن الأمراض التي يُحتمل تفشيها وفي التصدي لها.

لنجاح هذه الأنظمة، على أفراد المجتمع إبلاغ المراكز الصحية بحالتهم الصحية، لكنّ كثيرًا منهم لا يفعلون ذلك - إقًا لأنهم لا يستطيعون، أو لأنهم لا يرغبون، أو لأنّ عوارضهم أخفّ من أن يُبلّغ عنها. وتقلّل المراقبة المجتمعية من هذه المشكلة إذ تكشف سريعًا عن الحالات المحتملة، وتوجّه انتباه الأنظمة الصحية إليهم عبر وسطاء موثوقين، وتوسّع نطاق نظام المراقبة الوطني، موفّرة إمكانية الإبلاغ والتصدي بشكل أسرع، ويُحتمل أن تؤدّي بالتالي إلى تقليل الإصابات والوفيات.

في إحدى الحالات، علم المتطوّعون في قرية سوبوكيرتو بأنّ طفلًا مصاب بالحمّى، مصحوبةً بآلام المفاصل والبقع الحمراء، وهذه هي الأعراض التقليدية لحمى الضنك. حقّق المتطوّعون عندها بالأمر وأبلغوا المشرفين عنهم في اليوم نفسه عبر تطبيق واتساب. وبناءً على ذلك، نسّقوا مع زعيم القرية المحلية. وجرى التأكّد في النهاية من أنّها حمى الضنك، فتلقّى الطفل الدعم الطبي اللازم وتعافى. بعد ذلك، أجرى المتطوّعون زيارات إلى المنازل للبحث عن أعراض هذا المرض، لكنهم ليعثروا على حالات أخرى.

اكتشف المتطوّعون أيضًا أنّ السكّان لا يعرفون جميع المواقع التي يُحتمل أن يتكاثر فيها البعوض، فزوّدوهم بالمعلومات اللازمة وعملوا على تعبئة مجموعة من الأفراد لتنظيف هذه المواقع (Resolve to Save Lives, 2022). في النتيجة، أصبح المجتمع أكثر قدرةً على مواجهة حمى الضنك وغيرها من الأمراض التي ينقلها البعوض (IFRC, 2021d).



وتلعب الجهات الفاعلة المحلية أدوارًا رئيسية في التثقيف الصحي أيضًا. قد يُنظر إلى الأشخاص الذين يتمتعون بثقافة صحية واسعة على أنهم يمثلون "المناعة المجتمعية"، ما يمكنهم من تبني الممارسات الجيدة وتشجيع الآخرين على فعل الأمور نفسها (Okan et al, 2022). لا يتعلق التثقيف الصحي بالمعرفة فحسب - على الرغم من أهميتها - بل بامتلاك المهارات والتحفيز للتعلم وتطبيق المعارف أيضًا (Sørensen et al, 2012). مجددًا، فالعلاقات القوية بين الجهات الفاعلة المحلية والمجتمعات التي تخدمها تجعلها مروجًا مثاليًا للتثقيف الصحي. ويُرجح أن يثق الناس بالمعلومات والنصائح حين تأتي من مصادر معروفة وموثوقة، ولا سيما إن كانوا يشعرون بالنفور من حكوماتهم (راجع المربع 2.5، دراسة حالة: تقليل التردد في أخذ اللقاح في الجمهورية العربية السورية). للسبب عينه، يُعدّ وضع الجهات الفاعلة المحلية مثالًا لإدارة المشاركة المجتمعية (راجع الجزء 2.3.2).

في خلال الأزمات، قد تساعد بعض الجهات الفاعلة المحلية الخدمات الصحية من خلال **تحويل المهام**. يمكن تدريب العاملين الصحيين المجتمعيين على بعض مهام الرعاية الصحية الروتينية، مثل فحص العلامات والعوارض التي تشير إلى أمراض مثل وباء كوفيد-19، أو إعطاء لقاحات الأطفال الروتينية. وبالتالي، يتدخل العاملون الصحيون المجتمعيون لأداء المهام التي ينجزها عادة الخبراء الذين حصلوا على تدريب أوسع (IFRC, 2020b). تنتج بالطبع بعض المخاطر عند إجراء التدخلات الطبية على يد أشخاص لا يمتلكون وثائق التفويض الطبية الرسمية. إلّا أنّ ميزان المخاطر يشجّع على تحويل المهام حين ترهق أنظمة الرعاية الصحية ويعجز موظفو الرعاية الصحية "الاعتياديون" عن إنجاز المهام الروتينية، أو لا يكونون متوفرين ببساطة في بعض المواقع. ويعود ذلك إلى أنّ التخلي عن أي نوع من أنواع الرعاية نتيجة غياب الأشخاص الأكثر تأهيلًا يحمل بحدّ ذاته المخاطر؛ على سبيل المثال، قد تستخدم الأوضاع التي كانت تحت السيطرة إذا تُركت دون معالجة، وتتطلب بالتالي علاجًا طارئًا.

لأنّ العاملين الصحيين المجتمعيين كانوا مقدّمي الرعاية الصحية الوحيدين المتوفرين في العديد من المجتمعات، برزت أهمية تحويل المهام في خلال الجائحة. أمّا الفروع المحلية التابعة للعديد من جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر فشاركت من جهتها في تحديد الحالات المشتبه بإصابتها بوباء كوفيد-19 في المجتمعات، وشمل ذلك في بعض الحالات إجراء الفحوصات الشخصية (IFRC, 2021c). عندها، يمكن إحالة الحالات الإيجابية إلى نظام الرعاية الصحية المتخصص. وقد أراح ذلك نظام الرعاية الصحية إذ رفع عنه الحاجة إلى إجراء الفحوصات، وضمن حصول أكبر عدد من الأشخاص على الرعاية الصحية عند إصابتهم بوباء كوفيد-19. وكذلك أقامت جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر خطوطًا هاتفيةً ساخنةً لتوفير الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في خلال الجائحة. في العام 2020 وحده، وفر الصليب الأحمر الأكوادوري خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي لـ 8677 شخص (IFRC Psychosocial Centre, 2020).

لا بدّ من توسيع نطاق تحويل المهام في المستقبل. ويعود ذلك إلى النقص العالمي في أعداد العاملين في الرعاية الصحية. وبحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإنّ الأعداد العالمية للعاملين في مجال الصحة في العام 2022 هي أقلّ بـ 15 مليون من العدد اللازم. صحيح أنّ العدد قد تحسّن منذ العام 2016، حين كان النقص يُقدّر بـ 18 مليون، إلّا أنّ النقص المتبقي لا يزال فادحًا (WHO, 2022b). بالإضافة إلى ذلك، يفضّل خبراء الصحة في معظم الأحيان العيش في المناطق الحضرية، فتبقى المناطق الريفية والنائية محرومةً عادةً. ويحتسّن تحويل المهام هذا النقص نتيجة الاعتماد على العاملين الصحيين المجتمعيين غير المختصين أو شبه المختصين، فهم يستطيعون إنجاز نشاطات الرعاية الصحية الأساسية والعمل بمثابة جسر بين السكان المحليين ونظام الرعاية الصحية الوطني.

بالإضافة إلى ذلك، تستطيع الجهات الفاعلة المحلية أن تلعب هذه الأدوار في جميع أنواع الكوارث، وليس في الطوارئ الصحية فحسب، فالخدمات المطلوبة غالبًا ما تكون متشابهةً بالفعل. سواء أكان المجتمع يواجه تفشي الإنفلونزا أو زلزالًا، تبقى الخدمات الصحية الأساسية مهمةً جدًّا، تمامًا كتوفير المعلومات الدقيقة حول ما ينبغي فعله.

المرّتع 2.4: العمل مع المجتمعات في البيئات الحضرية

تفرض الاستجابة للكوارث في المدن تحديات لا تصادف في البيئات الريفية. وقد كُشفت هذه التحديات في خلال جائحة كوفيد-19. استكشف تقرير نشره الصليب الأحمر الألماني في العام 2021 كيفية استجابة الجمعيات الوطنية لوباء كوفيد-19 في المدن. فوجد أنّ العديد منها واجهت الصعوبات (German Red Cross, 2021). على سبيل المثال، يُعدّ عدد الأشخاص الذين لا يثقون بالحكومات والسلطات الأخرى في المدن أكبر من عددهم في المناطق الريفية. ويعود ذلك جزئيًا إلى الأعداد الكبيرة من المهاجرين واللاجئين في المدن؛ وهذه المجموعات تخشى الحكومات إجمالًا. أمّا الجمعيات الوطنية التي كانت أساسًا موجودة في المدن فحظيت بالثقة الأكبر.

مقارنةً بالمناطق الريفية حيث يعرف الجميع بعضهم البعض، يُعدّ الأشخاص في المدن مجهولي الهوية. فقد يرغبون بالعيش فيها كي يشعروا بالخصوصية. وعادةً ما يكون هؤلاء الأشخاص المهتمشون من الفئات الأكثر ضعفًا - إلّا أن سرّيتهم الشديدة في المناطق الحضرية تعني أنّ الجهات الإنسانية والجهات الفاعلة الأخرى ستواجه صعوبة في الوصول إليهم ومساعدتهم. والحلّ هو عمل الجهات الإنسانية ومديري مخاطر الكوارث على بناء حضور قوي في المجتمعات الحضرية قبل وقوع الكوارث بفترات طويلة. سيساعد ذلك في بناء الثقة وتحديد الأشخاص المستضعفين (PrepareCenter.org, no date).



ماليزيا 2021 عملت جمعية الهلال الأحمر الماليزي مع قسم الصحة في ولاية باهانغ ومع الم-جتمعات المحلية لتلقيح المهاجرين في مقاطعة مرتفعات كامبيرون. وكانت تجربة التعاون بين وزارة الصحة وشركة "ProtectHealth" التجربة الأولى من نوعها التي تقودها منظمة إنسانية. ونجحت جمعية الهلال الأحمر الماليزي في تلقيح أكثر من 7000 مهاجر من مجموعة إثنية مختلفة على الأقل في كوالا لامبور وسيلانغور وساباه. © نظير سوفاري

”

يجري تدريب المتطوعين المحليين
على رصد علامات الأمراض ذات
الإمكانات الوبائية وعوارضها.
ونتيجة عملهم في المجتمعات التي
ينتمون إليها، يُحتمل الوثوق بهم
أكثر من الأطراف الخارجية.

”



لا تستطيع الجهات الفاعلة المحلية إنجاز كل ذلك من دون القدرات المستدامة والاستثمار في البنى التحتية. ما يمكن الفرق المحلية من الاحتفاظ بالأفراد العاملين والموارد والمعارف، ومن المشاركة في آليات التنسيق المحلية. وبدلاً من دفعات التمويل القصيرة الأمد في خلال الأزمات، تتطلب بعض البرامج الدعم المستقر والطويل الأمد، بالإضافة إلى النفاذ إلى النفقات العامة لتعزيز القدرة المؤسسية (راجع الفصل 3).

تسعى بعض الجهات المانحة اليوم إلى معالجة هذه المسألة. ومنها المديرية العامة للعمليات الأوروبية للحماية المدنية والمعونة الإنسانية التابعة للمفوضية الأوروبية، التي دخلت مع الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في شراكة برامجية رائدة توفر التمويل الاستراتيجي والمرن والطويل الأمد والقابل للتنبؤ للجمعيات الوطنية المشاركة في أعمال التأهب (IFRC, no date c). وسيساعد هذا المشروع المجتمعات على التأهب للأوبئة وغيرها من الكوارث. ويعكس إطلاق صندوق الوساطة المالية للوقاية من الجوائح والتأهب والاستجابة لها، الذي يتخذ مقره في البنك الدولي، التسليم بالحاجة إلى التمويل المستمر والمرن (WHO, 2022a). لا يزال مجلسه هو الذي يقرّر قيمة التمويل الذي سيتدفق إلى الجهات الفاعلة المحلية والبرامج. والمبادرة الطموحة الثالثة هي «خط المواجهة في أفريقيا أولاً» التي حدّدت هدفاً يتمثل بنشر 200000 عامل صحي مجتمعي في 10 بلدان بحلول العام 2030 (Africa Frontline First, no date).

أخيراً، تحتاج الجهات الفاعلة المحلية إلى الانخراط بشكل أوسع في الأنظمة الصحية والحكومية. بالإضافة إلى التمويل، ينبغي دعمها على المستوى المؤسسي من خلال آليات الحوكمة والتنسيق. ويُعدّ الدور المساعد المُسنَد إلى جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر مثالاً على الآليات التي تسمح للجهات الفاعلة المحلية بالمشاركة والعمل عن كثب مع الحكومة والنظام الصحي. إنّها «شراكة واضحة ومميّزة، تنطوي على المسؤوليات والمنافع المشتركة، بناءً على القوانين الدولية والوطنية، التي يتم فيها الاتفاق بين السلطات الرسمية الوطنية والجمعية الوطنية على المناطق التي تكمل فيها الجمعية الوطنية الخدمات الإنسانية العامة أو تحلّ محلّها» (IFRC, no date d). في خلال جائحة كوفيد-19، كان بإمكان الدول الاستفادة بشكل أكبر من الآليات مثل الدور المساعد، الذي يوفر لها مساعدة الجهات الفاعلة المحلية في حالات الطوارئ. مجدداً، التأهب أمر أساسي: ستكون هذه الآليات أكثر فعالية إن وضعت قبل وقوع الطوارئ المستقبلية.

المرجع 2.5 / دراسة حالة

تقليل التردد في أخذ اللقاح في الجمهورية العربية السورية

كان الهلال الأحمر العربي السوري يستمع إلى مخاوف الناس بشأن لقاحات وباء كوفيد-19 لفهم أسباب ترددهم في أخذها - ومساعدتهم بالتالي في التغلب على مخاوفهم (IFRC, no date f).

على سبيل المثال، نشرت مجموعة من الناس إشاعة تفيد بوقاة أحد القضاة بعد أخذه لقاح وباء كوفيد-19. كان هذا القاضي قد أعلن مسبقاً أنه سيأخذ اللقاح، إلّا أنه توفي قبل أخذه. وبعد وفاته، رفض أفراد المجتمع أخذ اللقاح باعتباره سبب الوفاة الرئيسي.

طلب فريق الصحة المجتمعية والإسعافات الأولية التابع للهلال الأحمر العربي السوري من أفراد أسرة القاضي المساعدة في تبديد الشائعات. أولاً، حصل جميع أفراد أسرة القاضي على اللقاح ودعوا إلى أخذه. ثانياً، أقام فريق الصحة المجتمعية والإسعافات الأولية لقاءات جماعية ودعا أفراد أسرة القاضي إلى التأكيد على أنّ اللقاح لم يكن سبب وفاته. وبعد هذه الجلسات، ازدادت ثقة الناس بلقاح وباء كوفيد-19، وسارع معظم أفراد المجتمع إلى أخذه.

في واقعة أخرى، وفي خلال نقاش في مجموعة تركيز مع خمس نساء، قالت إحدهنّ إنّ لقاح وباء كوفيد-19 أصاب شقيقته بالشلل، فصدّقته النساء الأخريات. لكن اتّضح في أثناء النقاش أنّ شقيقة تلك المرأة كانت تعاني من العديد من المشاكل الصحية التي سبّبت مرضها وشللها. وبعد معرفة تاريخها الطبي، والنقاشات المستمرة مع فريق الصحة المجتمعية والإسعافات الأولية التابع للهلال الأحمر العربي السوري، تلقّت النساء الجرعة الأولى من اللقاح.



2.3.2 إشراك المجتمعات في جميع مراحل إدارة الطوارئ الصحية العامة

ينبغي أن تشارك المجتمعات بنشاط في جميع مراحل إدارة الصحة والكوارث. فكثيرًا ما يتم التعامل معها على أنها مجرد متلقٍ للمساعدة. ولا يعكس ذلك تعاليًا فحسب، بل إنه أمر عديم الفعالية. فأكثر أشكال الاستجابة فعاليةً هي التي تتم بشكل تعاوني. مع إدراك كافة احتياجات المجتمع ومواطن ضعفه ومعتقداته وقدراته (IFRC, 2021e). وقد استنتج استعراض للاستجابات إلى وباء كوفيد-19 في 177 بلدًا أن: «الجهود المبذولة لتحسين التأهب للجوائح والاستجابة للجائحة المقبلة قد تستفيد من زيادة الاستثمار في استراتيجيات الإبلاغ عن المخاطر والمشاركة المجتمعية لتعزيز ثقة الأفراد بالتوجيهات الصحية العامة» (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

والجدير بالذكر أن القيادة المحلية تمكن من التواصل والتعقيب بشكل أفضل. فحين تعمل فرق الرعاية الصحية والكوارث عن قرب مع المجتمعات، تتوفر لها فرصة اكتشاف معلومات مهمة، مثل الأشخاص الأكثر عرضة للخطر، والأمور اللازمة لإدارة ذلك الخطر. ومستوى التعقيب الصحي لدى هؤلاء الأشخاص، وبمن قد يثقون (راجع المربع 2.6، دراسة حالة: تقليل التردد في أخذ اللقاح في الجمهورية العربية السورية). هذه المعلومات تمكن من الاستعداد والاستجابة بصورة أكثر ملاءمةً. ولا بدّ من التركيز على الفئات المهمشة والمستضعفة بشكل خاص، فهي تحتاج إلى المزيد من جهود المشاركة لتلبية احتياجاتها من المعلومات. لذلك فإنّ المشاركة المجتمعية والمساءلة هما في جوهر عملية التأهب (راجع الفصل 1 لمعرفة المزيد حول التأهب، والفصل 5 لمعرفة المزيد حول بيانات التعقيبات المجتمعية).

حدّد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر خمسة مبادئ توجيهية لتدعيم الأنظمة المجتمعية المرتكزة على الإنسان (IFRC, no date e). وترتكز هذه المبادئ على الخبرة الواسعة في الاستجابات الصحية العامة، وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، وباء كوفيد-19. لنجاح الأنظمة الصحية المجتمعية، لا بدّ من:

1. أن تكون بقيادة المجتمع. تكون البرامج الصحية أكثر فعاليةً حين تديرها وتحكمها وتنقّذها المجتمعات بنفسها. يرحّح أن يتخذ الناس الإجراءات في مجتمعاتهم حين يمتلكون إمكانية القيادة على القيادة على جميع المستويات، من تقييم احتياجاتهم إلى تنفيذ البرنامج وتقييم النتائج (WHO, 2021). على سبيل المثال، في جمهورية الكونغو الديمقراطية، عمل المتطوعون في الصليب الأحمر مع المجتمعات على توجيه الرسائل لدعم أخذ لقاح الحصبة، فأقاموا الورش التشاركية، التي حضرها الشركاء الصحيون المجتمعون، والعاملون الصحيون المجتمعون، والزعماء الدينيون والتقليديون، والسلطات الصحية والإدارية المحلية، بهدف الاشتراك في إيجاد الحلول لتفشي الأمراض. جمع المتطوعون الإشاعات والتعقيبات لاستخدامها في استراتيجيات المشاركة الرئيسية. بعد ذلك اعتمدت السلطات الصحية الرسائل الرئيسية، معززةً الالتزام بإيصالها إلى أوسع نطاق (IFRC, 2022a).

2. أن تسترشد بالبيانات. للحفاظ على الثقة، لا بدّ من الإصغاء، والاستجابة، والعمل على أساس ما تخبرنا به المجتمعات. لا بدّ من فهم نظرة المجتمع إلى المرض والاستجابة. ينبغي أيضًا أن يحدّد المستجيبون العوامل الرئيسية التي تؤثر في سلوك المجتمعات، وأسئلتها، وتوقعاتها، وقدراتها. فالبيانات المجتمعية، بما فيها بيانات التعقيبات المجتمعية، لا تقلّ أهميةً عن البيانات المتعلقة بالأوبئة (راجع الفصل 5 لمعرفة المزيد حول جمع البيانات وتحليلها). على سبيل المثال، أجرى الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بحثًا في تجارب الناس مع الجائحة، بما في ذلك تقلّصهم لللقاح، في أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. أجرى الباحثون مقابلات مع 7743 شخصًا في تسعة بلدان. وكانت نسبة تقبّل اللقاح مرتفعةً إجمالاً: لم يرفضه سوى شخصان من أصل ثمانية، باستثناء جامايكا، حيث رفضه خمسة أشخاص من أصل عشرة. لكنّ المشكلة كانت في النفاذ إلى اللقاحات. فقد أبلغ المهاجرون والسكان الأصليون عن وجود عقبات مثل المسافة، وأوقات الانتظار الطويلة، وأوقات العمل غير المناسبة، وعدم كفاية الخدمات (IFRC, 2022b).

3. أن تخضع للمساءلة. ينبغي أن تخضع الأنظمة الصحية للمساءلة، وأن تكون شفافة، وأن تستجيب إلى مطالب الأشخاص والمجتمعات وأولوياتهم واحتياجاتهم. وينبغي أن تكون المجتمعات قادرة على المشاركة في إدارة النظام الصحي والتخطيط للتدخلات والنهج الصحية، وفي توصيل الخدمات والإشراف عليها. هذه المشاركة المجتمعية الواسعة النطاق في الرصد والتقييم تجعل البرامج أكثر استدامة وتسمح باستخدام الموارد بصورة أفضل. لتحقيق ذلك، على الحكومات أن تستثمر في تعزيز قدرات المجتمعات، مثل التثقيف الصحي، ويشمل معرفة الحقوق الصحية. وقد أتاحت إحدى الممارسات الجيدة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية فرصة تقييم توصيل علاجاتهم، واستمر البرنامج من العام 2017 إلى العام 2019 في 11 بلدًا في أفريقيا الغربية والوسطى. وذكر المستجيبون أنَّ الحصول على نتائج اختبار الحمل الفيروسي يستغرق عدّة أسابيع. ومع ذلك، مع استمرار المشروع واستيعاب التعقيبات، تحسّنت هذه المؤشرات وغيرها (The Global Fund, 2020).

4. أن تكون منسقة وتعاونية. ينبغي إدراج المشاركة المجتمعية في الاستراتيجيات والسياسات والإجراءات، وجعلها منسجمة مع الاستجابات المتعلقة بالصحة العامة والاستجابات الإنسانية والتنمية. وينبغي أن تتيح جهود التنسيق إمكانية إقامة الشراكات بين الجهات الفاعلة المحلية والقطاع الخاص والدول وشركاء الاستجابة والمجتمعات نفسها. على سبيل المثال، للمساعدة في إدارة وباء كوفيد-19، أسست وزارة الصحة في إسواتيني فريق العمل التقني المعني بالإبلاغ عن المخاطر والمشاركة المجتمعية. وفي هذا السياق، يعمل «فريق الإصغاء الحيوي» على جمع الأسئلة والإشاعات والتعقيبات من عدّة مصادر، منها «توك ووك» وهي أداة إصغاء اجتماعية تتبّع ما يقوله الناس حول وباء كوفيد-19 على وسائل التواصل الاجتماعي، ما يسمح بتشكيل صورة فورية حول اعتقادات الناس وينذر الحكومات بالمشاكل: على سبيل المثال، ذكر كثيرون أنَّ مراكز التلقيح بعيدة جدًا ويصعب السفر إليها (IFRC, 2022c).

5. أن تكون شاملة ومتنوعة. ينبغي إعطاء الأولوية في الدعم إلى الفئات الأكثر ضعفًا أو تهميشًا أو عرضة للخطر. ولا بدّ من أن تكون مقاربات المشاركة الاجتماعية والمساءلة متاحة، وملائمة ثقافيًا، ومراعية لمنظور النوع الاجتماعي، ومتاحة على نحو منصف للأشخاص ذوي الإعاقة. ينبغي تمثيل أكبر عدد ممكن من الفئات في صنع القرارات على المستوى المحلي. على سبيل المثال، في المملكة المتحدة، يتمتّع الصليب الأحمر البريطاني بفريق لدعم اللاجئين، يعمل عن قرب مع الأشخاص الذين يبحثون عن ملجأ. فقد واجه الكثير من هؤلاء الأشخاص العوائق التي تحول دون حصولهم على الخدمات الصحية، فساعدتهم الصليب الأحمر البريطاني على معالجة هذه المشكلة. كما أصدر المواد الإعلامية في 20 لغة، وعمل مع الأشخاص الذين مرّوا بتجارب حيّة لضمان أهمية هذه المواد، ودعم مراكز التلقيح المؤقتة للأشخاص الذين لا ينتمون إلى النظام الصحي، من خلال زيادة الوعي مسبقًا أو مساعدة الناس على أخذ المواعيد (IFRC, 2022d).

المرتبّع 6.2 / دراسة حالة

لا بدّ من سؤال الناس عمّا يحتاجونه حقًا

مع بداية انتشار وباء كوفيد-19، بدأ الصليب الأحمر الكاميروني فورًا بجمع التعقيبات المجتمعية بهدف معرفة تصوّرات الناس حول فيروس كورونا المستجدّ واحتياجاتهم. فجمع المعلومات عبر مجموعة من القنوات، من الخط الساخن ووسائل التواصل الاجتماعي إلى مناقشات مجموعات التركيز والمتطوّعين الذين يوصلون الرسائل إلى المجتمعات (Cameroon Red Cross, 2021).

حلّ الصليب الأحمر الكاميروني التعقيبات بصورة فورية لتوجيه استجابته لوباء كوفيد-19، فركّز على المناطق الخمس الأكثر تأثرًا في البلاد. وساعدته التعقيبات في صياغة الرسائل المقنعة والمفهومة، وفي تحديد المجتمعات الأكثر ضعفًا.

بناءً على الاستقصاءات، ترجم الصليب الأحمر الكاميروني رسائله إلى أكثر من 20 لغة محلية، لضمان أن تفهمها معظم الشعوب المتأثرة. كما تبين له أنّ بعض الأشخاص لا يؤمنون بوجود وباء كوفيد-19، فصاغ الرسائل التي تتناول هذه النقطة.

ساعدت الاستقصاءات أيضًا في تحديد المجتمعات التي لا تستطيع الحصول على المياه الآمنة، التي كانت ضرورية جدًا لأنّ غسل اليدين من أهمّ الإجراءات التي دُعي الناس إلى اتخاذها لحماية أنفسهم - إلّا أنّ كثيرين لم يتمكّنوا من فعل ذلك. بواسطة تحليل جغرافي للاستقصاءات، حدّد الصليب الأحمر الكاميروني المجتمعات التي تحتاج بشكل ملحّ إلى مراكز جديدة لتوزيع المياه ومعدات تخزين المياه، ووقّرها لها.

أخيرًا، كشفت الاستقصاءات عن أنّ الكثير من الأشخاص يظنّون أنّ وباء كوفيد-19 لا يؤثر إلّا على كبار السنّ. وفي النتيجة، كان من الممكن ألاّ يتبنّى الشباب الممارسات الآمنة - معرّضين أنفسهم ومجتمعاتهم للخطر. ردًا على ذلك، عمل الصليب الأحمر الكاميروني مع المؤثرين الشباب ليتواصلوا مع الشباب بشأن المخاطر التي واجهوها وكيفية وضع الكمامة بالصورة الصحيحة. كما ساعد في إنتاج البرامج الحوارية عبر الإذاعة المحلية، فقد أظهرت تحليلات سابقة أنّ الناس يثقون بها بشكل كبير.



التوصيات الرئيسية

إشراك الجهات الفاعلة المحلية المعترف بها والمدربة في الأنظمة الصحية. يمكن تحقيق ذلك رسميًا أو عبر ترتيبات تعاونية. فالجهات الفاعلة المحلية، وتشمل العاملين الصحيين الاجتماعيين والمتطوعين، تستطيع أن تلعب أدوارًا رئيسية في الرعاية الصحية الأولية وتعزيز الأنظمة الصحية على المستوى المحلي، إذ يمكنها توفير بعض الخدمات الأساسية مثل التأهب المجتمعي والرقابة المجتمعية، واللقاحات الروتينية، وتحويل المهام، ويستطيع بعضها توفير الرعاية ما قبل دخول المستشفى، بحسب مؤهلاتها. تستطيع الجهات الفاعلة المحلية أن تكون جسرًا يربط بين الأنظمة الصحية والمجتمعات التي تخدمها، لكن ذلك يتطلب إدماجها في الأطر السياسية الصحية. وبحسب قوانين كل بلد، ثمة مجموعة من الخيارات لتحقيق ذلك. ينبغي أن تتسق الأنظمة الصحية مع الجهات الفاعلة المحلية، وينبغي تزويدها بالدعم المستدام لإنجاز نشاطاتها (عبر التدريب، والإشراف، والتمويل، والتنسيق، والتسهيلات القانونية).

إدراج الجهات الفاعلة المحلية في خطط التأهب للطوارئ الصحية الوطنية من أجل الوقاية والعمل المبكر والاستجابة. يمكن النظر إلى الجهات الفاعلة المحلية المعترف بها، سواء أكانت مدفوعة أم متطوعة، على أنها جسر يصل بين السلطات الوطنية والمجتمعات. فحين يتم تدريبها والإشراف عليها ودعمها بالصورة المناسبة، بإمكانها توفير عدد كبير من الخدمات لمساعدة الأنظمة الصحية المثقلة بالأعباء، وزيادة وصول التدابير المضادة الصحية للأشخاص الذين يصعب الوصول إليهم، كما يظهر في هذا التقرير. لكنها لا تستطيع إنجاز ذلك من دون الدعم والتسهيلات القانونية اللازمة للقيام بهذه المهام. وتشمل التسهيلات، حسب الاقتضاء، ترتيب الأولويات بشأن توزيع معدات الوقاية الشخصية ومنتجات الاستجابة للجوائح، والاستثناءات (حسب الاقتضاء) من القيود على حركة السلع والعاملين، والنفاد إلى خدمات الصحة الجسدية والعقلية، وإلى البيانات والمعلومات، وما إلى ذلك.

العمل مع المجتمعات على تصميم خطط التأهب للطوارئ الصحية وتنفيذها وتتبعها من أجل الوقاية والعمل المبكر والاستجابة. لا بدّ من معرفة المجتمع وتأييده لتمكّن من تصميم خطط التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية وتنفيذها وتتبعها. ومن الأمثلة الملموسة على الطرق الممكنة لضمان ذلك: تقييمات المخاطر ومواطن الضعف المشتركة، وضع تدابير التأهب المحلية والوطنية، ونشاطات التأهب المشتركة، والتتبع والتقييم، والتدريب على برامج الوقاية، والكشف المبكر، والاستجابة، والراجع المنتظمة للإجراءات في ضوء التهديدات الجديدة أو الدروس المستفادة.

تطوير النقاشات الثنائية الاتجاه مع المجتمعات حول احتياجاتهم ومخاوفهم الصحية. لعلّ أكثر التدخلات الصحية فعاليةً هي التي تطوّر بالتعاون مع المجتمعات التي تحتاجها، ما يعني المشاركة بانتظام مع جميع المجتمعات، ولا سيّما المهمشة والمستضعفة. ولا بدّ من أن يحدّد المتخصّصون احتياجات المجتمعات ورغباتها وقدراتها واعتقاداتها ومواطن ضعفها. بالإضافة إلى ذلك، لا بدّ من جمع التعقيبات من هذه المجتمعات وتحليلها، لتطوير الأنظمة الصحية وبناء علاقات ثقة مستدامة. وتحتاج الشراكات المجتمعية إلى المساءلة المشتركة، لذلك ينبغي أن توجّه بناءً على الأدلة. يساعد ذلك في تعزيز الثقة المجتمعية والمسؤولية المدنية والتضامن الشعبي اللازم للاستعداد للطوارئ الصحية والكوارث. وينبغي أن يسير عملنا بناءً على البيانات الاجتماعية السلوكية والتصورات المجتمعية، وينبغي أن يصبح العمل المرتكز على المجتمع معيارنا.

Africa Frontline First (no date) <https://www.africafrontlinefirst.org/>

Australian Red Cross (2020) **Local response in a global pandemic: a case study of the Red Cross response to Tropical Cyclone Harold during COVID-19 in Vanuatu and Fiji.** <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/ARC-TC-Harold-Full-report-Electronic-171220.pdf>

Ballard M et al (2020) Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. **BMJ Global Health**, 5, e002550. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020002550->

Bavel JJV et al (2020) Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**, 4, pp. 460-71. <https://doi.org/10.1038/s415620884-020-z>

Bhaumik S et al (2020) Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. **BMJ Global Health**, 5, e002769. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020002769->

Burki T (2020) Global shortage of personal protective equipment. **The Lancet Infectious Diseases**, 20(7), pp. 785-6. [https://doi.org/10.1016/S14736-30501\(20\)3099-](https://doi.org/10.1016/S14736-30501(20)3099-)

Cameroon Red Cross (2021) **All Against COVID-19: A case study.** <https://communityengagementhub.org/resource/cameroon-red-cross-all-against-covid-19-a-case-study/>

Corbin JH et al (2021) A health promotion approach to emergency management: effective community engagement strategies from five cases. **Health Promotion International**, 36(Supplement_1), pp. i24-i38. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab152>

COVID-19 National Preparedness Collaborators (2022) Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. **The Lancet**, 399(10334), pp. 1489-512. [https://doi.org/10.1016/S01406-00172\(22\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01406-00172(22)6736-)

Edelman (2022) **2022 Edelman Trust Barometer: The cycle of distrust.** Daniel J. Edelman Holdings, Inc. <https://www.edelman.com/trust/2022-trust-barometer>

Erlach E et al (2021) Using Community Feedback to Guide the COVID-19 Response in Sub-Saharan Africa: Red Cross and Red Crescent Approach and Lessons Learned from Ebola. **Health Security**, 19(1), pp. 13-20. <http://doi.org/10.1089/hs.2020.0195>

Garcini LM et al (2022) Dealing with distress from the COVID-19 pandemic: Mental health stressors and coping strategies in vulnerable latinx communities. **Health and Social Care in the Community**, 30(1), pp. 284-94. <https://doi.org/10.1111/hsc.13402>

German Red Cross (2021) **Responding to COVID-19 In Urban Environments: Learning from Local Responders to Guide Future Epidemic & Pandemic Responses in Urban Areas**. <https://preparecenter.org/resource/responding-to-covid-19-in-urban-environments/>

Global Fund (2020) **Community-Based Monitoring: An overview**. https://www.theglobalfund.org/media/9622/core_css_overview_en.pdf

Grand Bargain (no date) <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

Holroyd E et al (2022) Community healthcare workers' experiences during and after COVID-19 lockdown: A qualitative study from Aotearoa New Zealand. **Health & Social Care in the Community**, 30, pp. e2761-71. <https://doi.org/10.1111/hsc.13720>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2018) **Definitions Paper: IASC Humanitarian Financing Task Team, Localisation Marker Working Group**. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/hfft_localisation_marker_definitions_paper_24_january_2018.pdf

IFRC (2019) **From words to action: Towards a community-centred approach to preparedness and response in health emergencies**. <https://www.gpmb.org/annual-reports/overview/item/from-words-to-action-towards-a-community-centred-approach-to-preparedness-and-response-in-health-emergencies>

IFRC (2020a) **COVID-19: Red Cross Red Crescent steps up European response, urges Governments to strengthen testing, tracing and isolation measures**. <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-red-cross-red-crescent-steps-european-response-urges-governments-strengthen>

IFRC (2020b) **Care in Communities: Guidelines for National Red Cross Red Crescent Societies. A community health systems approach 2020**. <https://www.ifrc.org/document/care-communities-guidelines>

IFRC (2021a) **Africa CDC and IFRC ramp up COVID-19 response in Africa**. <https://www.ifrc.org/press-release/africa-cdc-and-ifrc-ramp-covid-19-response-africa>

IFRC (2021b) **COVID-19: IFRC calls for urgent action to tackle vaccine hesitancy in Europe amid increase in violent incidents**. <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-ifrc-calls-urgent-action-tackle-vaccine-hesitancy-europe-amid-increase>

IFRC (2021c) **COVID-19: Scaling up testing and strengthening national health systems with EU support**. <https://www.ifrc.org/article/covid-19-scaling-testing-and-strengthening-national-health-systems-eu-support>

IFRC (2021d) **Case Study: Community-based surveillance in Indonesia (Bahasa)**. <https://www.ifrc.org/document/case-study-community-based-surveillance-indonesia-bahasa>

IFRC (2021e) **Guide to Community Engagement and Accountability**. <https://www.ifrc.org/document/cea-guide>

IFRC (2022a) **Breaking the silos in community-driven epidemic preparedness and response**. https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/203/2022/IFRC_SBCCposter.pdf

IFRC (2022b) **COVID-19 in the Americas: Listening to the most vulnerable.** <https://ifrcgo.org/ifrc-americas-covid-datastory/>

IFRC (2022c) **National-level risk communication and community engagement coordination.** <https://communityengagementhub.org/resource/national-level-risk-communication-and-community-engagement-coordination/>

IFRC (2022d) **Refugees, asylum seekers and COVID-19: Greece, United Kingdom and Netherlands.** <https://communityengagementhub.org/resource/refugees-asylum-seekers-and-covid-19-greece-united-kingdom-and-netherlands/>

IFRC (no date a) **Key concepts for epidemic response managers.** <https://epidemics.ifrc.org/manager/key-concepts-epidemic-response-managers>

IFRC (no date b) **Identified categories for tracking funding flows.** https://glocalisation.ifrc.org/wp-content/uploads/201806/categories_for_tracking_direct_as_possible_funding_to_local_and_national_actors_003.pdf

IFRC (no date c) **Epidemic and Pandemic Preparedness.** <https://www.ifrc.org/epidemic-and-pandemic-preparedness>

IFRC (no date d) **Programmatic Partnership.** <https://www.ifrc.org/pilot-programmatic-partnership>

IFRC (no date e) **The auxiliary role.** <https://www.ifrc.org/who-we-are/international-red-cross-and-red-crescent-movement/national-societies/auxiliary-role>

IFRC (no date f) **Community Voices: COVID-19 immunization amid a complex humanitarian crisis in Syria.** Available on request.

IFRC (no date g) **A People-Centred Approach: Accelerating the engagement and leadership of communities to achieve health outcomes in the African continent.** Available on request.

IFRC on Medium (2021) **Tackling COVID-19 vaccine hesitancy.** <https://ifrc.medium.com/tackling-covid-19-vaccine-hesitancy-3ab32fdf312e>

IFRC Psychosocial Centre (2020) **Annual Report 2020.** <https://pscentre.org/?resource=annual-report-2020&selected=single-resource>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021a) **Centering communities in pandemic preparedness and response: Background paper 10.** <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/202105/Background-paper-10-community-involvement.pdf>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021b) **COVID-19: Make it the Last Pandemic.** <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) (2021) **Why Not Local? Gender-based Violence, Women's Rights Organisations, and the Missed Opportunity of COVID-19.** <https://www.rescue.org/report/why-not-local-gender-based-violence-womens-rights-organisations-and-missed-opportunity-covid>

Johnston A (2022) **Analysis of learning from IFRC COVID-19 response**. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Available upon request.

King's College London (2020) **The ten most dangerous coronavirus myths debunked**. <https://www.kcl.ac.uk/blog-the-ten-most-dangerous-coronavirus-myths-debunked-1>

Loewenson R et al (2021) Beyond command and control: A rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. **Global Public Health**, 16(89-), pp. 1439-53. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1900316/>

Lotta G et al (2022) The impact of the COVID-19 pandemic in the frontline health workforce: Perceptions of vulnerability of Brazil's community health workers. **Health Policy OPEN**, 3, 100065. <https://doi.org/10.1016/j.hopen.2021.100065>

McKay G et al (2022) 'The response is like a big ship': community feedback as a case study of evidence uptake and use in the 2018-2020 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo. **BMJ Global Health**, 7, e005971. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021005971>

Natoli L et al (2020) Community engagement to advance the GHSA: It's about time. **Health Security**, 18(4), pp. 335-7. <https://doi.org/10.1089/hs.2019.0099>

Nelson C et al (2007) **Conceptualizing and defining public health emergency preparedness**. American Journal of Public Health, 97(Suppl 1), pp. S9-11.

Núñez A et al (2021) Access to Healthcare during COVID-19. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(6), 2980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062980>

OECD (2020) **Realising the Potential of Primary Health Care**. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en

Okan O et al (2022) Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. **Health Promotion International**, daab197. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab197>

Paksoy M (2020) **Turkish Red Crescent delivered the first 30,000 food parcels to those in need [in Turkish]**. Anadolu Agency. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turk-kizilay-ilk-30-bin-gida-kolisini-ihiyac-sahiplerine-ulastirdi/1787533>

PrepareCenter.org (no date) **Red Cross Red Crescent Urban Collaboration Platform**. <https://preparecenter.org/initiative/red-cross-red-crescent-urban-collaboration-platform/>

RCCE (Risk Communication and Community Engagement Collective Service) (no date) **The Collective Service**. <https://www.rcce-collective.net/the-collective-service/>

Resolve to Save Lives (2022) **Epidemics That Didn't Happen**. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen>

Royston G et al (2020) Universal access to essential health information: accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets. **BMJ Global Health**, 5, e002475. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020002475>

Sachs JD et al (2022) **The Lancet** Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. **The Lancet Commissions**, 400(10359), pp. 1224-80. [https://doi.org/10.1016/S01409-01585\(22\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01409-01585(22)6736-)

Salisbury H (2021) Helen Salisbury: Trust me, I'm the family doctor. **BMJ**, 372, n293. <https://doi.org/10.1136/bmj.n293>

Sørensen K et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 12, 80. <https://doi.org/10.118680-12-2458-1471/>

TRC (Turkish Red Crescent) (2020) **Red Crescent Meal for Citizens in Quarantine**. <https://www.kizilay.org.tr/Haber/KurumsalHaberDetay/5036>

UN OHRLLS (UN Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States) (No date) **World's Most Vulnerable Countries Lack the Capacity to Respond to a Global Pandemic**. <https://www.un.org/ohrls/news/world%E299%80s-most-vulnerable-countries-lack-capacity-respond-global-pandemic-credit-mfdelyas-alwazir>

WHO (World Health Organization) (2020) **Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide**. <https://www.who.int/news/item/032020-03-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

WHO (World Health Organization) (2021) **10 steps to community readiness: What countries should do to prepare communities for a COVID-19 vaccine, treatment or new test**. https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-Community_Readiness-2021.1

WHO (World Health Organization) (2022a) **New fund for pandemic prevention, preparedness and response formally established**. <https://www.who.int/news/item/092022-09-new-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response-formally-established>

WHO (World Health Organization) (2022b) **Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly**. <https://www.who.int/news/item/022022-06-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030>

WHO (World Health Organization) (2022c) **Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report**. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

WHO (World Health Organization) (no date) **About us**. <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>

WHO (World Health Organization) (no date) **WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata**. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

WHO (World Health Organization) & UNICEF (United Nations Children's Fund) (2021) **The role of community health workers in COVID-19 vaccination: implementation support guide, 26 April 2021**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665340986/>

WHO SAGEI (WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) (2022) Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake WHO position paper - May 2022. **Weekly Epidemiological Record**, 97, 20. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720224-209->



السماح بإمكانية
وصول أكبر إلى
المنتجات والخدمات

كولومبيا 2021 استجابة للاحتياجات الإنسانية للمهاجرين عبر القارات. طوّر الصليب الأحمر الكولومبي أنشطة قائمة على نهج الاستجابة الأولية لبلدية نيكوكلي في إدارة أنتيوكيا. تنسق الجمعية أنشطتها بشكل دائم مع السلطات في المنطقة، التي تضمن بدورها رصد الأوضاع منذ بداية مسار الهجرة. ويستمرّ الصليب الأحمر الكولومبي، بالتعاون مع شركائه في الحركة وبدعم من الصليب الأحمر الألماني والمديرية العامة للحماية المدنية الأوروبية وعمليات المساعدة الإنسانية، في الاستجابة بطريقة سريعة وفعالة لاحتياجات المهاجرين على كامل أراضي البلاد. © المديرية العامة للحماية المدنية الأوروبية وعمليات المساعدة الإنسانية / الصليب الأحمر الألماني

التضامن العالمي



المحتويات

95	مقدمة
96	1.3 ما شهدناه: من نجاحات التضامن العالمي وإخفاقاته
100	2.3 ما تعلّمناه: غالبًا ما تقلّل أنظمتنا العالمية من التضامن
107	3.3 ما علينا القيام به: تعزيز التضامن العالمي على المستوى المؤسسي
114	التوصيات الرئيسية

مقدمة

تُعتبر جائحة كوفيد-19 حالة طوارئ عالمية تتطلب تضامناً عالمياً. وفي بعض المجالات، مثل الأبحاث العلمية الخاصة بفيروس كورونا، كان التعاون الدولي متيسراً وأسفر عن تقدّم غير مسبوق. غير أنّ الافتقار إلى التضامن أعاق الكثير من جوانب الاستجابة للجائحة. وهي تشمل مشاركة معدّات الحماية الشخصية واللقاحات والتقنيّات التشخيصيّة والأكسجين وأشكال أخرى من العلاجات الخاصة بالحالات الخطيرة وتوزيعها. وتجلّى ذلك في عدم الإنصاف في توزيع اللقاحات، إذ إنّ بعض الدول كانت تعطي مواطنيها جرعات معزّزة في العام 2021، بينما لم يتلقّ شعوب الدول الأخرى جرعاتهم الأولى حتى العام 2022. بعد تسجيل آلاف الوفيات التي كان يمكن تجنبها والإتلاف غير الضروري لملايين من الجرعات المنتهية الصلاحية وغير المستخدمة. لذلك، **من المهمّ أن يعمل المجتمع الدولي على إصلاح عملياته لتمكين استجابة أكثر إنصافاً في الأزمات المستقبلية.** فالحاجة إلى الإصلاح ملحة لجهة الإمداد - لتتلقّى جميع البلدان الإمدادات الكافية بشكل فوري - ولجهة الأنظمة، لضمان وصول اللقاحات والمستلزمات الضروريّة الأخرى إلى الأشخاص الذين يحتاجون إليها بشكل منصف. بالإضافة إلى ذلك، لا يزال تمويل عمليّات المساعدات الإنسانية يفتقر إلى إصلاح كبير: ولا سيّما من خلال زيادة المرونة وخفض التخصيص وتحسين الدعم للاستجابات ذات القيادة المحليّة.

التعاريف

منتجات الاستجابة للجائحة: منتجات ملموسة مثل معدات الحماية الشخصية، واللقاحات، وتقنيات التشخيص، والأكسجين، وغيرها من أشكال العلاج للحالات الخطيرة. وتعتمد إمكانية الوصول إلى منتجات الاستجابة للجائحة جزئياً على توافر وتوزيع هذه المنتجات حول العالم، وعلى الخدمات والمعلومات الصحية المحلية الفعالة، بما في ذلك على مستوى المجتمع.

1.3 ما شهدناه

من نجاحات التضامن العالمي وإخفاقاته

تسبب وباء كوفيد-19 في أزمة عالمية حقيقية. فتأثيره طال كل دولة وإقليم. وتطلبت حالة الطوارئ غير المتوقعة هذه اتخاذ تدابير استثنائية كما أنها فرضت مستويات استثنائية من التضامن. من الناحية المثالية، كان من المفترض إنشاء آليات التضامن قبل انتشار الجائحة.

وأظهرت بعض المبادرات الإيجابية تعاونًا مثيرًا للاهتمام (راجع المربع 3.1، دراسة حالة: التضامن بشأن اللقاحات من جمعية الصليب الأحمر الصيني). وتتمثل إحدى المبادرات بالبحوث الخاصة بفيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة والمرض الذي يسببه هذا الفيروس أو على الأقل شكله الأساس وأعراضه. وتجدر الإشارة إلى أنه طوال فترة الجائحة، كان البحث بمثابة انتصار للتعاون الدولي، إذ جرى تبادل البيانات بحرية بين البلدان على نطاق غير مسبوق. وحدد تحليل تلوي صدر في شهر آب\أغسطس من العام 2022 346267 دراسة، شارك فيها باحثون من 189 دولة مختلفة. ووصف هذه الأرقام بأنها نتيجة «رد فعل علمي عالمي ساحق» (Cao and Hou, 2022). وباحثون صينيون هم أول من حدد تسلسل جينوم فيروس كورونا سارس 2 ونشروه عبر الإنترنت في 10 كانون الثاني\يناير من العام 2020 (Zhang et al., 2020). ونُشر بعد 14 يومًا وصف تفصيلي للفيروس في مجلة علمية (Zhu et al, 2020). ومع انتشار الفيروس في جميع أنحاء العالم، شاركت كذلك العشرات من المؤسسات الأخرى البيانات الوراثية وغيرها من البيانات. وساعد هذا الفيض من المعلومات المتاحة للجمهور في دفع عجلة التطور السريع للقاحات والعلاجات الأخرى.

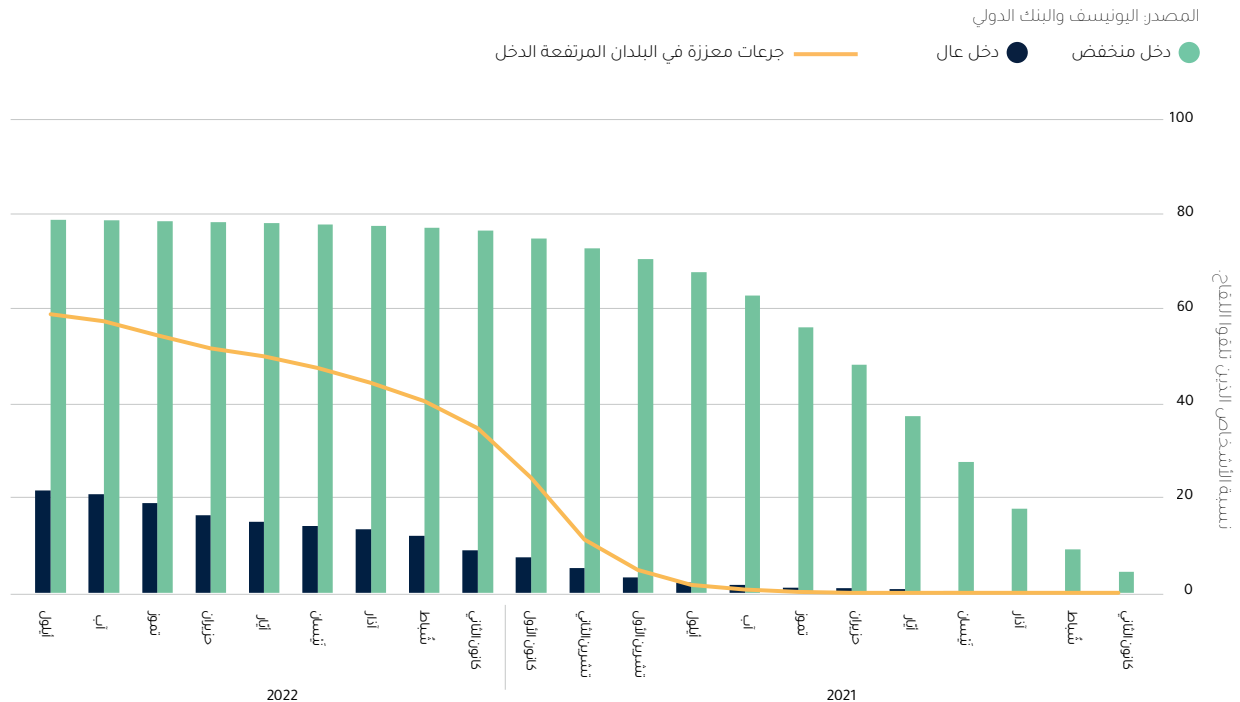
وترافقت الجهود العلمية ومبادرة دولية لتحقيق الوصول **العادل** إلى تقنيات وباء كوفيد-19 الصحية. فأطلقت مجموعة دول العشرين مبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة وباء كوفيد-19 (ACT-A) في نيسان\أبريل 2020. وكان هدفها المعلن هو «ضمان حصول كل الناس على جميع الأدوات المتاحة للتغلب على وباء كوفيد-19» (WHO, 2020). ولتنفيذ ذلك، جمعت مبادرة ACT-A بين الحكومات والعلماء والشركات والمجتمع المدني والمحسنين ومنظمات الصحة العالمية (WHO, no date) ورُكزت على أربعة مجالات وهي التشخيص والعلاج واللقاحات والنظم الصحية (WHO ACT-A, 2020).

وحققت مبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة كوفيد-19 (ACT-A) نجاحات كبيرة كما أنّ الإخفاقات الناتجة عنها كانت ملحوظة. فبحلول نهاية شهر آذار\مارس من العام 2022، كانت قد قدّمت أكثر من 167.8 مليون اختبار، ومنحت 184 مليون دولار أمريكي للبلدان من العلاجات وغيرها من معدات الاستشفاء، وسلّمت معدّات الحماية الشخصية بقيمة 463 مليون دولار أمريكي (WHO ACT-A, 2022). وحسب تقرير مستقل نُشر في شهر تشرين الأول\أكتوبر من العام 2021، فإنه على الرغم من المشكلات الكبيرة، أدّت مبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة وباء كوفيد-19 (ACT-A) دورًا إضافيًا وهامًا في تسريع تطوير الأدوات الحيوية وتقديمها واستجابات لاحتياجات البلدان» (WHO ACT-A, 2021). وفي الآونة الأخيرة، في تشرين الأول\أكتوبر من العام 2022، نشرت منظمة الصحة العالمية تقييمًا خارجيًا لمبادرة ACT-A (WHO and Open Consultants, 2022). وأشار إلى أنّ مبادرة ACT-A أتاحت «مستوى غير مسبوق من التنسيق والتعاون بين وكالات الصحة العالمية». ما أدى إلى تسريع الاستجابة للجائحة. وخلص التقرير إلى أنّ نموذج التنسيق الخاص بمبادرة ACT-A كان «غير رسمي» للغاية وينبغي عدم تطبيقه مجددًا في أيّ جائحة في المستقبل. فالشفافية والمساءلة المتوافرتان لم تكونا كافيتين. ولم يكن لدى حكومات البلدان منخفضة الدخل تمثيل كافٍ. وأخيرًا، كانت مبادرة ACT-A دائمًا تعاني من نقص في التمويل، على الرغم من جمع 23.5 مليار دولار أمريكي، وواجهت صعوبة في صرف الأموال بسرعة. ويمكن القول إن مثل هذه المشكلات كانت نتيجة حتمية لوضع مبادرة ACT-A في أثناء الوباء، بدلًا من تطوير مثل هذه الآليات مسبقًا.

بالفعل بُذلت جهود مكثفة لتحسين الوصول إلى اللقاحات حتى قبل الجائحة. والجدير ذكره أنّ مجموعة من المؤسسات الخيرية والحكومات أسست الائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة (CEPI) في العام 2017. وكان الهدف منه يكمن في إنشاء صندوق عالمي لتطوير اللقاحات لتسريع هذه العملية. وصب الائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة (CEPI) تركيزه في البداية على ستة أمراض، بما في ذلك الإيبولا وزيكا. ولكن، في شهر كانون الثاني/ يناير من العام 2020، بدأ الائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة (CEPI) في تمويل التطوير العاجل للقاحات وباء كوفيد-19 (CEPI, 2020). وتعرّض الائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة (CEPI) لبعض الانتقادات بسبب الافتقار إلى الشفافية في اتفاقياته مع مطوّري اللقاحات (Usher, 2021). ولكن، ساعد البرنامج الخاص به في ضمان تطوير اللقاحات واختبارها والموافقة عليها بسرعة، ما أدى إلى إنقاذ ملايين الأرواح في بعض البلدان (CEPI, 2022).

ذكرنا بعضًا من قصص النجاحات. ولكن كشفت الجائحة كذلك عن إخفاقات هائلة في التضامن العالمي. **ففي حين حقّق تطوير اللقاحات نجاحًا كبيرًا على الصعيد التعاون الدولي، إلّا أنّ إنتاج اللقاحات بسرعة وتوزيعها بشكل منصف وإيصالها إلى المجتمعات التي تحتاج إليها كانوا كارثيين.** وبحلول 7 تشرين الثاني \ نوفمبر من العام 2022، وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، كان قد تلقّى 68% فقط من سكان العالم جرعة واحدة من لقاح مضاد لكوفيد-19 حتى الآن (WHO, no date d). وكان الهدف الأولي لمنظمة الصحة العالمية، منذ تنقيحه (WHO Immunization, Vaccines and Biologicals, 2021b)، هو تلقي 70% من السكان التلقيح الكامل، أي جرعتين على الأقل، بحلول منتصف العام 2022 (WHO Immunization, Vaccines and Biologicals, 2021a).

الرسم البياني 1.3: تلقى الأشخاص في البلدان منخفضة الدخل اللقاحات بعد شهور من تلقي الأشخاص اللقاحات في البلدان ذات الدخل المرتفع



وبشكل مفاجئ، بحلول 2 تشرين الثاني \ نوفمبر من العام 2022، تلقّى 26% فقط من أولئك الذين يعيشون في البلدان منخفضة الدخل جرعة واحدة من اللقاح (UNDP Data Futures Platform, no date). ويسلّط تقرير صادر عن مورد تحليل

البيانات Pandem-ic في تشرين الأول \أكتوبر من العام 2022 الضوء على التفاوتات الدولية (Schellekens, 2022). وهو يظهر أنه، من ناحية القيمة المطلقة، يوزع الأشخاص غير الملقّحين بشكل متفاوت في أفريقيا وجنوب آسيا وجنوب شرق آسيا - في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلى نحو مماثل، في أواخر شهر حزيران \يونيو من العام 2022، لم يحصل ما يقرب من مليار شخص في آسيا والمحيط الهادئ على جرعة واحدة من لقاح كوفيد-19 (IFRC, 2022a). كما أنّ معدلات التلقيح منخفضة جدًا في أفريقيا، إذ تلقى 24% من السكان التلقيح الكامل وتلقى 6% جرعة واحدة أخرى (Mathieu et al., no date). على سبيل المثال، اعتبارًا من 2 تشرين الثاني \نوفمبر في العام 2022، تلقى 5.8 % فقط من سكان جمهورية الكونغو الديمقراطية جرعة واحدة من اللقاح على الأقل و3.8 % تلقوا اللقاح الكامل (COVID19 Vaccine Tracker, no date).

كيف حدث هذا الكم الهائل من الظلم؟ الجواب معقد. لكن المساهم الرئيس هو فشل التضامن أيّ مزيج من المصلحة الذاتية الاقتصادية والافتقار إلى الشجاعة السياسية والفشل في أخذ آثار الوباء على محمل الجد. ويكمن مساهم رئيس آخر في عدم التأهب، إذ وُضع الكثير من الآليات المذكورة أعلاه قبل فترة وجيزة من الجائحة أو حتى في وقت لاحق لها. ولم تُسَنح الفرصة للمبدعين لتوقع ومعالجة العمليات المعقدة التي ينطوي عليها تطوير منتجات الاستجابة للجوائح مثل اللقاحات والعلاجات والتشخيص وإنتاجها وتوزيعها وإدارتها. في القسم 2.3، سنتناول ما حدث بمزيد من التفصيل.



مدغشقر 2022 في مدغشقر بحلول شهر أيلول /
سبتمبر 2022، سُجِّل معدل تلقيح متدنٍ بلغ 5.4%
من إجمالي سكان البلد. © MangaFeo / الاتحاد الدولي
لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

المربع 1.3 / دراسة حالة

التضامن بشأن اللقاحات من جمعية الصليب الأحمر الصيني

أعطى اختراع أول اللقاحات المضادة لوباء كوفيد-19 في العام 2020 الأمل للعالم. ومع ذلك، لم تتمكّن بلدان عدّة من توفير اللقاحات لجميع سكانها. واستجابة لذلك، تعاون أعضاء الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر لإيصال اللقاحات إلى المحتاجين.

فعملت جمعية الصليب الأحمر الصينية بفعالية لتوفير اللقاحات للجمعيات الوطنية والبلدان الأخرى. فتبرّعت جمعية الصليب الأحمر الصينية بنفسها ببعض من اللقاحات؛ وبعضها الآخر، قدّمتها الجهات المانحة ولكن سلّمتها جمعية الصليب الأحمر الصينية. وبشكل إجمالي، قدّمت جمعية الصليب الأحمر الصينية 2.1 مليون جرعة من اللقاح المضاد لفيروس كوفيد-19 إلى الدول الأخرى.

الجدول 3.1: تبرعات جمعية الصليب الأحمر الصينية بجرعات اللقاح إلى بلدان أخرى، 2021-2022

التاريخ	عدد جرعات اللقاح	البلد المستلم
حزيران \ يونيو 2021	100,000	إثيوبيا (Xinhua, 2021a)
تموز \ يوليو 2021	150,000	الجمهورية العربية السورية (Xinhua, 2021b)
تموز \ يوليو 2021	50,000	لبنان (RCSC, 2021a)
آب \ أغسطس 2021	100,000	كمبوديا (Xinhua, 2021c)
آب \ أغسطس 2021	100,000	تايلاند (Thai Red Cross Society, 2021)
أيلول \ سبتمبر 2021	200,000	إندونيسيا (Embassy of the People's Republic of China in the Republic of Indonesia, 2021)
أيلول \ سبتمبر 2021	100,000	نيبال (RCSC, 2021b)
أيلول \ سبتمبر 2021	100,000	جورجيا (RCSC, 2021c)
تشرين الأول \ أكتوبر 2021	200,000	بنغلاديش (RCSC, 2021d)
تشرين الثاني \ نوفمبر 2021	200,000	باكستان (Xiaoyu, 2021)
تشرين الثاني \ نوفمبر 2021	100,000	لاوس (RCSC, 2021e)
كانون الأول \ ديسمبر 2021	200,000	ميانمار (RCSC, 2021f)
تشرين الأول \ أكتوبر 2022	500,000	نيكاراغوا (RCSC, 2022)

2.3 ما تعلّمناه

غالبًا ما تقلّ أنظمتنا العالميّة من التضامن

لم تكن مؤسساتنا العالميّة مستعدّة لمواجهة وباء كوفيد-19. على الرغم من المبادرات المتعدّدة الموجهة للتأهب للأوبئة والجوائح، وعلى الرغم من الدروس المستفادة من العديد من الفاشيات السابقة في العقود الأخيرة مثل إنفلونزا H1N1 وحمى زيكا. فنقاط ضعف معروفة ظلّت دون معالجة (IPPPR, 2021). وكان لا بد من اتّخاذ خيارات سياسية صارمة قبل الجائحة، إلّا أنّ ذلك لم يتحقّق (Sachs et al, 2022). ونتيجة لذلك، تفكّكت الأنظمة التي كان ينبغي تنسيقها في جميع أنحاء العالم وتسببت بنتائج فوضويّة.

1.2.3 لماذا لم نشهد تقاسمًا منصفًا لمنتجات الاستجابة للأوبئة

اقتصرت توافر المنتجات الرئيسة للاستجابة للأوبئة، بما في ذلك الأدوية واللقاحات، على البلدان الغنيّة. على سبيل المثال، اشترت الدول الغنيّة كمّيّات كبيرة من عقار ريمديسميفير remdesivir، وهو كان لأشهر عدة العقار الوحيد المرخّص له لعلاج فيروس كوفيد-19 (Cheng and Marchione, 2020). وذلك ليس بالمفاجئ بالنسبة إلى أيّ كان، إذ إن الوصول غير العادل للقاحات هو مشكلة طويلة الأمد (Hinman and McKinlay, 2015). وبالمثل، أبرز تقرير لمنظمة الصحة العالميّة سابق للوباء أنّ ما يقرب من ملياري شخص لا يحصلون على الأدوية الأساسيّة (WHO, 2017).

في بدايات الجائحة، قبل أشهر من إثبات فعاليّة اللقاحات المضادة لفيروس كوفيد-19، أُطلقت مبادرات لتحقيق التوزيع العالمي العادل (WHO, no date b). ولكن، لسوء الحظ، لم تحرز هذه المبادرات سوى نجاح جزئيّ.

وأحد مشروعات الإثابة المنصفة للقاحات هو مبادرة كوفاكس لتسريع إتاحة اللقاحات المضادة لفيروس كوفيد-19 (WHO, no date a). وأنشئ كجزء من مبادرة تسريع إتاحة أدوات مكافحة فيروس كوفيد-19 (ACT-A) في أوائل العام 2020. ويُعتبر الائتلاف المعني بابتكارات التأهب لمواجهة الأوبئة (CEPI) ومنظمة الصحة العالميّة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) شركاء رئيسيين. أما تحالف غافي للقاحات والتحصين، فيُعدّ قائدًا آخر لمبادرة كوفاكس لتسريع إتاحة اللقاحات المضادة لفيروس كوفيد-19 وهو عبارة عن شراكة بين القطاعين العام والخاص تركّز على الوصول إلى اللقاح في البلدان الفقيرة (GAVI, no date a). وتجدر الإشارة إلى أنّ مبادرة كوفاكس شرعت في شراء جرعات اللقاح وتوزيعها على البلدان التي لما كانت تحمّل تكاليفها. وعائق آخر كان قائمًا، إذ غالبًا ما تفتشل برامج التلقيح الوطنيّة في الوصول إلى الأشخاص في الأزمات الإنسانية. لذلك، تضمّنّت مبادرة كوفاكس «احتياطيًا خاصًا بالأوضاع الإنسانية» يمكنه تأمين ما يصل إلى 5% من جرعات اللقاح «للسكان المعنيين» (GAVI, 2021a).

بدأت مبادرة كوفاكس بتوزيع اللقاحات في شهر شباط \ فبراير من العام 2021 (BBC News, 2021). وحتى شهر آب \ أغسطس من العام 2022، سلّمت 1.63 مليار جرعة إلى 146 دولة. وهذا العدد لا بأس به، غير أنه يخفي صعوبات متعدّدة. في ما يتعلق بكل من توقيت التسليم إلى البلدان وإيصال اللقاحات إلى الأشخاص فور توافرها.

وتغيّرت الصعوبات المحدّدة مع مرور الوقت. ففي العام 2021، كافحت مبادرة كوفاكس للحصول على اللقاحات بجرعات كافية. ويعود سبب ذلك جزئيًا إلى أنّ الحكومات بدأت العمل مع الشركات المصنّعة لتأمين اللقاحات حتى قبل إنشاء المبادرة. كما أنّ دول عدّة لم تسمح بالرحلات الجوية القادمة أو المغادرة. ولكن، في العام 2022، لم يعد الإمداد باللقاحات هو المشكلة. بدلًا من ذلك، أصبح كلّ من طرق التسليم وتوقيته والقدرة على التلقيح في داخل البلد هو المشكلة. على سبيل المثال، تمثّلت صعوبات كبيرة في استخدام اللوجستيات في داخل البلد وتوزيع اللقاحات في المجتمعات وإدارة سلسلة التبريد والرسائل الخاصة بكل بلد للتشجيع على تلقي اللقاح والتقليل من التردّد في تلقيه. وإذا لم تُحلّ هذه المشكلات، ستفسد جهود توزيع اللقاح في المستقبل. بالإضافة إلى ذلك، فإن «احتياطيًا خاصًا بالأوضاع الإنسانية»، وهو الآلية التي حلّت مشكلات الفئات الأكثر تأثرًا والمهمشة التي لم يكن لدى الحكومات القدرة على تلقيها بنفسها بسرعة، عانى هو كذلك. وبحلول شهر أيلول \ سبتمبر من العام 2021، لم تُؤنّع جرعة واحدة (Bentley and Zerie, 2021). وحتى بعد أن بدأ توزيع اللقاحات، أفاد العاملون في المجال الإنساني أن نظام الاحتياطي كان «غير شفافًا» و«غير عملي»، ما أدى إلى «جدل في التعاقد» وتأخير لمدة شهور (MSF, 2022a).

وبحلول العام 2022، اختلف الوضع تمامًا (Paton, 2022). منذ كانون الأول \ ديسمبر من العام 2021، سُحنت اللقاحات بكميّات كبيرة إلى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (GAVI, no date b). وبحلول شهر شباط/فبراير من العام 2022، فاق العرض الطلب لأوّل مرّة (Guarascio and Rigby, 2022). فكافح المصنعون لبيع لقاحاتهم، وكافحت مبادرة كوفاكس لتوزيع الجرعات المشتراة (Braithwaite, 2022). حتى أنّ بعض البلدان بدأت في رفض شحنات معيّنة، ولا سيما إذا كانت فترة صلاحية اللقاحات قصيرة وتتطلّب تنفيذ حملات تلقيح جماعية سريعة ما جعل التوزيع صعبًا (Dunleavy, 2022). وكانت الأنظمة الصحية المنهكة التي تسعى لاستلام شحنات ذات حجم عادي (ولا تزال) تكافح للتصرّف بكميات هائلة من اللقاحات التي فُرضت عليها. ولكانت تمكنت من استخدام شحنات متتالية لو سُلمت إليها على مدار أشهر عدّة.

والمفارقة المريرة هي أنّ الجرعات وصلت متأخرة للغاية. فعندما استلمتها البلدان، كان الكثير من الأشخاص قد أصيبوا بفيروس كوفيد-19، وساد في بلدان عدّة تصور شائع ولكن خاطئ بأن الجائحة قد انتهت. ونتيجة لذلك، تزامنت الشحنات المتزايدة وانخفاض مخاطر فيروس كوفيد-19 في معتقد الأشخاص. علاوة على ذلك، شكل الوصول المتأخر بحد ذاته رادعًا لذلك. على سبيل المثال، فقد بعض الأشخاص الاهتمام باللقاح (أي «الإرهاق الوباي») أو كانوا يشكّون في وصول اللقاحات المتأخر. وقد أدى ذلك إلى انخفاض الطلب على اللقاحات. ولكن، لو وصلت الجرعات في العام 2021، لكان الطلب أعلى (WHO, 2022a).

حاول الاتّحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر حلّ بعض هذه المشكلات من خلال محاولة التعاون مع «احتياطيّ خاص بالأوضاع الإنسانية» لمبادرة كوفاكس وعن طريق الحصول على اللقاحات مباشرة. ولكن، باعت كلتا المحاولتين بالفشل.

وتجدر الإشارة إلى إنّ إمدادات اللقاح ليست المشكلة الوحيدة. فإدخال اللقاحات إلى بلد ما هو مشكلة من بين المشكلات. ومن الضروري كذلك نقلها في داخل البلد إلى المجتمعات التي تحتاج إليها وتنظيم حملات التلقيح وإقناع الناس بمزايا اللقاحات. أحيانًا لمواجهة تردد الأشخاص في تلقي اللقاح. وإذا نجح هذا النظام اللوجستي بأكمله، تصبح الجرعات في متناول الأشخاص (المربع 3.2، دراسة حالة: توصيل لقاحات كوفيد-19 في إيران). لسوء الحظ، أدى نقص في تمويل التكلفة التشغيلية المتاحة إذ نقص في دعم هذا التنفيذ على أرض الواقع (IAVG, 2021). فأموال قليلة من أموال مبادرة كوفاكس كانت متاحة على أساس مرن للمنظمات مثل المنظمات غير الحكومية التي كانت تحاول تقديم اللقاحات في داخل البلد (WHO, 2022b).

لطالما كان يُعتبر تقديم اللقاحات تحدّيًا ولا سيما في البلدان ذات النظم الصحية الهشة. فمن الصعب توفير سلسلة تبريد للحفاظ على اللقاحات والوصول إلى المجتمعات الأكثر فقرًا وتأثرًا واستخدام عدد كافٍ من الموظفين المدربين لإدارة اللقاحات. بالإضافة إلى ذلك، يتطلب ذلك تحدّيًا كبيرًا للمشاركة المجتمعية والمساءلة للتغلب على التردّد في تلقي اللقاح.

ولسوء الحظ، يعني النقص شبه التام في الدعم اللوجستيات في داخل البلد، أنه في بلدان عدّة، مجرد محاولة التغلب على هذه التحديات تُعتبر غير مجدية، وتجدر الإشارة إلى أنّ تقرير آب\ أغسطس 2022 لوضع خرائط فجوات الوصول إلى كوفيد-19 تناول 14 دولة وإقليمًا حيث معدّلات التلقيح منخفضة، وحدّد أسبابًا متعددة لمعدلات التلقيح المنخفضة، وهي تشمل (على سبيل المثال لا الحصر): «المسافة من مراكز التلقيح وانعدام الثقة في الحكومة (جمهورية الكونغو الديمقراطية وهايتي) وانعدام الأمن والعنف (هايتي ونيجيريا) واستمرار المشكلات المتعلقة بإمكانية توقّع الإمدادات وعدد القوى العاملة غير الكافي للوصول إلى البدو الرحل(الصومال) والشك بسبب المخاوف المشروعة من الماضي للتجارب على أجساد السود التي أجراها المستعمرون البيض» (ITPC, 2022).

وأخيرًا، ظهرت مشكلة واحدة في جميع مراحل الإطلاق العالمي للقاح، وهي موضوع التعويض والمسؤولية، إذ لم يتمكن مصنعو اللقاحات المضادة لباء كوفيد-19 في البداية من شراء التأمين على منتجاتهم لأنّ الخطر كان مرتفعًا للغاية، وبدلاً من ذلك، وافقت الحكومات على تحمّل الكثير من المخاطر، ولكن وُضعت أحكام محدودة للجهات الفاعلة. فأنشأت مبادرة كوفاكس برنامجًا للتعويض بصرف النظر عن الخطأ، وهو يحمي الجهات الفاعلة من خلال تقديم تعويض لأي شخص تضرر من لقاح سلّم عن طريق مبادرة كوفاكس (GAVI, 2021b). ولكن، انتهى العمل به بسرعة كبيرة. نتيجة لذلك، نُقلت المخاطر القانونية المحتملة إلى المنظّمات التي توزّع اللقاحات، ومن الناحية النظرية، يمكن لأي شخص أصيب بالمرض بعد تلقي اللقاح اتخاذ إجراءات قانونية ضد تلك المنظّمات - ما قد يؤدي إلى إفلاسها. ونتيجة لذلك، امتنعت حكومات ومنظّمات عدّة عن توزيع لقاحات مضادة لفيروس كوفيد-19 (Tharakan and Hart, 2021).

ولكن، بات الخطر الآن يكمن في أن هذا الوضع الاستثنائي سيتحوّل إلى مشكلة طويلة الأجل. ففي هذه المرحلة، وتمّت الموافقة على لقاحات عدّة على نطاق واسع وأظهرت الاختبارات أنّها فعالة ومخاطرها غير مهمة. ومع ذلك، لم تستأنف معظم الشركات المصنّعة شراء التأمين. ومن المحتمل أن يشكّل ذلك سابقة مقلقة للقاحات أخرى ذات الصلة بوباء كوفيد-19 أو لا.



الصومال 2021 عمراء اسماعيل، امرأة حامل تبلغ من العمر 24 عامًا وأم لخمسة أطفال، تغسل يديها في عيادة جمعية الهلال الأحمر الصومالي، بدعم الاتحاد الدولي لجمعية الهلال الأحمر الصومالي في تنفيذ برنامج رعاية صحية متكامل - يشمل العيادات المتنقلة وبرامج التغذية والاستجابة لجائحة كوفيد-19. © الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر - أفريقيا

المربع 2.3 / دراسة حالة توصيل لقاحات كوفيد-19 في إيران

تؤدي الجهات الفاعلة المحلية أدوارًا رئيسة في توزيع اللقاحات في داخل البلدان، ولا سيما على المجتمعات الأكثر تأثرًا والمجتمعات الأكثر فقرًا.

وتُعتبر جمعية الهلال الأحمر الإيراني المنظمة الإنسانية الوحيدة في البلاد التي مُنحت إذنًا لتسهيل استيراد اللقاحات المضادة لفيروس كوفيد-19. وتمكنت من تأمين استيراد أكثر من 120 مليون جرعة من اللقاحات المضادة لوباء كوفيد-19 (IFRC, no date).

وتدير جمعية الهلال الأحمر الإيراني 10 مستشفيات ميدانية، بالإضافة إلى 173 مركزًا للتلقيح، افتتح بالتعاون مع وزارة الصحة الإيرانية. وتتشارك جميع هذه المراكز جهود التلقيح ضد فيروس كوفيد-19. كما فوّضت جمعية الهلال الأحمر الإيراني لتسهيل تلقيح ثلاثة إلى أربعة ملايين لاجئ في البلاد (حسب توافر اللقاح).



إيران 2021 حشدت جمعية الهلال الأحمر لجمهورية إيران الإسلامية آلاف المتطوعين للاستجابة لجائحة كوفيد-19. وتمكنت من ضمان استيراد أكثر من 120 مليون جرعة من لقاح كوفيد-19 إلى إيران. الهلال الأحمر هو المنظمة الإنسانية الوحيدة الحائزة على إذن لتسهيل استيراد اللقاحات المضادة لكوفيد-19 إلى إيران. © جمعية الهلال الأحمر لجمهورية إيران الإسلامية

2.2.3 أخطاء في تمويل عمليات المساعدات الإنسانية

يُعتبر تمويل عمليات المساعدات الإنسانية إحدى الآليات الرئيسية للتضامن العالمي. فهو يدعم أولئك الذين هم في أمس الحاجة إلى المساعدة والذين يتمتعون بأقل قدرة مالية لإدارة المخاطر والآثار. وفي خلال جائحة كوفيد-19، جمعت النداءات الإنسانية العالمية مبالغ هائلة من المال وخُففت بشكل كبير من آثار الأزمة. ولكن المبالغ التي جُمعت، لم تكن كافية. ولم يبلغ المال من هم في أمس الحاجة إليه. في هذا القسم، ندرس العيوب التي تشوب نظام تمويل عمليات المساعدات الإنسانية والتي تؤثر على الاستجابة العالمية لتفشي الأمراض والأزمات الأخرى. ببساطة، المال المتوافر لا يكفي، ولأسباب متعدّدة، غالباً ما لا يبلغ المال من هم في أمس الحاجة إليه.

على نطاق واسع، كانت التبرعات الإنسانية للتصدي لوباء كوفيد-19 كبيرة (IRC and Development Initiatives, 2021). ففي العام 2020، تعهّد المانحون بدفع أو أنهم دفعوا 6.8 مليار دولار أمريكي للاستجابة لفيروس كوفيد-19 (UN OCHA, no date a). وشمل ذلك 3.8 مليار دولار أمريكي خطة الأمم المتحدة للاستجابة الإنسانية العالمية لكوفيد-19 (Development Initiatives, 2022a). واعتباراً من العام 2021 فصاعداً، لم توجّه الأمم المتحدة نداءً محدداً لفيروس كوفيد-19، ولكن خُصص بعض التمويل للمساعدات الإنسانية لحالة الطوارئ الخاصة بوباء كوفيد-19. وتشير بيانات الأمم المتحدة إلى أنه خُصص 1.52 مليار دولار أمريكي لوباء كوفيد-19 في العام 2021، بينما خصص في العام 2022 540.1 مليون دولار أمريكي اعتباراً من 7 تشرين الثاني \ نوفمبر (UN OCHA, no date a). ومع ذلك، اعتباراً من شهر تشرين الأول \ أكتوبر من العام 2022، جمع الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وحده أكثر من 399 مليون فرنك سويسري للنداء الخاص به بشأن فيروس كوفيد-19، وسيختم في نهاية العام 2022. وفي الوقت نفسه، جمعت الجمعيات الوطنية 2.4 مليار فرنك سويسري من خلال الحكومات أو الهبات الفردية (IFRC GO, no date).

ولكن، كانت هذه المبالغ غير كافية. ففي العام 2020، غطت التبرعات 40% فقط من متطلبات تمويل خطة الاستجابة الإنسانية العالمية لكوفيد-19 (Development Initiatives, 2022a). بعبارة أخرى، تلقت الاستجابة للوباء أقل من نصف الأموال التي تحتاج إليها. ومن الأمثلة المتطرّفة بشكل خاص النيبال، التي أطلقت نداءً وطنياً للاستجابة لوباء كوفيد-19 في العام 2021. فتلقت 7.4 مليون دولار فقط من الهدف البالغ 83.6 مليون دولار أمريكي - ما يعني أنه لم يتم استيفاء 91.2% من المتطلبات (UN OCHA, no date b).

ويتكرّر هذا النمط، منذ سنوات عدّة، في المجال الإنساني بأطرافه كافة. ووفقاً لتقرير المساعدة الإنسانية العالمية للعام 2022، بقي التمويل العالمي لعمليات المساعدة الإنسانية ثابتاً منذ العام 2018. وفي العام 2021، بلغت قيمة التبرعات على مستوى العالم 31.3 مليار دولار أمريكي. مقارنة بـ 30.5 مليار دولار أمريكي أو 30.6 مليار دولار أمريكي في كلّ عام من السنوات الثلاثة السابقة. وتكشف هذه الأرقام أنّ جائحة كوفيد-19 لم تدفع باتجاه أيّ زيادة في إجمالي التبرعات الإنسانية. بدلاً من ذلك، تحوّلت بعض التبرعات، بكل بساطة، نحو فيروس كوفيد-19، متجاهلة الاحتياجات الأخرى. وكانت النتيجة أنّه لم تتم تلبية الاحتياجات الإنسانية قبل انتشار الوباء، وهذا الوضع لا يزال قائماً. أما في ما يتعلّق بالنداءات المنسقة التي تطلقها الأمم المتحدة، فنراوحت النسبة المئوية لإجمالي المتطلبات التي تمّت تلبيةها، بين 51% و 65%. منذ العام 2012، ولم تقترب أبداً من نسبة 100%. وفي العام 2021، لم تلب سوى نسبة 53% من المتطلبات (Development Initiatives, 2022b). علاوة على ذلك، تواجه أعداد متزايدة من الأشخاص أزمات طويلة الأمد، ما يعني أنّ بلدانهم قد شهدت خمس سنوات متتالية أو أكثر من النداءات التي تنسّقها الأمم المتحدة. وفقاً لتقرير المساعدة الإنسانية العالمية للعام 2022، فإنّ عدد البلدان التي تعاني أزمة طويلة الأمد، ارتفع من 34 في العام 2020 إلى 36 في العام 2021. وشكلت هذه البلدان نسبة 74% من مجمل الأشخاص المحتاجين (Development Initiatives, 2022b).

بموازاة ذلك، تظهر مسألة إلى أين يذهب المال. فالحاجة ماثلة إلى توزيع عادل ومنصف للموارد (Emanuel et al, 2020). وتجدر الإشارة إلى أنّ ذلك ليس بالأمر السهل والبسيط لأنّ القيم الأخلاقية تؤدي دوراً رئيساً في هذه المسألة (Sullivan et al, 2022). ومع ذلك، لا تُوزّع الأموال والجهود الإنسانية بالشكل الأمثل، إذ إنّ مبالغ غير متناسبة تذهب إلى بلدان ومناطق معينة، وإلى أزمات معينة أو أنواع معينة من الأزمات. ونتيجة لذلك، غالباً ما يبقى الأشخاص الأكثر احتياجاً على حالهم. في العام 2021، تلقت 10 دول 60% من المساعدات الإنسانية الدولية المخصصة للبلدان. وكانت اليمن هي المستفيد الأكبر.

إذ تلقت 2.7 مليار دولار أو 12% من الإجمالي (Development Initiatives, 2022b). ومما لا شك فيه أنّ احتياجات اليمن هائلة - لكنّ البلدان والمناطق الأخرى تتطلب أيضًا مساعدة كبيرة. وتتوافر بعض الأدلة على المحسوبية الإقليمية في تخصيص المساعدة (Bommer et al, 2022). وكذلك على المحسوبية العرقية (Bommer et al, 2018). علاوة على ذلك، كانت بعض مناطق النزاع عرضة للإهمال (Narang, 2016). وكذلك، تتوافر الأدلة على تحويل المساعدات إلى أزمات مفاجئة تحتل مكانة بارزة. مثلما حدث، على ما يبدو، في حالة أوكرانيا (Development Initiatives, 2022c). وبما أنّ خيارات التمويل تكون دائماً سياسية، من المهم جدًا العمل قدر الإمكان على نزع الطابع السياسي عن المساعدات الإنسانية.

وهنا، تبرز الحاجة إلى تفعيل أكبر لتوطين التمويل. ومما لا شك فيه أنّ التمويل المباشر للجهات الفاعلة المحلية هو أكثر فعالية لجهة التكلفة. فهو يربط قرارات التمويل بشكل أكثر دقة بمن هم على دراية أفضل بالسياق. ويمنح تقديم الأموال مباشرة إلى **الجهات الفاعلة المحلية** والجهات الفاعلة الوطنية المزيد من الموارد والمرونة (راجع الفصل 2). كما أنّ التمويل المباشر من الجهات المانحة يمكن الجهات الفاعلة المحلية من التأثير بشكل أفضل على أولويات تمويل المانحين. وكذلك، يتسنى للجهات الفاعلة المحلية المساهمة بشكل أكبر في تصميم البرنامج وتنفيذه. علاوة على ذلك، من المرجح أن تتمكن هذه الجهات من الحصول على التمويل العام بسهولة أكثر مما لو كانت تتلقاه من خلال منظّمة وسيطة دولية.

وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أنّ النداء العالمي للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر من أجل كوفيد-19 كان رائدًا في موضوع توطين الأموال. فحوّلت 50% من الأموال التي جمعتها الأمانة مباشرة إلى الجمعيات الوطنية اعتبارًا من أيلول\سبتمبر من العام 2022.¹ وبالمثل، اعتبارًا من أيلول\سبتمبر من العام 2022، أنقذت 70% من الأموال التي جمعتها عضوية الاتحاد محليًا. ومع ذلك، تواجه منظومة العمل الإنساني بشكل عام صعوبات جمة من أجل تحقيق مثل هذا التوطين. وفقًا لتقرير المساعدة الإنسانية العالمية للعام 2022، قدّم نصف حجم التمويل مباشرة للجهات الفاعلة المحلية والوطنية في العام 2021 (أي 302 مليون دولار أميركي) مقارنة بالعام السابق (أي 603 مليون دولار). وقد ازداد مستوى التمويل المحلي والوطني في العام 2020، مدفوعًا إلى حد كبير بالاستجابة لـ كوفيد-19. غير أنّ هذا الازدياد يعود، في المقام الأول، إلى التقلبات في حجم التمويل المخصّص للحكومات الوطنية بدلًا من المجتمع المدني، وعلى أي حال، سرعان ما لوحظ انعكاس هذا الاتجاه (Development Initiatives, 2022b).

وكذلك، نجح نداء الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بشأن وباء كوفيد-19 في الحدّ من عملية التخصيص - على الأقل في البداية. إذ غالبًا ما يصّر المانحون على أن تُنفق أموالهم على مناطق أو مشروعات محددة. وهذا التخصيص يضعف الاستجابات الإنسانية من خلال تقليص هامش المرونة. وكان وباء كوفيد-19 خير مثال على هذه المشكلة لأنّ أعداد الحالات كانت تبلغ ذروتها في أوقات مختلفة وفي أماكن مختلفة. في بداية الجائحة، حاولت أمانة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تشجيع التبرعات غير المخصصة ولم تكن لتقبل التخصيص على المستوى القطري. وقد أبدى الكثير من المانحين استعدادهم للالتزام بذلك. وفي التقييمات اللاحقة، أعربت الجهات الخارجية المانحة عن رضاها عن الطريقة التي تعامل فيها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر مع النداء. ولكن، بحلول الربع الثالث من العام 2020، كان الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر يواجه صعوبات جمة في اجتذاب التمويل غير المخصص، ويتعرّض لضغوط شتى لقبول المزيد من التمويل المستهدف. وكان لذلك تأثير سلبي على الاستجابة. فقد عانت بعض المناطق والبلدان من نقص التمويل، واضطرت الجمعيات الوطنية إلى تقليص خططها. ونتيجة لذلك، قُيّدت الاستجابة التي كانت على قدر كبير من السرعة والفعالية جزئيًا بسبب قيام الجهات المانحة بتخصيص أموالها (IFRC, 2022b). وتسجّل مثل هذا النمط على الصعيد العالمي. وفي شهر مارس\أذار من العام 2020، أصدرت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات توجيهات تطلب فيها تمويلًا أكثر بساطة ومرونة (IASC, 2020). وفي وقت لاحق، أفاد تقرير المساعدة الإنسانية العالمية لعام 2022، أنّ تسع وكالات تابعة للأمم المتحدة حصلت على نسبة أكبر من التمويل غير المخصص في العام 2020، إنما حصلت على نسبة أقل في العام 2021 (Development Initiatives, 2022b).

باختصار، يمكن القول إنّ التمويل الإنساني يشمل عددًا من المشكلات طويلة الأمد، التي سلّطت عليها الضوء جائحة كوفيد-19، وإنّ مستويات التمويل ليست كافية لتلبية الحاجة العالمية. أما التبرعات التي قدّمت فلا تذهب دائمًا إلى المجتمعات الأكثر احتياجًا، ويرجع ذلك جزئيًا إلى تخصيص المانحين لها. أخيرًا، لا يُنفذ توطين التمويل بشكل كافٍ.

1. تم إنفاق حوالي 30% أخرى على شراء السلع العينية عالميًا وإقليميًا، وتم إرسالها بعد ذلك إلى البلدان لتوزيعها من قبل الجمعيات الوطنية.

3.2.3 عواقب فشل التضامن

لم يكن انعدام التضامن العالمي فشلاً أخلاقياً وإنسانياً فحسب؛ بل كان أحد العوامل التي مكّنت فيروس كورونا-سارس-2 من الانتشار بشكل أسرع وعلى نطاق أوسع وإصابة المزيد من الناس والتسبب في وفاتهم. وقُدّرت إحدى الدراسات، استناداً إلى البيانات المتعلقة بإمداد اللقاحات، أنّ عملية احتكار اللقاحات قد أودت بحياة أكثر من مليون شخص (Ledford, 2022). وهذا، بدوره، خلق المزيد من الفرص أمام الفيروس ليتحوّر وأمام تلك الطفرات لتنتشر (Otto et al 2021). ما أدى إلى زيادة فرصة تطوّر الفيروس إلى متحوّرات جديدة مثل أوميكرون. وهو شديد العدوى وقادر جزئياً على التغلّب على اللقاحات (Callaway, 2021).

وكانت النتيجة تأثيراً بالغاً على الصحة وسبل العيش والاقتصاد والمجتمع. في نهاية المطاف، لا يسعنا تقدير التكلفة النهائية، إذ يستمر الفيروس في الانتشار والتطور. ويجب أن تكون حقيقة بديهية أنّ لا أحد في مأمن حتى يصبح الجميع في مأمن. وتعني كلّ إخفاقات المجتمع الدولي أنّ لا أحد في مأمن، حتى في الوقت الراهن، بعد مرور عامين على انتشار جائحة كوفيد-19. ولا يمكننا التوقف عن العمل لتحقيق التضامن العالمي: إنّ جائحة كوفيد-19 لم تنتهِ بعد، وحتى لو انتهت، ما من مؤشرات تدلّ على تراجع خطر حدوث أزمات صحّة عالميّة.



إسبانيا 2020 متطوّعون يقدّمون الرعاية وينقلون
الأشخاص المصابين بكوفيد-19 في سولانا
© ميكيل بونسيلا

3.3 ما علينا القيام به تعزيز التضامن العالمي على المستوى المؤسسي

إذا كانت مؤسساتنا وأنظمتنا العالمية تحول دون تحقيق التضامن العالمي الحقيقي، حتى في حالات الطوارئ واسعة النطاق مثل جائحة كوفيد-19، فإن مؤسساتنا وأنظمتنا العالمية بحاجة إلى الإصلاح. نستعرض في هذا القسم بعض السبل الواعدة: أولاً، لضمان الفرص الأكثر إنصافاً للوصول إلى أساسيات فاشيات الأمراض مثل اللقاحات، وثانياً لتحسين توزيع تمويل المساعدة الإنسانية.

1.3.3 ضمان إمكانية الوصول المنصف إلى اللقاحات وغيرها من أساسيات فاشيات الأمراض

تختلف الحلول بالنسبة إلى المنتجات المتوافرة أصلاً مثل أقنعة الوجه والأدوية المتوافرة، والأدوية الجديدة مثل اللقاحات المطوّرة حديثاً.

بالنسبة إلى المنتجات المتوافرة أصلاً، يتمثل الاحتياطي الطبيعي ضدّ النقص المحتمل في زيادة مخزونات تلك المنتجات التي يُتَوَقَّع أن تكون فعّالة في الكثير من أنواع الفاشيات. ويمكن تحقيق قدر أكبر من الموثوقية من خلال توسيع مخزونات متعدّدة والحفاظ عليها في بلدان ومناطق مختلفة. وفي هذا الإطار، لا بدّ من تحديث المخزونات بانتظام، إذ إنّ كثير من منتجات الاستجابة للأوبئة لها تواريخ انتهاء الصلاحية. ويتمثل التحدي الرئيس في تحديد مدى توافر مجموعة معيّنة من المنتجات من أجل تخزينها. ويستلزم ذلك الحاجة إلى حلول أكثر مرونة على مستوى الإنتاج.

وبالمثل، من الخطورة الاعتماد على حفنة من البلدان أو المصانع لإنتاج كلّ إمدادات العالم. فالوفرة في الإنتاج قد لا تكون في منتهى الفعالية من الناحية الاقتصادية. ولكنها تخلق نظاماً أكثر مرونة. وسيكون من الحكمة تعزيز الإنتاج الإقليمي أو حتى المحلي للتكنولوجيات الصحية. بدلاً من عدد قليل من المرافق، ومعظمها في العالم المتقدم، يمكن للمصانع في كلّ قارة، من الناحية النظرية، تصنيع المنتجات الصحية الأساسية للاستخدام المحلي و/أو الإقليمي. ولا بدّ من الإشارة في هذا السياق، إلى أنّ الكثير من البلدان ترغب في ذلك. في الواقع، يهدف الاتحاد الأفريقي إلى إنتاج 60% من اللقاحات الروتينية في أفريقيا. محلياً، بحلول العام 2040 (Africa CDC, 2021). واتّخذت بالفعل خطوات عدة في هذا الاتجاه. بدأت شركة الأدوية بيونتك - التي طوّرت بالاشتراك مع شركة فايزر أوّل لقاحات الرنا المرسال المعتمدة لمكافحة وباء كوفيد-19- في بناء منشأة لإنتاج اللقاحات في كينغالي، رواندا (Parrett, 2022). وفي شهر كانون الثاني \ يناير من العام 2022، افتتحت جنوب أفريقيا منشأة جديدة لتصنيع اللقاحات في كيب تاون (Arthur, 2022). وفي جنوب أفريقيا، أبرمت شركة آسبن فارماكيز صفقة مع المعهد الهندي للأمصاّل لتصنيع أربعة لقاحات وبيعها في أفريقيا (Mukherjee, 2022). ومثل هذا الإنتاج المحلي من شأنه أن يحسّن مستوى العدالة والإنصاف من خلال ضمان الفرص العادلة للوصول إلى التكنولوجيات الصحية.

وكذلك، يمكن التخفيف من مشكلات الإمدادات إذا أصبحت الحكومات والمنظمات الدولية مستعدة لاتخاذ قرارات وإجراءات سريعة بغية الحصول على المواد الأساسية وتوزيعها على نطاق واسع. وهذا الأمر يتطلب الاستثمار في تحسين عمليات الشراء. ولكن، يُحتمل أن تكون مثل هذه التفاوتات العالمية أمراً لا مفر منه، طالما أنّ قوى السوق هي





إندونيسيا 2022 ضرب زلزال بقوة 5.6 درجات مدينة تشيآنغور في محافظة جاوة الغربية. نسفت جمعية الصليب الأحمر الإندونيسي جهود الاستجابة مع الحكومة والمنظمات الإنسانية الأخرى. وقد حشدت الجمعية موظفين لإجراء التقييمات والإخلاء والإسعافات الأولية وأنشأت مأوى مؤقتة. وشملت الموارد التي حشدتها جمعية الصليب الأحمر الإندونيسي 11 صهريجًا للماء. © غاري لوتولونغ

”

إدخال اللقاحات إلى بلد ما هو
مشكلة من بين المشكلات. ومن
الضروري كذلك نقلها في داخل
البلد إلى المجتمعات التي تحتاج
إليها وتنظيم حملات التلقيح وإقناع
الناس بمزايا اللقاحات،

“



التي تحدّد، بشكل أساسي، إنتاج منتجات الاستجابة للوباء، وفي غياب لأيّ اتفاقية عالمية قابلة للتنفيذ، توافق بموجبها الدول على مشاركة إمكانيات الحصول على الإمدادات عندما لا تكون متوافرة بكثرة.

أما التحدي الآخر أمام تأمين الإنتاج الكافي، فتتمثّل في منع الشركات من الإنتاج بسبب قوانين الملكية الفكرية. بالإضافة إلى التكلفة الباهظة لشراء الملكية الفكرية. وتجدر الإشارة إلى أنه يجوز التنازل عن حقوق الملكية الفكرية على اللقاحات، ما يسمح لشركات خارجية بتصنيعها. وبناءً على ذلك، قدّمت الهند وجنوب أفريقيا اقتراحاً إلى منظمة التجارة العالمية في تشرين الأول\أكتوبر من العما 2020، تدعو فيه إلى إرغام شركات الأدوية على التنازل عن حقوق الملكية الفكرية للتكنولوجيات الصحية الخاصة بفاشية كوفيد-19. في الوقت الراهن، لا يمكن تصنيع كلّ الأدوية الحاصلة على براءة اختراع بحرية لأنّ الدول التزمت بحماية حقوق الملكية الفكرية ذات الصلة، وذلك، بموجب الاتفاق المتعلّق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة (تريبس). وبالتالي، كان التنازل المقترح سيّيح للدول حرية أكبر لجهة السماح بتصنيع وبيع التكنولوجيات الصحية الخاصة بكوفيد-19 والحاصلة على براءة اختراع، من دون أن تطالها أيّ عقوبات. وتجدر الإشارة إلى أنّ معظم الدول الأعضاء في منظمة التجارة العالمية كانت أيدت الاقتراح، ولكنّ القرارات يجب أن تتخذ بالإجماع وقد لاقى اعتراض أعضاء كثيرين (Pilkinson et al, 2022). وفي نهاية المطاف، اتّفق في حزيران\يونيو من العام 2022، على تنازل محدود، لكنه ينطبق على بلدان معينة، ويقتصر على لقاحات مضادة لكوفيد-19، في حين استبعدت المنتجات الطبية الأساسية الأخرى (MSF, 2022b). ولكن، تشير التجارب السابقة إلى إمكانية إحراز تقدم فعليّ بشأن المسائل المتعلّقة بالملكية الفكرية (Adesina et al, 2013). على سبيل المثال، سجّلت مبادرات ناجحة لتحسين إمكانية الوصول إلى علاجات فيروس نقص المناعة البشرية، وكذلك، تحسين أسعارها (Angelo et al, 2021'D).

وتتمثّل خطوة أخرى في توسيع نطاق المنظّمات التي يمكنها توزيع منتجات الاستجابة للجائحة أو إدارتها شرط أن ينقذ ذلك بموافقة الحكومة. وإذا كانت المنظّمات، مثل الجمعيات الوطنية، قادرة على دعم الحكومات بشكل أفضل لإدارة اللقاحات على المستوى الوطني، باتباع التفويضات المعتمدة من الحكومة وآليات الموافقة واستخدام مرافق التخزين الوطنية، من المرجح أن يفضي ذلك إلى تحسين توزيع اللقاحات بطريقتين حاسمتين. أوّلًا، يمكن للمنظّمات الإنسانية المساعدة في تنظيم الحملات للوصول إلى المجتمعات الأكثر فقرًا وتأثّرًا التي تواجه الحكومات صعوبات جمة للوصول إليها، وبالتالي تخفيف الضغوط على الحكومات لإدارة جميع الجرعات في أطر زمنية قصيرة نسبيًا (المربع 3.3، دراسة حالة: لقاحات مضادة لكوفيد-19 للفتات ذات الأولوية في لبنان). ويجب أن يفضي إحراز النجاح في الخطوات المذكورة أعلاه إلى تمكين جميع البلدان والمنظّمات ذات الصلة من الحصول على العلاجات الصحية الأساسية مثل اللقاحات. ولكن، ثمة متطلبات إضافية، إذ يجب إعلام الدول بقدوم الشحنات، قبل وصولها بوقت كافٍ. كما يجب أن تنقذ عمليات التسليم في الموعد المحدد لتجنب المشكلات الكثيرة التي يسببها التأخير. ويجب أن تتضمن الشحنات المنتجات المقبولة من الدولة المستلمة فحسب، علاوة على ذلك، ينبغي أن تكون المنتجات مصممة لتناسب مع البلد المستلم، على سبيل المثال، اللقاحات التي تتطلب سلسلة تبريد معقدة تكون أقل ملاءمة للبلدان ذات البنية التحتية الضعيفة.

وبقدر الأهمية نفسه، من الضروري التأكد من استخدام المنتجات، على سبيل المثال، التأكد من أنّ اللقاحات تُستخدم بالفعل لتلقيح الناس، وأنها لا تنتظر ببساطة على مدرج المطار إلى أن تفسد. وبالتالي، الدعم اللوجستي الكبير في داخل البلد هو ضروري. وهذا يشمل النقل وسلسلة التبريد والأشخاص المدربين على إعطاء اللقاحات. ومن الضروري كذلك أن تتوافر آلية تواصل منسّق بشأن المخاطر وبرامج مشاركة مجتمعية لتقديم المشورة للناس بشأن فوائد اللقاحات، والاطلاع على المخاوف التي تساورهم بشأنها، ومساعدتهم في التسجيل والحصول على اللقاحات. من هنا، ينبغي تخصيص جزء كبير من التمويل المستقبلي الخاص بالأساسيات الصحية لهذه التحديات على الصعيد اللوجستي والتواصل (DeLand, 2022). على سبيل المثال، في العراق، قدّمت اللجنة الدولية للصليب الأحمر دعمها لمعظم مراكز التلقيح التابعة لوزارة الصحة، فهي توفر حوافز مالية للموظفين، فضلًا عن الثلجات وأجهزة الكمبيوتر المحمولة ومعدات الحماية الشخصية. وفي غضون ذلك، تولّت اللجنة الدولية في موزامبيق توفير الوقود لنقل اللقاحات وفرق الرعاية الصحية ومرافق متطوعي الصليب الأحمر الموزمبيقي، بما في ذلك في كابو ديلغادو، حيث نزح أكثر من 800 ألف شخص بسبب النزاع المسلح في السنوات القليلة الماضية (ICRC, 2022).

المربع 3.3 / دراسة حالة

لقاحات مضادة لكوفيد-19 للفئات ذات الأولوية في لبنان

في أوائل العام 2021، واجه لبنان صعوبات جمة لاحتواء جائحة كوفيد-19. وقد شهد شهر كانون الثاني \ يناير موجة تفشٍ للفيروس، مسجلاً ما يقارب 5500 حالة مؤكدة يومياً (World Bank, 2021). وازداد الوضع تعقيداً في أعقاب انفجار مرفأ بيروت في آب / أغسطس من العام 2020.

واستجابةً لذلك، أعاد البنك الدولي تخصيص 34 مليون دولار أميركي في إطار أحد مشروعات المرونة الصحية القائمة لدعم اللقاحات. وقد أطلق المشروع لتوفير اللقاحات لأكثر من مليوني شخص، بدءاً من شباط \ فبراير 2021. وكان التركيز على الفئات ذات الأولوية بما في ذلك العاملين الصحيين المعرضين لمخاطر عالية، والأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً، والموظفين المعنيين بالأمراض الوبائية والترصد، والأشخاص المصابين بالأمراض المصاحبة (World Bank, 2021).

وقد انضمّ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى المشروع في شباط \ فبراير من العام 2021 لأداء مهتمّي الرقابة والإشراف (IFRC, 2021). واضطلع الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بمراقبة جوانب متعدّدة لآلية تنفيذ المشروع، من مهام إدارة سلسلة الإمدادات مثل الحفاظ على درجة الحرارة إلى تقديم الخدمة في مواقع التلقيح، والتأكد من أهلية متلقي اللقاح، والاطلاع على وجهات نظر العميل وردود فعله.



لبنان 2021 موظفو الصليب الأحمر اللبناني في خيمة للخدمات الطبية يقدمون الدعم للمجتمعات المتضررة بعد انفجار مرفأ بيروت في آب/أغسطس 2020. © الصليب الأحمر اللبناني

2.3.3 تحديد تمويل المساعدة الإنسانية

يمكن حل الكثير من المشكلات المتعلقة بجودة تمويل المساعدة الإنسانية من خلال تنفيذ التعهدات المعلنة في سياق «الصفقة الكبرى» (IASC, no date). وأُطلقت هذه الاتفاقية في القمة العالمية للعمل الإنساني التي عُقدت في العام 2016 في اسطنبول، تركيا. وشاركت فيها، مبدئيًا، 18 دولة مانحة و16 منظمة مساعدات دولية. وتوسّعت، منذ ذلك الحين، لتشمل 64 موقعًا، وفي العام 2019 تمكّنت من تغطية ما يقارب 84% من مجمل المساهمات الإنسانية الخاص بالجهات المانحة (IASC, no date).

وكانت تهدف «الصفقة الكبرى» إلى تحسين كفاءة المساعدات الإنسانية الدولية وفعاليتها. وتعهد المانحون بـ 51 التزامًا، بما في ذلك الحدّ من تخصيص الأموال على الصعيد الوطني وتوجيه 25% من تمويل الطوارئ الدولي، بشكل مباشر قدر الإمكان، إلى المنظمات المحلية أو الوطنية (IASC, 2016). بالإضافة إلى ذلك، تتطلّب الصفقة الكبرى زيادة كبيرة في التمويل المتعدّد السنوات. وهذا من شأنه أن يضع العمليات الإنسانية على مسار أكثر استدامة، ويتيح الفرصة لعدد أكبر من النّاهب (راجع الفصل 1)، ومشاركة مجتمعية (راجع الفصل 2) والأساليب المعتمدة على البيانات (راجع الفصل 5). وأخيرًا، تدعو الصفقة الكبرى إلى مزيد من التعاون بين الجهات الفاعلة الإنسانية والإنمائية، التي جرت العادة على أن تكون معزولة.

لسوء الحظ، أحرز بعض التقدم نحو تحقيق أهداف الصفقة الكبرى، إلا أنّ غالبية هذه الأهداف لم تتحقّق بعد. وفي العام 2021، ذكرت إحدى المراجعات المستقلة عددًا من الأمثلة. على سبيل المثال، لم تشهد نسبة التمويل المتعدد السنوات وغير المخصص أيّ زيادة منذ العام 2016 على الرغم من أنّ بعض المانحين قد تحولوا نحو مثل هذه الأشكال من التبرعات التي تتسم بالمرونة والتي يمكن التنبؤ بها. وبالمثل، عندما سُجّل تحوّل معياري نحو التوطين، لم يؤدّ ذلك بعد إلى تغييرات كبيرة في توافر التمويل (Metcalfe-Hough et al, 2021). وفي العام 2022، أظهرت التحديّات تقدّمًا محدودًا في هذه المسائل، ولكنها لاحظت تحوّلًا نحو مزيد من الشفافية بشأن بيانات التمويل (Metcalfe-Hough et al, 2022).

وفي العام 2021، بدأت المفاوضات بشأن مجموعة منقّحة من الآليات للتعاون في إطار الصفقة الكبرى أو الصفقة الكبرى 2.0 (Alexander, 2021). وقد وُضعت اللمسات الأخيرة في نهاية العام على أن تستمر حتى العام 2023. ثم، ستُنقذ عملية تقييم أخرى. ولم يكن من الواضح، حتى وقت إعداد هذا التقرير، ما إذا كان الموقعون سيوافقون على مواصلة المبادرة (IASC, 2021). وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أنّه يتوجّب على الجهات المانحة والجهات الفاعلة الأخرى الوفاء بالتزامات الصفقة الكبرى قبل أن تُعتبر المبادرة منتهية.

وأخيرًا، لمواجهة التحديّات اللوجستية التي ناقشناها في 1.3.3، من الضروري تعزيز القدرات الصحية في داخل البلدان. ويتطلّب ذلك تمويلًا دوليًا للمساعدة الإنسانية أكثر قابلية للتنبؤ به، ليتسنى حفظ الموظّفين والموارد (IFRC, 2018).

التوصيات الرئيسية

تمكين الإنتاج والتوزيع الإقليمي لجميع منتجات الاستجابة للجائحة. يجب أن تكون البلدان قادرة على تصنيع اللقاحات ومعدات الوقاية الشخصية وغيرها من المعدات الخاصة بها وتوزيعها. ونتيجة لذلك، سيخلق النهج الإقليمي فائضاً عن الحاجة، ما يقلل من احتمالية حدوث نقص مماثل للنقص الذي سُجِّل في خلال جائحة كوفيد - 19. ويضمن، بدلاً من ذلك، أن يتلقى عدد أكبر من المجتمعات مختلف منتجات الاستجابة للوباء التي تحتاج إليها في حالات الطوارئ المستقبلية. ويتطلب إنشاء مثل مرافق الإنتاج الإقليمية هذه استثماراً في الموارد البشرية والتدريب، فضلاً عن المشاركة المنسقة مع المجتمعات التي تستضيف مرافق الإنتاج.

وضع آليات توزيع عالمية وقابلة للتطبيق للمنتجات الجديدة الخاصة بالاستجابة للجائحة مثل اللقاحات. تتوافر بالفعل آليات ممتنة، مثل مجموعة التنسيق الدولية. ولكن، ليس للمنتجات عالية المخاطر. ومن الضروري وضع آلية جديدة لضمان وصول اللقاحات وغيرها من منتجات الاستجابة للجوائح إلى السكان الذين يحتاجون إليها - بما في ذلك المجتمعات التي لا تستطيع الحكومات الوصول إليها. وينبغي أن تتيح هذه الآليات للمنظمات المحلية والإنسانية بإشراف من الحكومات توزيع منتجات الاستجابة للجائحة أو إدارتها. كما ينبغي أن تتضمن تدابير لتجنب المخاطر القانونية غير المتوازنة وغير المستدامة التي قد تهدد الجهات الفاعلة المحلية والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى، مثل تحميلها المسؤولية عن الآثار الضارة لمنتجات الاستجابة الوبائية المطورة حديثاً والمثبتة على حدّ سواء. ويمكن تحقيق ذلك من خلال ضمان مواصلة الشركات المصنّعة شراء بواليص التعويض والتأمين ضد المسؤولية بمجرد توافرها (بمجرد أن يثبت أنّ المنتج آمن وفعال).

تعزيز القدرات في داخل البلدان لتوصيل منتجات الاستجابة للجائحة إلى المجتمعات. تقديم الدعم للخدمات اللوجستية مثل النقل وسلسلة التبريد، ما يتيح توصيل اللقاحات وغيرها من منتجات الاستجابة للأوبئة إلى المجتمعات الأكثر فقراً وتأثراً. ويُستكمل بالمشاركة المجتمعية الفعالة وبرامج المساءلة من أجل تحقيق أقصى قدر من الإقبال على منتجات الاستجابة للجوائح التي أثبتت فعاليتها. مرة أخرى، الاستثمارات الإضافية ضرورية في الموارد البشرية لضمان تدريب القائمين على التلقيح وإعداد الخدمات اللوجستية في وقت مبكر.

إصلاح تمويل المساعدة الإنسانية ليصبح أكثر قابلية للتنبؤ به وأكثر مرونة وأيسر منالاً للجهات الفاعلة المحلية. تم التعهّد بهذه الالتزامات بالفعل في إطار الصفقة الكبرى وينبغي الوفاء بها. وسيتيح ذلك استجابة أكثر استدامة وإنصافاً للأوبئة والكوارث الأخرى، بما في ذلك زيادة التأهب. كما أنّ زيادة إمكانية حصول الجهات الفاعلة المحلية على التمويل ستيح المزيد من الإجراءات التي يقودها المجتمع المحلي.

Adesina A et al (2013) Reforming antiretroviral price negotiations and public procurement: the Mexican experience. **Health Policy and Planning**, 28(1), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs015>

Africa CDC (2021) **Partnership for African Vaccine Manufacturing (PAVM): From Aspiration to Action**. <https://africacdc.org/event/partnership-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-from-aspiration-to-action/>

Alexander J (2021) **A renewed push to make aid more efficient**. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/202110/6//Grand-Bargain-international-aid-commitments-localisation>

Arthur R (2022) **Vaccine manufacturing campus opens in South Africa**. BioPharma Reporter. <https://www.biopharma-reporter.com/Article/202220/01//Vaccine-manufacturing-campus-opens-in-South-Africa#>

BBC News (2021) **Covax vaccine-sharing scheme delivers first doses to Ghana**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-africa-56180161>

Bentley A and Zerie B (2021) **Less than a Lifeline: Challenges to the COVAX Humanitarian Buffer**. Refugees International. <https://www.refugeesinternational.org/reports/less-than-a-lifeline-challenges-to-the-covax-humanitarian-buffer>

Bommer C et al (2018) **Regional and Ethnic Favoritism in the Allocation of Humanitarian Aid**. SSRN, CESifo Working Paper Series No. 7038. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3207130>

Bommer C et al (2022) Home bias in humanitarian aid: The role of regional favoritism in the allocation of international humanitarian relief. **Journal of Public Economics**, 208, 104604. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2022.104604>

Braithwaite T (2022) **'We are drowning in vaccine.' What will revive the market for Covid jabs?** Financial Times, 22 April 2022. <https://www.ft.com/content/dc35dfc094-a2440-b-a88091-ba2e39c256>

Callaway E (2021) Beyond Omicron: what's next for COVID's viral evolution. **Nature**. <https://doi.org/10.1038/d41586-8-03619-021>

Cao L and Hou W (2022) How Have Global Scientists Responded to Tackling COVID-19? medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.08.16.22278871/>

CEPI (2020) **CEPI launches new call for proposals to develop vaccines against novel coronavirus, 2019-nCoV**. https://cepi.net/news_cepi/cepi-launches-new-call-for-proposals-to-develop-vaccines-against-novel-coronavirus-2019-ncov/

CEPI (2022) **Independent External Review of CEPI's COVID-19 Vaccine Development Agreements**
Published. https://cepi.net/news_cepi/independent-external-review-of-cepis-covid-19-vaccine-development-agreements-published/

Cheng M and Marchione M (2020) **Some health experts criticize U.S. mass purchase of licensed virus drug.**
PBS NewsHour, 1 July 2020. <https://www.pbs.org/newshour/health/health-experts-slam-u-s-mass-purchase-of-licensed-virus-drug>

COVID19 Vaccine Tracker (no date) **Vaccination Rates, Approvals and Trials by Country.** <https://covid19.trackvaccines.org/trials-vaccines-by-country/>

D'Angelo AB et al (2021) **Breaking Bad Patents: Learning from HIV/AIDS to make COVID-19 treatments accessible.**
Global Public Health. 16(10), pp. 1523-36. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1924223/>

DeLand K (2022) **Vaccine Equity in Conflict-Affected Areas: The Challenges of Development, Production, Procurement, and Distribution.** International Peace Institute. <https://www.ipinst.org/202205/vaccine-equity-in-conflict-affected-areas-the-challenges-of-development-production-procurement-and-distribution>

Development Initiatives (2022a) **Global Humanitarian Assistance Report 2021.** <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2021>

Development Initiatives (2022b) **Global Humanitarian Assistance Report 2022.** <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2022/>

Development Initiatives (2022c) **The Ukraine crisis and diverted aid: What we know so far.** <https://devinit.org/resources/ukraine-crisis-diverted-aid-what-we-know/>

Dunleavy K (2022) **Poor countries reject COVID vaccines from AstraZeneca because of shorter shelf life: report.**
FiercePharma, 15 April 2022. <https://www.fiercepharma.com/pharma/poor-countries-are-declining-covid-19-vaccines-astrazeneca-because-shorter-shelf-life>

Emanuel E et al (2020) **Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19.** **New England Journal of Medicine.** 382, pp. 2049-55. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

Embassy of the People's Republic of China in the Republic of Indonesia (2021) **COVID-19 Vaccines Donated by the Chinese Government to the Indonesian Government Arrives in Indonesia.** Embassy update, 27 September 2021. http://id.china-embassy.gov.cn/eng/sgdt/202109/t20210927_9568929.htm

GAVI (2021a) **The COVAX Humanitarian Buffer Explained.** <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-humanitarian-buffer-explained>

GAVI (2021b) **The COVAX No Fault Compensation Programme: Explained.** <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-no-fault-compensation-programme-explained>

GAVI (no date a) <https://www.gavi.org/>

GAVI (no date b) **GAVI COVAX AMC.** <https://www.gavi.org/gavi-covax-amc>

Guarascio F and Rigby J (2022) **COVID vaccine supply for global programme outstrips demand for first time.** Reuters, 23 February 2022. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/covax-vaccine-supply-outstrips-demand-first-time-20223-02-/>

Hinman AR and McKinlay MA (2015) Immunization equity. **Vaccine**, 33 (supplement 4), pp. D72-D77. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.09.033>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2016) **The Grand Bargain - A Shared Commitment to Better Serve People in Need.** <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain/grand-bargain-shared-commitment-better-serve-people-need-2016>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2020) **Interim Key Messages: Flexible Funding for Humanitarian Response and COVID-19.** <https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-key-messages-flexible-funding-humanitarian-response-and-covid-19>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2021) **The Grand Bargain 2.0 Structure.** <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain-official-website/grand-bargain-20-structure>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (no date) **About the Grand Bargain.** <https://interagencystandingcommittee.org/about-the-grand-bargain>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (no date) **The Grand Bargain.** <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

IAVG (Independent Allocation of Vaccines Group) of COVAX (2021) **Achieving 70% COVID-19 Immunization Coverage by Mid-2022.** <https://www.who.int/news/item/232021-12-achieving-70-covid-19-immunization-coverage-by-mid-2022>

ICRC (International Committee of the Red Cross) (2022) **COVID-19 Vaccination: Support to people affected by armed conflict and violence and those living in hard-to-reach areas.** <https://www.icrc.org/en/document/covid-vaccination-armed-conflicts>

IFRC (2018) **World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind: The international humanitarian sector must do more to respond to the needs of the world's most vulnerable people.** <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2018>

IFRC (2021) **World Bank and IFRC Support Independent Monitoring of COVID-19 Vaccine Campaign in Lebanon.** <https://www.ifrc.org/press-release/world-bank-and-ifrc-support-independent-monitoring-covid-19-vaccine-campaign-lebanon>

IFRC (2022a) **COVID-19: Nearly 1 billion still without any vaccination in Asia Pacific** <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-nearly-1-billion-still-without-any-vaccination-asia-pacific-0>

IFRC (2022b) **Evaluation Report: IFRC-wide response to the COVID-19 pandemic.** <https://www.ifrc.org/media/50627>

IFRC (no date) **MENA region: Ensuring equitable access to immunization initiatives for Migrants in Iran amidst the complex situation.** Available on request.

IFRC GO (no date) **Global: COVID-19 pandemic.** <https://go.ifrc.org/emergencies/3972>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) **COVID-19: Make it the Last Pandemic**. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) and Development Initiatives (2021) **Tracking the Global Humanitarian Response to COVID-19**. <https://www.rescue.org/report/tracking-global-humanitarian-response-covid-19>

ITPC (International Treatment Preparedness Coalition) (2022) **Mapping COVID-19 Access Gaps: Results from 14 countries & territories**. <https://itpcglobal.org/blog/resource/mapping-covid-19-access-gaps-results-from-14-countries-and-territories/>

Ledford H (2022) **COVID vaccine hoarding might have cost more than a million lives**. Nature news, 2 November 2022. <https://doi.org/10.1038/d415863-03529-022->

Mathieu E et al (no date) **Coronavirus pandemic (COVID-19)**. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>

Metcalfe-Hough V et al (2021) **The Grand Bargain at five years: an independent review**. HPG commissioned report. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-at-five-years-an-independent-review/>

Metcalfe-Hough V et al (2022) **The Grand Bargain in 2021: an independent review**. HPG commissioned report. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-in-2021-an-independent-review/>

MSF (Médecins Sans Frontières) (2022a) **"Broken" humanitarian COVID-19 vaccine system delays vaccinations**. <https://www.msf.org/broken-covax-covid-19-vaccination-system-must-be-fixed-allow-people-access>

MSF (Médecins Sans Frontières) (2022b) **Lack of a real IP waiver on COVID-19 tools is a disappointing failure for people**. <https://www.msf.org/lack-real-ip-waiver-covid-19-tools-disappointing-failure-people>

Mukherjee P (2022) **S. Africa's Aspen, India's Serum Institute sign vaccines deal for Africa**. Reuters, 31 August 2022. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/safricas-aspen-indias-serum-institute-sign-vaccines-deal-africa-202231-08-/>

Narang N (2016) Forgotten Conflicts: Need versus Political Priority in the Allocation of Humanitarian Aid across Conflict Areas. **International Interactions**, 42(2), pp. 189-216. <https://doi.org/10.1080/03050629.2016.1080697/>

O'Sullivan L et al (2022) Ethical values and principles to guide the fair allocation of resources in response to a pandemic: a rapid systematic review. **BMC Medical Ethics**, 23, 70. <https://doi.org/10.1186/s129108-00806-022->

Otto SP et al (2021) The origins and potential future of SARS-CoV-2 variants of concern in the evolving COVID-19 pandemic. **Current Biology**, 31(14), pp. R918-29. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.06.049>

Parrett M (2022) **BioNTech launches African vaccine production in Rwanda**. European Pharmaceutical Review, 24 June 2022. <https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/news/172615/biontech-launches-african-vaccine-production-in-rwanda/>

Paton J (2022) **Moderna Covid Shots Turned Down by Buyers on Delivery Woes**. Bloomberg UK, 5 April 2022. <https://www.bloomberg.com/news/articles/202205-04-buyers-turn-down-moderna-covid-vaccine-as-pandemic-demand-wanes>

Pilkington V et al (2022) Global COVID-19 Vaccine Inequity: Failures in the First Year of Distribution and Potential Solutions for the Future. **Frontiers in Public Health**, 10, 821117. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.821117>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021a) **50,000 COVID-19 vaccines donated to Lebanon by the Red Cross Society of China [in Chinese]**. 13 July 2021. https://www.redcross.org.cn/html/20211_11_1_79761/07-.html

RCSC (Red Cross Society of China) (2021b) **Red Cross Society of China donates 100,000 doses of COVID-19 vaccine to Nepal [in Chinese]**. 23 September 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/202181101/09-.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021c) **100,000 doses of COVID-19 vaccine donated by the Red Cross Society of China to Georgia [in Chinese]**. 13 September 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/202180966/09-.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021d) **Red Cross Society of China donates 200,000 doses of COVID-19 vaccine to Bangladesh [in Chinese]**. 26 October 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/202181558/10-.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021e) **Red Cross Society of China donates 100,000 doses of COVID-19 vaccine to Laos [in Chinese]**. 17 November 2021. https://www.redcross.org.cn/html/20211_1_82066/11-.html

RCSC (Red Cross Society of China) (2021f) **200,000 doses of COVID-19 vaccines donated by the Red Cross Society of China to Myanmar [in Chinese]**. 22 December 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/202182873/12-.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2022) **The Red Cross Society of China donates 500,000 doses of COVID-19 vaccine and supporting needles to Nicaragua [in Chinese]**. 9 October 2022. <https://www.redcross.org.cn/html/202288911/10-.html>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. **The Lancet Commissions**, 400(10359), pp. 1224-80. [https://doi.org/10.1016/S01409-01585\(22\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01409-01585(22)6736-)

Schellekens P (2022) **Mapping our unvaccinated world**. Pandem-ic. <https://pandem-ic.com/mapping-our-unvaccinated-world/>

Thai Red Cross Society (2021) **The Red Cross Society of China presents 100,000 Doses of Sinopharm Vaccine to Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn**. 30 August 2021. <https://english.redcross.or.th/news/medical-and-health-care-services/6589/>

Tharakan SM and Hart NM (2021) **Liability Issues Related to COVID-19 Vaccine Manufacturing and Global Distribution**. Congressional Research Service, IF11905. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF11905>

UN OCHA FTS (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Financial Tracking Service) (no date a) **Coronavirus disease outbreak - COVID-19**. <https://fts.unocha.org/emergencies/911/summary/2020>

UN OCHA FTS (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Financial Tracking Service) (no date b) **Nepal Covid-19 Response Plan 2021**. <https://fts.unocha.org/appeals/1048/summary>

UNDP Data Futures Platform (no date) **Global Dashboard for Vaccine Equity**. <https://data.undp.org/vaccine-equity/>

Usher AD (2021) CEPI criticised for lack of transparency. **The Lancet**, 397(10271), pp. 265-6. [https://doi.org/10.1016/S01404-00143\(21\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01404-00143(21)6736-)

WHO (World Health Organization) (no date a) **COVAX: Working for global equitable access to COVID-19 vaccines.** <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>

WHO (World Health Organization) (no date b) **Vaccine equity.** <https://www.who.int/campaigns/vaccine-equity>

WHO (World Health Organization) (no date c) **What is the ACT-Accelerator?** <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about>

WHO (World Health Organization) (no date d) **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.** <https://covid19.who.int/>

WHO (World Health Organization) (2017) **Access to medicines: Making market forces serve the poor.** <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-medicines-making-market-forces-serve-the-poor>

WHO (World Health Organization) (2020) **WHO Director-General's opening remarks at the launch of the Access to COVID-19 Tools Accelerator.** <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-launch-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator>

WHO (World Health Organization) (2022a) **COVAX calls for urgent action to close vaccine equity gap.** <https://www.who.int/news/item/2022-05-covax-calls-for-urgent-action-to-close-vaccine-equity-gap>

WHO (World Health Organization) (2022b) **Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment.** <https://www.who.int/publications/m/item/accelerating-covid-19-vaccine-deployment>

WHO (World Health Organization) and Open Consultants (2022) **External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A).** [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a))

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2021a) **Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022.** <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2021b) **WHO Sage Roadmap for prioritising uses of COVID-19 vaccines.** <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2022.1>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2020) **ACT Accelerator Investment Case.** <https://www.who.int/publications/m/item/act-a-investment-case>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2021) **ACT-Accelerator Strategic Review: An independent report prepared by Dalberg.** <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-strategic-review>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2022) **ACT-Accelerator: Quarterly Update Q1: 1 January - 31 March 2022.** <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator--quarterly-update-q1--1-january---31-march-2022>

World Bank (2021) **World Bank Supports First COVID-19 Vaccine Rollout in Lebanon.** <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/202121/01/world-bank-supports-first-covid-19-vaccine-rollout-in-lebanon>

Xiaoyu W (2021) **200,000 COVID-19 vaccine donations from Red Cross arrive in Pakistan**. China Daily. China Daily, 5 November 2021. <https://global.chinadaily.com.cn/a/20211105//WS6184ed6ba310cdd39bc739ec.html>

Xinhua (2021a) **Ethiopian Red Cross Society receives Sinopharm vaccines from Chinese counterpart**. Xinhuanet, 19 June 2021. http://www.xinhuanet.com/english/africa/202119/06-/c_1310017215.htm

Xinhua (2021b) **Syria receives 150,000 doses of Chinese COVID-19 vaccines**. Xinhuanet, 30 July 2021. http://www.xinhuanet.com/english/202130/07-/c_1310096456.htm

Xinhua (2021c) **China donates more COVID-19 vaccines to Cambodia**. Xinhuanet, 24 August 2021. http://www.news.cn/english/202124/08-/c_1310144227.htm

Zhang Y-Z et al (2020) **Novel 2019 coronavirus genome**. Virological. <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>

Zhu N et al (2020) A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, 382, pp. 727-33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>



**تعزير أنظمة الحماية
الاجتماعية للمجتمعات**

إثيوبيا 2022 في عام 2021. استفادت يورو من منحة نقدية متعددة الأغراض من جمعية الصليب الأحمر الإثيوبي للحد من انعدام الأمن الغذائي بعد غزو الجراد لشرق أفريقيا. وأظهر تقييم مشترك بقيادة منظمة الأغذية والزراعة أنَّ هذا الغزو تسبب بخسارة كمية كبيرة من المحاصيل وتدمير الغطاء النباتي والمراعي على نطاق واسع. وقد عانى مليون إثيوبي من انعدام شديد للأمن الغذائي كنتيجة مباشرة لغزو الجراد. © ماثيو كارتر / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية

المحتويات

125	مقدمة
126	1.4 ما شهدناه: انتشرت الجائحة بسبب عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية
134	2.4 ما تعلّمناه: لا يمكننا إهمال الآثار الاجتماعية والاقتصادية للمخاطر
138	3.4 ما علينا القيام به: تعزيز سبل الحماية الاجتماعية لمساعدة المجتمعات على الازدهار
142	التوصيات الرئيسية

مقدمة

على المدى الطويل، تحتاج المجتمعات والجماعات إلى زيادة قدرتها على الصمود لمواجهة مجموعة من المخاطر. ويتعلّق ذلك جزئيًا بتطوير البنى التحتية والسياسات الموجهة تحديدًا إلى الأخطار مثل تفشي الأمراض. ولكن ذلك ليس كافيًا. وتُعتبر المجتمعات الأكثر قدرة على الصمود تلك التي تزدهر فيها الغالبية العظمى من السكان. فهذه المجتمعات تشهد قدر أقل من عدم الإنصاف وتوفّر لعدد أكبر من الأشخاص عمالة كاملة ومنتجة وسبل العيش اللائقة والحصول على رعاية صحيّة ميسورة التكلفة وتظهر درجة عالية من الثقة بين الناس والمؤسسات. لبناء مجتمعات مرنة ومزدهرة، تحتاج البلدان إلى تحسين جميع أنظمتها وخدماتها الأساسية، ليس تلك المتعلقة بالصحة فحسب ولكن كذلك تلك المتعلقة بالتعليم والحماية الاجتماعية والمياه والصرف الصحي. فهذه العوامل لا تساهم في عدم المساواة فحسب ولكنها تساهم في عوامل تمكين حاسمة في الحد من مخاطر تفشي الفيروس وتأثيراته. ويجب على الدول توسيع أنظمة الحماية الاجتماعية الخاصة بها وتحسينها وإزالة الحواجز القانونية والعملية التي تحول دون وصول الناس إلى الخدمات.

التعاريف

برامج الحماية الاجتماعية: مساعدة الأفراد والأسر، لا سيما تلك الفقيرة والمستضعفة، على التكيّف مع الأزمات والصدمات، وإيجاد فرص العمل، وتحسين الإنتاجية، والاستثمار في الصحة والتعليم لأطفالهم، وحماية السكان المسنين (World Bank, 2022a). وتشمل هذه البرامج خدمات مباشرة، مثل برامج المأوى والتوظيف، والمساعدات المالية، ولا سيما عبر التحويلات النقدية.

مسببات المرض: هي الظروف التي تساعد الأمراض على التفشي. وتشمل سوء التغذية، وظروف العيش غير الصحية، وسوء النظافة، والعوامل البيئية وغيرها من الظروف المرتبطة ارتباطًا وثيقًا بأوجه عدم المساواة الاقتصادية والاجتماعية.

1.4 ما شهدناه

انتشرت الجائحة بسبب عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية

رُغم أن جائحة كوفيد-19 كانت بمثابة عامل توازن مذهل لأن الجميع اختبروها معًا، حتى أن الأكثر امتيازًا عانوا من بعض آثارها. ولكن، في الواقع طالت آثار الجائحة، وخصوصًا الآثار الاجتماعية والاقتصادية، جميع أنحاء العالم ولكن بشكل متفاوت. وما يثير للقلق هو أن التفاوتات القائمة تفاقمّت بسبب الجائحة أو التدابير المعتمدة للتصدي لها. وكان للأزمة أشد آثارها خطورة على السكان الذين تخلّفوا عن الركب، على سبيل المثال أولئك الذين تعرضوا للتهميش أو النسيان أو التمييز أو الذين تأثروا ببعض الظروف، مثل الفقر والعزلة والأزمات الإنسانية. بالإضافة إلى ذلك، كانت التأثيرات شديدة على الأنظمة والخدمات الحكومية، مثل شبكات الأمان الاجتماعي.

في الوقت نفسه، يعود انتشار فيروس كوفيد ومتحوراته جزئيًا إلى التفاوت.

ويمكن القول إن الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد-19 والاستجابة لها لا تقل خطورة عن العواقب الصحية المترتبة منها. ففي كانون الثاني/يناير من العام 2022، ذكرت الأمم المتحدة أنّ الموجات المستمرة من إصابات كوفيد-19 شكّلت أحد العوامل الرئيسة التي تبطئ الانتعاش الاقتصادي العالمي (UN DESA, 2022). وتوقع التقرير أن تتأثر البلدان النامية على المدى الطويل أكثر من الدول الأكثر ثراءً. وأنّ العدد المطلق للأشخاص الذين يعيشون في الفقر في أفريقيا سيرتفع حتى العام 2023.

وبالمثل، خلص تقرير صادر عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر يستند إلى تجربة الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في خلال جائحة كوفيد-19 إلى أن ملايين الأشخاص كانوا يعانون «انخفاض العمالة فقدان الدخل، وتفاقم انعدام الأمن الغذائي، وانخفاض الحماية ضد العنف، وتفاقم مشاكل الصحة النفسية» (IFRC, 2021b). وتجدر الإشارة إلى أن الأشخاص الذين كانوا بالفعل معرّضين لخطر الفيروس كانوا الأكثر تأثرًا. على سبيل المثال، كان الأشخاص الذين يعملون في وظائف منخفضة الأجر غير آمنة أكثر عرضة لخسارة تلك الوظائف، ولا سيّما في الاقتصاد غير الرسمي. وكان هذا ينطبق حتى في البلدان التي كانت فيها معدلات إصابات بفيروس كوفيد-19 المبلغ عنها منخفضة في كثير من الأحيان: فالقيود الحكومية مثل إغلاق الشركات غير الأساسية تعني أن الأسر فقدت الدخل وعانت انعدام الأمن الغذائي في أوائل العام 2020، بينما كانت تتلقى القليل من المساعدة الخارجية (Furbush et al, 2021). وبهذه الطريقة، ضاعف فيروس كوفيد-19 أوجه عدم المساواة القائمة وزاد من ظروف التأثير به وقوّض المرونة واستراتيجيات تصديده.

1.1.4 أوجه التفاوت أدّت إلى تفاقم انتشار الفيروس وتأثيراته

يُعدّ تسريع انتشار الفيروس وإطلاق العنان لآثار أكثر خطورة على الأشخاص الأكثر تأثرًا به بالفعل من النتائج الواضحة لأوجه التفاوت الاجتماعية والاقتصادية (OECD, 2022).

على سبيل المثال، من المتوقع في بلدان عدّة أن تؤدي النساء أدوارهن الجنسانية التقليدية المتمثلة في رعاية أفراد الأسرة في المنزل. وتقدّر منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي أن النساء ينفقن أعمال الرعاية تفوق بعشرة أضعاف تلك التي ينفقها الرجال (OECD, 2020). ما يعرّضهن **لخطر أكبر للإصابة بفيروس كوفيد-19** كونهن على اتصال أكثر بأفراد الأسرة المصابين (Connor et al, 2020). في حين أنّ معدلات الوفاة بسبب فيروس كوفيد-19 كانت غالبًا أعلى بين الرجال، تُعتبر النساء في منتصف العمر **أكثر عرضة للأعراض المزمنة التي يطلق عليها اسم «حالة كوفيد-19 الطويلة الأمد»** (Torjesen, 2021).

بالإضافة إلى ذلك، يتعرّض المهاجرون واللاجئون المحرومون اقتصاديًا لخطر متزايد للإصابة بفيروس كورونا بسبب ظروفهم المعيشية وظروف عملهم (WHO, 2021). وغالبًا ما وجدوا أنفسهم غير قادرين على الامتثال للتدابير الوقائية للحفاظ على سلامتهم. وتجدر الإشارة إلى أنه من المستحيل عزل الذات والامتثال للتباعد الاجتماعي عندما تعيشون أو تعملون في أماكن مكتظة. بما في ذلك في وحدات المبيت أو المخيمات أو المواقع الشبيهة بالمخيمات.

كانت المجتمعات المعرضة للتمييز والمستبعدة في بلدان عدّة أكثر عرضة لاختبار الآثار الصحية الأولية والثانوية لفيروس كوفيد-19. وغالبًا ما عانت آثارًا اجتماعية واقتصادية أكثر حدة (IDS, 2020). ففي المملكة المتحدة، واجهت كل جماعة من جماعات الأقليات العرقية تقريبًا مخاطر أعلى للوفاة بسبب فيروس كوفيد-19 مقارنة بالسكان البريطانيين البيض في البلاد. وغالبًا ما يعود سبب ذلك إلى أنهم كان أولئك يعملون في الرعاية الصحية والاجتماعية أو أنهم كانوا يعيشون في مناطق مكتظة - ما يزيد من فرص تعرضهم للفيروس (Platt, 2021). أما في الولايات المتحدة، فكان الأمريكيون الأصليون أكثر عرضة للإصابة بالفيروس من الأشخاص البيض - ما يسلط الضوء على المخاطر التي تواجهها جماعات السكان الأصليين (Weeks, 2021).

وكذلك، شكّل الفقر عامل خطر لفيروس كوفيد-19. ففي المكسيك، كشفت دراسة أُجريت في العام 2021 أن أفقر الفئات السكانية تتمتع بمعدلات دنيا للنجاة من فيروس كوفيد-19. إذ قارن الباحثون ما يقرب من 250 ألف مريض مصاب بفيروس كوفيد-19، شُخصت إصابتهم بالفيروس بين شهري شباط / فبراير وتموز / يوليو من العام 2020. وكان الأشخاص الذين يعيشون في البلديات التي تعاني فقرًا مدقًا أكثر عرضة للوفاة بنسبة 9% مقارنة بأولئك الذين يعيشون في البلديات غير الفقيرة (Millán-Guerrero et al, 2021). وفي أفغانستان، لم يكن أمام الأشخاص في كثير من الأحيان خيار سوى البقاء في الخارج، في الأسواق لبيع السلع أو المتاجرة بها مقابل الغذاء، والمخاطرة بإصابة بالفيروس (Glinski, 2020). وكان البالغون في سن العمل في إنجلترا الذين يعيشون في أفقر المناطق أكثر عرضة للوفاة بأربعة أضعاف من أولئك الذين يعيشون في المناطق الغنية. وساهم عاملان أساسيان وهما الأجر المرضي القانوني المحدود وصعوبة الحصول على المدفوعات مقابل العزل، في الحؤول دون عزل الفقراء أنفسهم. وفي الوقت نفسه، كان الأشخاص الذين يعيشون في المناطق المحرومة أكثر عرضة لظروف صحية قائمة مسبقًا، وبالتالي أصبحوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس (Mahase, 2021).

وكانت بعض الجماعات كذلك أكثر عرضة جسديًا للإصابة بفيروس كوفيد-19. ولم تُبذل الجهود الكافية للتخفيف من هذه المخاطر. وغالبًا ما يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة ظروفًا صحية تعرّضهم أكثر للإصابة بفيروس كوفيد-19. ونتيجة لذلك، توفي الأشخاص ذوو الإعاقة بمعدلات أعلى. كما أنّ كبار السن هم أكثر عرضة للتأثيرات الصحية الشديدة جراء الإصابة بفيروس كوفيد-19 لأسباب مماثلة. ويمكن أن يتفاقم ذلك بسبب العوامل الاجتماعية مثل الظروف المعيشية. فغالبًا ما يعيش كبار السن مع أفراد الأسرة في مكان مزدحم، في سياقات لا تتوافر فيها أي بدائل أخرى، أو في مؤسسات مثل دور الرعاية أو التقاعد. وينطوي كلا الوضعين على مخاطر أكبر للعدوى (WHO, no date). كما يمكن أن يعيش كبار السن بمفردهم، ويتمتعون بقدرة منخفضة على طلب المساعدة والوصول إلى المعلومات وتحديد المشكلة (IFRC, 2020b).

2.1.4 سبل العيش تأثرت والفقر ازداد

أدت الاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن الوباء والاستجابة له إلى زيادة الفقر، حتى أصبح الفقر مدقعًا. وازداد عدد الأشخاص المعرّضين لخطر الوقوع في براثن الفقر، وعلى ما يبدو إنه أثر دائم بسبب الاقتصاد العالمي المتزعزع باستمرار. وقدّرت إحدى الدراسات أن عدد الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع ارتفع بمقدار 115 مليونًا في العام 2021، ويعود سبب ذلك إلى حد كبير إلى الجائحة (Mendez Ramos and Lara, 2022). وتوقّع البنك الدولي أن تكون معدلات الفقر العالمية مرتفعة في العام 2022 أي كما كانت عليه في العام 2019، ما يعني أن سنوات عدّة من التقدّم ذهبت سُدى (World Bank, 2022b).

وتأثّر الأشخاص الذين يعملون في قطاعات غير رسمية و / أو من دون عقود بشكل كبير. ونتيجة لذلك، عانت فئات عدّة خسائر كبيرة في سبل كسب العيش. على سبيل المثال، تضرّرت سبل عيش النساء بشكل متفاوت. فحسب تقرير صادر عن هيئة الأمم المتحدة للمرأة لعام 2020 إنّ عمالة النساء كانت معرضة للخطر بنسبة 19% أكثر من عمالة الرجال في أثناء الجائحة. ويرجع سبب ذلك جزئيًا إلى أنهن كنّ يعملن بنسبة أكبر في القطاع غير الرسمي دون عقد وجزئيًا لأنهن غالبًا ما يعملن في قطاعي الخدمات والسياحة، وكلاهما تأثرا بشدة بالقيود التي فرضتها الحكومات للسيطرة على الجائحة. وقدّرت الأمم المتحدة أنّ فجوة الفقر بين الجنسين ستستع بحلول العام 2030 نتيجة لذلك. بينما في العام 2021، كانت 107 نساء في حالة فقر مقابل كلّ 100 رجل، وبحلول العام 2030 يمكن أن يرتفع هذا العدد إلى 110 (Azcona et al, 2020).

وتعرّض المهاجرون، بمن فيهم طالبو اللجوء واللاجئون والنازحون الآخرون، لخسائر مماثلة في سبل عيشهم. وفي كثير من الحالات، كانت سبل عيشهم محفوفة بالمخاطر وتسنّى أمامهم وصول محدود إلى خدمات الدعم الحكومية. فأولئك الذين لا يحملون وثائق قانونية أو الذين وضعهم غير قانوني معرضون للخطر بشكل خاص. وتجدر الإشارة إلى أنّ الكثير من المهاجرين يعملون في أعمال غير رسمي، من دون عقود أو حماية أخرى. وغالبًا ما كانوا أوّل من يسرحوا من أعمالهم عندما تواجه الشركات أي صعوبة كما لم تتوافر لدى الكثير منهم إمكانية الوصول إلى تدابير الدعم الاجتماعي والاقتصادي التي تقدّمها الحكومة، أو أنّه لم يكن لديهم سوى وصول محدود لها (Jones et al, 2021). في تركيا، بحلول أواخر العام 2021، تبنى الكثير من اللاجئين استراتيجيات سلبية لمواجهة الفيروس، مثل تناول طعام غير المفضل بالنسبة إليهم ولكن أرخص سعرًا (Turkish Red Crescent, 2021).

بالإضافة إلى ذلك، لم تُحسن معظم البلدان اقتصاداتها للأشخاص ذوي الإعاقة. على سبيل المثال، لم يُحقّق العمل عن بعد والعمل الحضوري وعن بعد بشكل عام، على الرغم من أنه يمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة من العمل. وشهدت الجائحة ارتفاعًا هائلًا في العمل عن بعد. لكن، بات أرباب عمل كثيرون يلزمون الموظفين بالعودة إلى أماكن العمل. فأى خسارة في الدخل تُعتبر شديدة الضرر بالنسبة إلى أسر الأشخاص ذوي الإعاقة بسبب التكاليف الإضافية للأجهزة المساعدة وغيرها من الضروريات. ونتيجة لذلك، أدّى الاضطراب الاقتصادي الذي سببته الجائحة إلى تعريض الأشخاص ذوي الإعاقة لخطر الوقوع في براثن الفقر (UN OHCHR, 2020a).

3.1.4 تعطلّ التعليم يطال ملايين الأطفال

في بلدان عدّة، أغلقت المدارس أبوابها، وفي بعض الحالات لأشهر عدّة. وتجدر الإشارة إلى أنّ مدى تعطلّ التعليم ومدته تفاوتتا بشكل كبير: فبعض البلدان مثل الدنمارك، أغلقت المدارس لمدة شهر إلى شهرين فقط. بينما أبقّت دول أخرى مثل المكسيك والإمارات العربية المتحدة بعض المدارس مغلقة لمدة عام تقريبًا (Meinck et al, Leon Rojas et al, 2022). وفي شهر أيلول / سبتمبر من العام 2021، قدّرت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) أنّ أطفال المدارس خسروا ما مجموعه 1.8 تريليون ساعة من التعلّم الحضوري (UNICEF, 2021). وتأثّر الأطفال المهاجرون بشكل خاص لأنّ تعليمهم تعطلّ بالفعل بسبب عوائق مثل مشكلات التسجيل والحواجز اللغوية (You et al, 2020).

”

وفي بلدان عدّة، تكون أنظمة
الحماية الاجتماعيّة محدودة، رغم
التعزيزات الكبيرة التي سجّلتها في
خلال جائحة كوفيد-19. وتجدر الإشارة

“

إلى أنّ نسبة سكان العالم الذين
يستفيدون من الحماية الاجتماعيّة، لا
تتجاوز 46.9%.



وأدى إغلاق المدارس إلى تعطيل تعليم الأطفال بالإضافة إلى الأنشطة البدنية والاجتماعية وهما ضروريان لموهم. وفي كثير من الحالات، تكيفت المدارس مع الوضع عن طريق التحول إلى التعلم عن بعد (راجع المربع 4.1، دراسة حالة: تعليم الأطفال في زيمبابوي طوال فترة الجائحة). ولكن، لم ينجح الجميع في التعلم عن بعد، ولا سيما أولئك الذين يعانون ضعف الوصول إلى الإنترنت أو محدودية المساحة. على سبيل المثال، من بين اللاجئين في تركيا، لم يتمكن 31% من الأطفال من الوصول إلى التعلم عبر الإنترنت (Turkish Red Crescent, 2020). وعندما ينقطع الأطفال مؤقتًا عن التعليم، لا يتابع عدد كبير منهم تعليمهم (Save the Children 2020). وكان لإغلاق المدارس كذلك آثار غير مباشرة إضافية. على سبيل المثال، كان غياب الوجبات المدرسية ملحوظًا بالنسبة إلى الأطفال الذين يعيشون في الفقر، والذين غالبًا ما يتناولون جزءًا كبيرًا من غذائهم في المدرسة. وحسب دراسة أجراها المرصد الإنساني للصليب الأحمر الأرجنتيني، الأطفال «معرضون بشكل خاص» للأضرار النفسية والاجتماعية (Argentine Red Cross, 2021). فالأطفال الذين لم يرتادوا المدرسة حضوريًا، غالبًا ما يظهر عليهم كل من علامات القلق والمزاج السيئ واضطرابات النوم والشهية وضعف التفاعلات الاجتماعية. وخلص الباحثون إلى أنه: «في حالات الطوارئ، تُعتبر المدرسة مساحة أساسية للدعم العاطفي والاستمرارية التعليمية والدعم الاجتماعي والمادي للطلاب وأسرتهم على حد سواء».

4.1.4 العزلة الاجتماعية كانت سائدة والصحة النفسية تأثرت

عانى الكثير من الناس عزلة اجتماعية شديدة. وفي كثير من الأحيان، كان سببها القيود التي فرضتها الحكومة على حرية التنقل. ولكن، حتى خارج إطار عمليات الإغلاق القسري، كان يترتب على الأشخاص الكثيرون التأثير بالفيروس بسبب ارتفاع خطر إصابتهم به (أي نتيجة للظروف الصحية الأساسية أو الإعاقات أو العمر) عزل أنفسهم لتجنب الإصابة بالفيروس. بالإضافة إلى ذلك، عانى الكثير من الأشخاص آثارًا على الصحة النفسية. ففي العام 2020، سُجل أن ما يقارب واحد من كل ثلاثة أشخاص كان يعاني التوتر أو القلق أو الاكتئاب (Salari et al, 2020).

وكان الكثير من كبار السن معزولين بالفعل أو أنهم كانوا يواجهون تحديات في التنقل. وأعاق ذلك حصولهم على المعلومات المتعلقة بالتدابير المتخذة في أثناء الجائحة والحصول على الأغذية الأساسية والأدوية (UNSDR, 2020). علاوة على ذلك، غالبًا ما كانت تنقطع علاقاتهم الاجتماعية بالأصدقاء والعائلة والجيران. على سبيل المثال، في أرمينيا، أبلغ كبار السن عن إغلاق مراكز الرعاية النهارية التي كانت بمثابة مراكز اجتماعية بالنسبة إليهم (Armenian Red Cross Society, 2021).

وكانت آثار الصحة النفسية شديدة على كبار السن على الأقل في بعض البلدان. ففي المملكة المتحدة، عانى بعض كبار السن القلق والاكتئاب والمزاج السيئ وفقدان الأمل. وحتى عندما خففت الحكومة القيود، كان الكثيرون لا يزالون يخشون مغادرة منازلهم، وتتوافر بعض الأدلة على التدهور المعرفي الجديد والناشئ، الذي ربما تقاوم بسبب الجائحة (Age UK, 2020).

وتعرّض الأطفال والشباب لأضرار مماثلة (Global Youth Mobilization, no date). وأفادت إحدى الدراسات الاستقصائية التي أجريت على المراهقين والشباب في أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، أن 27% شعروا بالاكتئاب في مرحلة ما، و15% شعروا بالاكتئاب في الأيام السبعة السابقة. علاوة على ذلك، أفاد 46% أنهم ليسوا محفزين لتنفيذ أنشطة يستمتعون بها عادةً. كما أنهم أصبحوا أكثر تشاؤمًا بشأن المستقبل (UNICEF, 2020).

وبالمثل، يعتمد الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة على دعم محدد ليكونوا قادرين على الوصول إلى الخدمات الأساسية. ونتيجة لذلك، كان للقيود المفروضة على التنقل في بعض الأحيان تأثير سلبي أكبر على الأشخاص ذوي الإعاقة من أولئك الذين لا يعانون أي إعاقة (UN OHCHR, no date). على سبيل المثال، قلّت القواعد التي تتطلب من الأشخاص الحضور شخصيًا إلى المواعيد الطبية من إمكانية حضور الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعد (UN OHCHR, 2021).

وترد أدلة كثيرة على آثار الصحة النفسية على الأطفال، وبعضها يُعزى جزئيًا إلى إغلاق المدارس (IFRC, 2021g). كما حدّد التحليل التلوي لـ 17 مراجعة منهجية مجموعة واسعة من أعراض الصحة النفسية بما في ذلك القلق والاكتئاب واضطرابات النوم والسلوك الانتحاري والاضطرابات المرتبطة بالتوتر.

5.1.4 ازدياد العنف ضد الفئات الضعيفة

ازداد العنف ضد المرأة في أثناء الجائحة. إذ أفادت إحدى الدراسات الإحصائية أنه منذ انتشار الجائحة، يشعر 40% من النساء بمزيد من عدم الأمان في الأماكن العامة. ويقول 25% منهن إن النزاعات المنزلية أصبحت أكثر تواترًا. ويقول 70% أن الإساءة اللفظية أو الجسدية التي يمارسها الشريك أصبحت أكثر شيوعًا (UN Women, 2021). وبسبب القيود مثل الإغلاق، تصبح النساء خصوصًا أكثر عرضة لخطر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. فباتت النساء اللواتي يسكن في شراكهن إلهن منغلقات فعليًا في منازلهن. وغالبًا لشهور متتالية. وهذا يعني أنهن أمضين وقتًا أطول في الاتصال مع المعتدين عليهن، ولم يتمكن من الحصول على المساعدة. ففي أوائل العام 2020 في جنوب أفريقيا، شهد الأسبوع الأول من الإغلاق الوطني زيادة بنسبة 30% في حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي مقارنة بالفترة نفسها من العام 2019 (MSF South Africa, 2020).

وساهمت عوامل متعدّدة في زيادة العنف ضد الأطفال. وهي تشمل «القيود على التنقل وخسارة الدخل والعزلة والاكتظاظ وارتفاع مستويات التوتر والقلق». (End Violence Against Children, 2020). وبسبب إغلاق المدارس، وجد بعض الأطفال أنفسهم محصورين في منازلهم مع أقارب يسيئون معاملتهم، كما أبلغوا عن المزيد من حوادث العنف نتيجة لذلك (Ritz et al, 2020). وتعطلت شبكات الدعم غير الرسمية من أفراد الأسرة والأصدقاء. وكان بعض الأطفال قادرين على التواصل مع أحبائهم عبر الإنترنت، غير أن التمر عبر الإنترنت ازداد (Bhatia et al, 2021).

وعانى الأشخاص من مجتمع الميم من ارتفاع معدلات العنف، كالعزلة مع أفراد الأسرة غير المحترمين أو التعرض للاعتقالات الانتقائية. وفي بعض البلدان، تعرضوا «للتمييز وألقي اللوم عليهم وتعرضوا لسوء المعاملة والسجن والوصم باعتبارهم نواقل للأمراض» (UN OHCHR, 2020b).

6.1.4 حرمان فئات كثيرة من الخدمات الأساسية

بالنسبة إلى من هم على الأرض، تمثلت مشكلة خطيرة في عرقلة الوصول إلى الخدمات الحكومية. حتى قبل تفشي الفيروس، كان المهاجرون الذين يعيشون في أوضاع محفوفة بالمخاطر، بمن فيهم أولئك الذين يفتقرون إلى وثائق الإقامة أو الذين وضعهم غير قانوني، يواجهون عقبات أمام الخدمات الأساسية مثل الرعاية الصحية والمأوى والغذاء والمساعدة القانونية. وفي بعض الأحيان، يعود سبب ذلك إلى استبعادهم صراحة من البرامج الحكومية. ولكن، كان للعوامل غير المباشرة أو الحواجز العملية دورًا في ذلك. على سبيل المثال، يخشى الكثير من المهاجرين الاعتقال أو الترحيل، وهم يعيشون في أماكن لا تتوافر فيها خدمات صحية كافية، أو أنهم يعانون حواجز لغوية (IFRC, 2018). وتفاقمت الحواجز في أثناء الجائحة (IFRC, 2021e). ولم يتمكن الكثير من المهاجرين واللاجئين من الخضوع لفحص فيروس كوفيد-19 ورصده لتحديد ما إذا كانوا مصابين بالمرض. كما لم يتمكنوا من الحصول على العلاج في حال أصيبوا بالفيروس. وفي بعض الحالات، تسببت عمليات الإغلاق الشامل وإغلاق الحدود بقطع سبل الأشخاص، فباتوا من دون دعم أو معرضين لخطر أن يصبحوا من دون وثائق قانونية (IFRC, 2020c). وأخيرًا، غالبًا ما كان المهاجرون مستبعدين في البداية من خطط التلقيح - خصوصًا المهاجرين غير المسجلين - ولم تحل هذه المشكلة بشكل كامل حتى الآن (رأج الفصل 3) (Red Cross Red Crescent Global Migration Lab, 2021b).

7.1.4 أضرار الكوارث الواسعة الانتشار

يجب ألا تكون على حين غرة. فمثلًا يمكن الوقاية من أمراض مثل السل ولكنها تستمر في تدمير الحياة والمجتمعات لأن الفقر يمكنها من الانتشار (Moutinho, 2022). والأمراض سيان بالنسبة إلى فيروس كوفيد-19. وعلى نطاق أوسع، مما لا شك فيه أنه يمكن أن تسبب الكوارث من أي نوع كانت عواقب اجتماعية واقتصادية هائلة، بما في ذلك تفاقم عدم المساواة. على سبيل المثال، يتأثر الفقراء بشكل متفاوت لثلاثة أسباب رئيسة. أولاً، هم أكثر عرضة للمخاطر لأنهم غالباً ما يجبرون على العيش في مناطق أقل جاذبية وأكثر تعرضاً للتأثر، مثل ضفاف الأنهار ومناطق الفيضانات ذات المعايير السيئة للمأوى. ثانياً، غالباً ما يفقدون جزءاً أكبر من ثروتهم عند حدوث المخاطر. وثالثاً، يتمتعون بقدرة أقل على التأقلم والتعافي بسبب نقص الاحتياطات المالية والأماكن البديلة ليعيشوا فيها (Hallegatte et al, 2020). وكذلك، ليست الكوارث محايدة بين الجنسين. بل، غالباً ما تكون النساء أكثر تضرراً من الرجال، ولا سيما في ما يتعلق بالفرص الاقتصادية (Llorente-Marrón et al, 2020). على سبيل المثال، غالباً ما يزداد العنف القائم على النوع الاجتماعي بعد وقوع الكارثة (IFRC, 2015). ويميل كلٌّ من العنف ضد الأطفال والاتجار بالبشر إلى الزيادة (IFRC, 2021e). وفي هذا الصدد، تُعتبر جائحة كوفيد-19 مثل أي نوع آخر من الكوارث، غير أنها على نطاق أوسع بكثير. إذا أردنا تقليل آثار المخاطر المستقبلية مثل تفشي الأمراض، يجب علينا معالجة أوجه التفاوت المذكورة فوراً.



بوركنيا فاسو 2020 مع ارتفاع عدد الحالات المؤكدة من كوفيد-19 في بوركنيا فاسو، أجرى متطوعون في جمعية الصليب الأحمر لبوركينا فاسو سلسلة من الأنشطة التوعوية والتخفيفية ضد كوفيد-19 في مخيمات النازحين داخلياً في كايا. فتفشي الفيروس في أوساط النازحين سيكون كارثياً. © جمعية الصليب الأحمر لبوركينا فاسو

المربع 1.4 / دراسة حالة

تعليم الأطفال في زيمبابوي طوال فترة الجائحة

أُسست المدرسة الثانوية المستقلة للصليب الأحمر في هراري، في زيمبابوي، في العام 2015 (IFRC on Facebook, 2018). وبدأت المدرسة بعدد صغير من الأيتام والأطفال المستضعفين بدعم مالي من المانحين. وانتهت التبرعات في العام 2019، فأقبلت المدرسة على تسجيل الطلاب مقابل دفع الرسوم لتغطية تكاليف تشغيلها.

واستجابةً لجائحة كوفيد-19، فرضت حكومة زيمبابوي عمليات إغلاق شامل، بما في ذلك إغلاق المدارس (Rwezuvu et al., 2021)، ما شكّل تحديًا بالنسبة إلى المدرسة الثانوية المستقلة للصليب الأحمر من الناحيتين التعليمية والمالية. كتدابير تخفيفية، طرحت الحكومة دروسًا إذاعية وطنية، ما زاد من الوصول إلى فرص التعلم للمتعلمين (Mokwetsi, 2020).

ولمواصلة تعليم الأطفال، قرّرت إدارة المدرسة الثانوية المستقلة التحوّل إلى منصات الإنترنت. ولكن، قبل الجائحة، لم يكن ذلك خيارًا شائعًا في زيمبابوي. لذلك، لا تتوافر لدى الكثير من المدارس برامج تعليمية عبر الإنترنت. والأمر سيان كان بالنسبة إلى المدرسة الثانوية المستقلة للصليب الأحمر. وفي البداية، كان الطلاب وأولياء الأمور مترددين بشأن التعليم عبر الإنترنت. بالإضافة إلى ذلك، نظرًا لأن المدرسة الثانوية المستقلة للصليب الأحمر لديها طلاب داخليون ونهاريون، لا تُعَدُّ الوصول إلى بعض الطلاب كونهم يعيشون خارج هراري.

بدأت الدروس عبر الإنترنت مع عدد من الطلاب الذين يدفعون رسومًا مقابل الدراسة. وشكّل الوصول إلى التكنولوجيا الرقمية والإنترنت مشكلة فورية. فلم يكن يتوافر لدى بعض الطلاب وأولياء الأمور هواتف ذكية أو اتصال بالإنترنت. لذلك لم يتمكنوا من الانضمام إلى الفصول الدراسية. ولم تكن المدرسة الثانوية المستقلة للصليب الأحمر قادرة على توفير الدعم التكنولوجي لهم، لكنها وفرت الاتصال بالإنترنت للمعلمين. وكان الحل الأفضل الذي لجأت إليه المدرسة هو استخدام منصات غوغل مثل Classroom و Meet، بالإضافة إلى التراسل عبر تطبيق واتساب.

وبالتالي، اختار بعض الطلاب عدم الانضمام إلى الصفوف. وعمد بعض الآباء إلى تعيين مدرسين خاصين بدلًا من دفع الرسوم المدرسية. وأرسل آخرون أطفالهم ليحضروا دروسًا إضافية ضمن مجتمعاتهم، على الرغم من أنّ الحكومة أعلنت أنها غير قانونية.

وأحدثت الدروس عبر الإنترنت فرقًا شاسعًا. لكن، إغلاق المدرسة أثر على المدرسة الثانوية المستقلة. كما تأثر جميع الطلاب بشكل مختلف. لكن، انخفضت درجات الكثيرين. وتعطلت تغطية المناهج الدراسية ولم تكن الدروس عبر الإنترنت منتجة مثل الفصول الدراسية الحضورية. إذ استبعد أفقر الطلاب، غير القادرين على الوصول إلى الإنترنت. وأخيرًا، انخفضت درجات الطلاب في الامتحانات الوطنية الرسمية مع الإبقاء على الامتحانات على الرغم من تعطيل التعليم.

وأكدت تحديات الجائحة حاجة المدرسة الثانوية المستقلة إلى مختبر كمبيوتر وظيفي ومجهز وخدمات إنترنت موثوقة. ولا يزال المعلمون بحاجة إلى دعم للوصول إلى التكنولوجيا. وتجدر الإشارة إلى أن المدرسة الثانوية المستقلة تُخطّط لاستخدام التعلم عبر الإنترنت خارج أوقات الطوارئ بالإضافة إلى الفصول التقليدية من أجل تطبيعها قبل الأزمات المستقبلية.

2.4 ما تعلّمناه

لا يمكننا إهمال الآثار الاجتماعية والاقتصادية للمخاطر

تشدد الآثار الاجتماعية والاقتصادية لفيروس كوفيد-19 والكوارث الأخرى أنّه يجب علينا الاستجابة للمخاطر بطريقة شاملة. فهي مشاكل أنظمة تتشعب فيها صدمة واحدة في جميع أنحاء المجتمع، وتحدث تأثيرات متعددة. وحتى لو أمكن القضاء على فيروس كوفيد-19 بطريقة ما في المستقبل القريب، ستنشر آثار الجائحة على مدى سنوات قادمة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ أهداف التنمية المستدامة السبعة عشرة تقدّم إطارًا للتفكير في تأثيرات الأخطار على المجتمع بأسره وكيفية الحد من الهشاشة العامة (UN DESA, no date). وتتراوح الأهداف من «القضاء على الفقر» إلى «المدن والمجتمعات المحلية المستدامة». وتُسرّد الأهداف بشكل منفصل، ولكن أوجه التآزر بينها كثيرة. على سبيل المثال، أحد الأهداف هو «المياه النظيفة والنظافة الصحية»، الذي يساهم في «الصحة جيدة والرفاه». ويمكن ملاحظة التأثيرات المتنوعة لـ فيروس كوفيد-19 في تقدّمنا نحو أهداف التنمية المستدامة، الذي تباطأ وعُكس في بعض الحالات (Lekagul et al, 2022). ووفقًا لتقرير أهداف التنمية المستدامة لعام 2022، من غير المحتمل أن تتحقّق أهداف التنمية المستدامة على النحو المرجو بحلول العام 2030 (UN DESA, 2022a). وقضى فيروس كوفيد-19 على أكثر من أربع سنوات من التقدّم في مكافحة الفقر، وأوقف تقدّم التغطية الصحية الشاملة، وساهم في خسارة 147 مليون طفل لأكثر من نصف تعليمهم الحضوري بين عامي 2020 و2021 (راجع مرنّج 2.4، دراسة حالة: تأخر أهداف التنمية المستدامة في أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي).

الأشخاص الذين يتأثرون بأشكال عدّة من التمييز هم بطبيعتهم أكثر تأثرًا بتفشي الأمراض والمخاطر الأخرى. وتؤدي أوجه التفاوت إلى ضغوط اقتصادية والوصول غير المتكافئ إلى الخدمات الأساسية مثل الرعاية الصحية والتوترات السياسية. وتتمتّع المجتمعات التي تشهد ذلك على نطاق واسع بقدرات أقل لمواجهة المخاطر. وهي أكثر عرضة للاضطرابات الرئيسية مثل انهيار الخدمات الأساسية. وفي مثل هذه المجتمعات غير العادلة، يمكن أن يكون مجرد خطر صغير القشة التي قصمت ظهر البعير. ومن خلال الحد من التفاوت وتعزيز شبكات الأمان الاجتماعي وتعزيز سبل العيش من الممكن الحد من هشاشة المجتمع.

كانت أنظمة الحماية الاجتماعية، بما في ذلك شبكات الأمان الاجتماعي، حاسمة وهامة لمساعدة الناس على تحمّل صدمات الجائحة (Tirivayi et al, 2020). فأطلقت حكومات عدّة مخططات جديدة، على سبيل المثال، إجراء تحويلات نقدية غير مشروطة لأفراد من العاقّة. وحسب «مراجعة حيّة» أجراها البنك الدولي، لوحظ أن 3856 تدبيرًا للحماية الاجتماعية والعمل خطط لها 223 اقتصادًا أو نفذها بحلول كانون الثاني/يناير من العام 2022. وقد طُرح الكثير منها في أوائل من الجائحة: ففي شهر آذار/مارس من العام 2020، أنشئ 180 في المتوسط كلّ أسبوع. وفي خلال عامي 2020 و2021، استثمرت البلدان أكثر من 3 تريليونات دولار أمريكي في هذه التدخلات، وكانت برامج التحويلات النقدية هي الأكثر انتشارًا (راجع مرنّج 4.5: التحويلات النقدية بصفتها شكلًا من أشكال الحماية الاجتماعية)، على الرغم من أن التبعات العينية لسلع مثل الطعام كانت كذلك شائعة (Gentilini et al, 2022).

لسوء الحظ، كانت أنظمة الحماية الاجتماعية هذه بطيئة في بعض الأحيان من ناحية الاستجابة ولم تبلغ كل من يحتاج إلى المساعدة. وكانت الاستجابات البطيئة تشكل إشكالية لأن الكثير من الأشخاص بحوزتهم احتياطات محدودة من النقد أو الغذاء (راجع المربع 4.3، دراسة حالة: تأخر الحماية الاجتماعية في أثناء الجائحة). على سبيل المثال، أعلنت ملاوي في شهر نيسان / أبريل من العام 2020 أنها ستوفر تحويلات نقدية للمناطق الحضرية، تزامناً مع إعلان الحكومة للإغلاق التام. ولكن، طرأت تأخيرات عدة ولم تبدأ المدفوعات حتى شهر شباط / فبراير من العام 2021 (Bastagli and Lowe, 2021).

كما ولم تغطّ أنظمة الحماية الاجتماعية الجميع في كثير من الأحيان. وفي بلدان عدة، كانت النشريات الخاصة بفيروس كوفيد-19 أكثر شمولاً من الآليات السابقة. وغالباً ما كان يُعتبر ذلك بأنه ضرورة مؤقتة طوال فترة الطوارئ، وليس تحولاً نحو شكل أكثر شمولاً للحماية الاجتماعية على المدى الطويل. وفي بعض الحالات، وُضعت و / أو عُرِزت الأنواع النمطية السلبية عن المستفيدين. ففي جنوب أفريقيا، أُجري الاتصال بالنساء في المقام الأول كوسيلة للوصول إلى الأشخاص الذين يهتم بهم، بدلاً من رفاههن الخاص. كما استبعدت النساء من استلام الهبات إذا كن بالفعل يتلقين مساعدة لإعالة الطفل. وأعرب المدافعون عن النوع الاجتماعي عن قلقهم من أن هذه الترتيبات ستؤثر سلباً على حقوق المرأة. وفي الوقت نفسه، في البيرو، كان يُنظر أحياناً إلى سكان المناطق الحضرية المهمشين على أنهم «قذرون» أو «غير منظمين» وبالتالي يمثلون تهديداً على الصحة العامة، وزادت هذه التصورات سوءاً في أثناء الجائحة (Bastagli and Lowe, 2021).



جنوب أفريقيا 2020 أنشأ فرع مدينة بلومفونتين في جمعية الصليب الأحمر لجنوب أفريقيا ووزارة الصحة الجنوب أفريقية مختبرات متنقلة لإجراء الفحوصات، حيث ساعد متطوعو الصليب الأحمر المرضى في قياس درجات الحرارة ومراجعة السجل الطبي في حالات التعرض المحتمل لكوفيد-19. © مولييتسي ماي / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

المربع 2.4 / دراسة حالة

تأخر أهداف التنمية المستدامة في أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

وافقت الأمم المتحدة على أهداف التنمية المستدامة في العام 2015، والتزمت الدول بتحقيقها بحلول العام 2030. ولكن، ساهمت جائحة كوفيد-19 في التأخير في تحقيق أهداف متعدّدة.

في تقرير لها في العام 2022، لحظ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أن أغراض متعددة من أهداف التنمية المستدامة في أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي لن تتحقّق. وقيّم تأثير الجائحة على ستة أهداف للتنمية المستدامة وخلص إلى أن جميعها قد تأخر تحقيقه وبعضها لعقود. على سبيل المثال، أُحرّ القضاء على الفقر المدقع في المنطقة لمدة 30 عامًا (الهدف 1)، وتدهورت النظم الغذائية (الهدف 2)، وفقدت 10% من الوظائف (الهدف 8) (IFRC, 2022d).



البرازيل 2021 يستجيب الصليب الأحمر البرازيلي لجائحة كوفيد-19 عبر تقديم المساعدات الإنسانية للسكان المستضعفين وتوفير الدعم النفسي-الاجتماعي والتشجيع على اعتماد ممارسات النظافة الصحية. © الصليب الأحمر البرازيلي

المربع 3.4 / دراسة حالة تأخر الحماية الاجتماعية في أثناء الجائحة

في شهر أيار / مايو من العام 2020، أعلنت البيرو أنها ستطرح خطة شبه عالمية للتحويلات النقدية تُسمى Bono Familiar Universal. وحلت هذه الخطة محل ثلاثة مخططات طوارئ كانت قائمة مسبقًا، وكان كل منها موجّهًا إلى مجموعة محدودة من المستفيدين.

فبدأت الأسر المعيشية التي سُجّلت في تلقي المدفوعات في شهر أيار / مايو. ولكن، للأسر سجّلت لأول مرة كان عليها الانتظار حتى شهر آب / أغسطس لاستلام أول دفعة. واضطر هؤلاء الأشخاص لتحمل إغلاق صارم استمر من منتصف شهر / آذار مارس حتى نهاية شهر حزيران / يونيو (Lowe et al, 2021). أما الأشخاص الذين لم يسجلوا من قبل، فكانوا في الأساس من العمال غير الرسميين والموظفين المنزليين غير الرسميين من الخلفيات المحرومة والفئات المستضعفة.



بيرو 2020 يوزع الصليب الأحمر البيروي المواد الغذائية والمطابخ والأواني لمجتمعات Ollas Comunes (وهي مساحات تُدار ذاتيًا من قبل نساء بشكل أساسي، حيث يجتمعن لتحضير الطعام لمجتمعهن، مع إعطاء الأولوية للأطفال وكبار السن) في مناطق مختلفة من العاصمة ليما. عملية التوزيع التي تظهر في الصورة أُجريت في فيلا ماريا ديل تريوفينو. © الصليب الأحمر البيروي

3.4 ما علينا القيام به

تعزيز سبل الحماية الاجتماعية لمساعدة المجتمعات على الازدهار

من المؤكد أنّ أزمة أخرى مثل جائحة كوفيد-19 ستصل إلينا، وقد تتخذ أشكالاً عدّة (راجع الفصل 1). قبل حدوث ذلك، وإذا أردنا أن نكون مستعدين لها، علينا أن نعمل على تعزيز جميع أنظمتنا.

يصب جزء كبير من تركيز هذا التقرير على الأنظمة الصحيّة ومنها: كفيّة تعزيزها على مستوى المجتمعات المحليّة (الفصل 2) وعلى المستوى الدولي (الفصل 3)، وكفيّة تحسين الأساليب التي نعتمدها لجمع البيانات الصحيّة وتحليلها (الفصل 5)، وكفيّة تحسين قانون الصحة (الفصل 6). غير أنه من الضروري أن نعمل على تحقيق ما هو أكثر من ذلك. لقد كانت جائحة كوفيد-19 بمثابة أزمة متعدّدة الأبعاد، وهذا ما سوف ينطبق أيضًا على الأخطار الكبرى المستقبلية (UNDP, no date). تمامًا مثل فيروس كوفيد-19، سيكون للأزمة القادمة تأثيراتها الأشدّ خطورة على الفئات الأكثر ضعفًا؛ وسوف تتسبّب في فقدان سبل كسب العيش وتفاقم الفقر؛ وتُعطلّ تعليم الأطفال؛ وتهدّد الصحة النفسيّة للجميع؛ وتزيد من العنف ضدّ الفئات المستضعفة. وهذا يعني أنّ المجتمع بأسره يحتاج إلى أن يصبح أكثر مرونة وتكيفًا.

إذا أعدنا النظر في أهداف التنمية المستدامة، ندرك أنّه يمكن عكس التأخيرات الناجمة عن جائحة كوفيد-19 من خلال اتّخاذ إجراءات حازمة. ويذكر في هذا السياق أنّ أحد التقارير الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2021 خلص إلى أننا، حتى قبل انتشار الجائحة، ما كنّا لنحقّق الكثير من الأهداف بحلول العام 2030 كما هو مخطط له (Abidoye et al, 2021). غير أنّ التقرير أشار كذلك إلى أنه بالإمكان تسريع وتيرة إحراز التقدّم من خلال التّدخلات المستهدفة في المجالات الحيويّة، بما في ذلك الحماية الاجتماعيّة، وذلك سيكون كافياً للتغلب على معظم الخسائر والأضرار الناجمة عن فيروس كوفيد-19، وتمكين المزيد من البلدان من بلوغ أهدافها بحلول العام 2030.

وبالمثل، حُققت وطأة بعض الاضطرابات التعليميّة بفضل العمل المشترك. إذ دعمت 33 جمعيّة وطنيّة للصليب الأحمر والهلال الأحمر تعليم 4.2 مليون شخص، إما من خلال مواصلة تعليمهم و/أو من خلال تمكينهم من العودة إلى المدارس بشكل آمن (IFRC, 2022a). وتحقّق ذلك من خلال عدد من البرامج، ومن بينها: الإبلاغ عن المخاطر وتعزيز النظافة الصحيّة في المدارس والمساعدة العينيّة أو النقديّة لتجهيزات ومعدّات التعلّم عن بعد، بالإضافة إلى تقديم الدعم في التعليم المنزلي للطلاب الذين يرغبون في ذلك.

ونظرًا للتأثيرات الشديدة الناجمة عن التفاوت في أثناء الجائحة، تكون الحاجة ملحة لتحسين الحماية الاجتماعيّة بشكل ملحوظ، بما في ذلك شبكات الأمان الاجتماعي (Cuevas Barron et al, 2021). وفي بلدان عدّة، تكون أنظمة الحماية الاجتماعيّة محدودة، رغم التعزيزات الكبيرة التي سجّلتها في خلال جائحة كوفيد-19. وتجدر الإشارة إلى أنّ نسبة سكان العالم الذين يستفيدون من الحماية الاجتماعيّة، لا تتجاوز 46.9% (ILO, 2021). مع العلم أنّ أنظمة الحماية الاجتماعيّة ضرورية لمساعدة الناس على الصمود في وجه الكوارث وتحقيق الازدهار والنمو. لذلك، لا بدّ من العمل على إنشائها (Climate Centre, no date). وقد أشارت شراكة العمل المبكر الواعية بالمخاطر أنّ الحماية الاجتماعيّة ضرورية جدًا بالنسبة إلى السكان الأكثر تأثرًا بتغيّر المناخ (REAP, 2021)؛ والحجج التي أوردتها تنطبق تمامًا على الأوبئة والمخاطر الأخرى. وبالمثل، تضمّن نداء الطوارئ الخاص بـ كوفيد-19 الذي أطلقه الاتحاد الدولي لجمعيّات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في مرحلة مبكرة، الآثار الاجتماعيّة والاقتصادية كواحدة من ركائزه الرئيسية الثلاثة (راجع مريم 4.4، دراسة الحالة: شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ: الحماية الاجتماعيّة للاجئين في تركيا).

المربع 4.4 / دراسة حالة

شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ: الحماية الاجتماعية للاجئين في تركيا

تستطيع خطط الحماية الاجتماعية مساعدة الأشخاص الأكثر تأثرًا ليتخطوا أي صدمة شديدة. وهذا ما يتضح من تجربة اللاجئين الذين كانوا يعيشون في تركيا في خلال جائحة كوفيد-19.

تُعتبر تركيا موطنًا لأكثر من 4 ملايين لاجئ، وهو أكبر عدد من اللاجئين في العالم، إذ فرّ الكثيرون منهم من الصراع الدائر في سوريا. ورغم الجهود الكبيرة التي تبذلها حكومة تركيا، يعيش عدد كبير من اللاجئين في ظروف محفوفة بالمخاطر. واستجابة لذلك، أطلق برنامج شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ في العام 2016. واعتبارًا من أواخر العام 2022، يعمل على توزيع تبرعات نقدية شهرية لأكثر من 1.5 مليون لاجئ (راجع المربع 4.5: التحويلات النقدية بصفتها شكلًا من أشكال الحماية الاجتماعية). ويموّل البرنامج الاتحاد الأوروبي ويديره الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر التركي بالإضافة إلى المؤسسات الحكومية (IFRC, no date).

ويُعتبر برنامج شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ أكبر برنامج إنساني في تاريخ الاتحاد الأوروبي والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (ECPHAO, no date). وهو يجسّد بشكل واضح، كيف تستطيع المنظمات الإنسانية أن تعمل على تعزيز خطط الحماية الاجتماعية الوطنية من خلال الوصول إلى الفئات المستضعفة التي، لولا ذلك، كانت لتتعرّض للتمييز والإقصاء، وهذه الخطط تفضي، بالتالي، إلى تعزيز الإنصاف.

عندما بدأت جائحة كوفيد-19 في أوائل العام 2020، أصبح الكثير من اللاجئين غير قادرين على العمل بسبب القيود المفروضة آنذاك. وأفادت 78.4% من الأسر المستفيدة من برنامج شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ و81.2% من الأسر المعيشية غير المستفيدة منه أنّ فردًا واحدًا على الأقل من الأسرة قد خسر عمله بسبب جائحة كوفيد-19.

واستجابة لذلك، عمد برنامج شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ إلى توزيع أكبر التحويلات النقدية على الإطلاق في تاريخ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. وقد وُضعت الأموال على 1.8 مليون لاجئ، فتلقّت كل عائلة ما يعادل 128 يورو تقريبًا. وبالنسبة إلى الكثيرين، كان هذا المبلغ الدخّل الوحيد لهم في خلال عمليات الإغلاق الشامل. وفي هذا الإطار، ذكر تقرير نُشر في العام 2021 أنّ اللاجئين الذين تلقّوا التحويلات النقدية كانوا أقل عرضة للجوء إلى استراتيجيات التكيّف السلبية مقارنة بغير المستفيدين، كما كان متوسط ديونهم أدنى (IFRC, 2021a).



وتُعتبر أفضل أنظمة الحماية الاجتماعية، تلك القادرة على الاستجابة للصدمات، أي أن تبدأ تلقائيًا في تقديم المساعدة عند ملاحظة مجموعة معينة من علامات التحذير من وقوع كارثة، وغالبًا ما تكون الطريقة الأفضل لتقديم المساعدة، في شكل تحويلات نقدية أو قسائم شرائية (راجع المربع 4.5: التحويلات النقدية بصفتها شكلًا من أشكال الحماية الاجتماعية) (UNDP, 2021).

ومن المهمّ التأكّد من تسجيل الجميع في نظام الحماية الاجتماعية. وهذا يضمن عدم وقوع الناس في براثن الفقر أو تعرّضهم للتأثيرات الصحية المتفاوتة نتيجة للأزمات المستقبلية (World Bank, 2022c). وفي بلدان عدّة، يتعذّر على الحكومات الوصول إلى بعض المجتمعات. علاوة على ذلك، قد لا يتوافر لدى بعض الأفراد بطاقة هوية أو قد لا تكون هجرتهم قانونية وبالتالي يتعذّر عليهم التسجيل. وفي بعض الحالات، لا يكون الناس على علم حتى يتوافر نظام الحماية الاجتماعية. وبالتالي، يمكن أن يؤدي العاملين في المجال الإنساني والجهات الفاعلة المحلية الأخرى ذات العلاقات الوطيدة مع المجتمعات المحلية دورًا أساسيًا في ربط الأشخاص، بما فيهم المهاجرين، بأنظمة الحماية الاجتماعية ومساعدتهم على التسجيل والتأكد من تلقيهم المساعدة (CashHub, 2020b).

لقد أثبتت حقبة كوفيد-19 أنه يمكن بالفعل تحسين أنظمة الحماية الاجتماعية تحسبًا جذريًا إذا كانت الإرادة السياسية قائمة. على سبيل المثال، عملت حكومة الإكوادور مع البنك الدولي على تحسين نظمها الخاصة بالحماية الاجتماعية وتوسيع نطاقها. فوّسّع نطاق التحويلات لحالات الطوارئ في أوائل العام 2020، إذ قدّم في البداية، قسطن شهربان بمبلغ 60 دولارًا أميركيًا إلى 400000 أسرة معيشية شديدة التأثير، تلتها دفعة واحدة قدرها 120 دولارًا أميركيًا لأكثر من 400000 مستفيد إضافي. بالإضافة إلى ذلك، خفّضت الحكومة متوسط الوقت اللازم للحصول على إعانات البطالة من 60 يومًا في العام 2019 إلى 6 أيام. كما أنشأت سجلًا للمهاجرين للتأكد من تقديم الخدمات العامة للمهاجرين واللاجئين الفنزويليين (World Bank, 2021).

غير أنّ أنظمة الحماية الاجتماعية في حدّ ذاتها ليست حلًا لجميع أوجه التفاوت. فالتمييز والعنف يتطلبان حلولًا أخرى. أولها حماية حقوق الناس حسب القانون (راجع الفصل 6). وعلى نطاق أوسع، يمكن القول إنّ التحوّل نحو المجتمعات المزدهرة يجب أن يعطي الأولوية للإنصاف والدمج. فمن الضروري الوصول إلى الجميع - ولا سيّما الفئات المهمشة والممثلة تمثيلاً ناقصًا أو المعرضة للتمييز. وكذلك المجموعات التي عاشت ظروف استضعاف متزايدة في خلال جائحة كوفيد-19، وغيرها من الكوارث في الآونة الأخيرة، وعانت بشكل متفاوت نتيجة لذلك. وتجدر الإشارة إلى أن تفاعلًا معقدًا قائم بين العنف والتمييز والإقصاء: فهم مرتبطون ارتباطًا وثيقًا ويجب معالجتهم معًا (IFRC, 2022c). وكلما زادت إمكانية كسر هذه الحلقة المفرغة من العنف والتمييز والإقصاء والضعف، توافرت فرص أفضل لحلول شاملة ومستدامة وعادلة للجائحة المرضية التالية وغيرها من المخاطر.

غير أنّ تحقيق هذا الشكل من المرونة والقدرة على التكيف، يتطلب عملاً مشتركًا من الجهات الفاعلة في مجالات الشؤون الإنسانية والتنمية والصحة والسلام والمناخ. وثمة حاجة أيضًا إلى مساهمات المجتمع المدني، بما في ذلك المؤسسات الدينية، صحيح أنّ هذه المجالات متباينة، ولكن، ينبغي عدم عزلها عن بعضها. ونحن لن نتعافى بالفعل من جائحة كوفيد-19 إلا باتباع هذا النهج الشامل للمجتمع بأسره. فهي لم تكن مجرد أزمة صحية: إذ تسببت في أضرار اقتصادية هائلة وانتكاسة لحقوق الإنسان، ونتجت عنها أزمات اجتماعية مختلفة. إذا أردنا التأكّد من عدم تكرار مثل هذه الكارثة، من الضروري أن نبذل جهودًا منسقة تنسيقًا فعليًا. ويجب أن يُصَبّ التركيز على تعزيز قدرات المجتمعات ومساعدتها على أخذ زمام المبادرة في تشكيل مستقبلها.

المرتبّع 5.4: التحويلات النقدية بصفتها شكلاً من أشكال الحماية الاجتماعية

تُعتبر التحويلات النقدية من أهم أشكال المساعدات على الإطلاق. فمقارنة بأشكال المساعدات الأخرى، غالباً ما توفّر التحويلات النقدية أكبر قدر ممكن من المرونة للمستفيدين، ما يمنحهم الكرامة والسلطة. ويُذكر في هذا السياق أنّ مثل هذه التحويلات كانت شكلاً من أشكال الحماية الاجتماعية الأساسية في أثناء جائحة كوفيد-19 (CashHub, 2020a). فهي ساعدت الناس على تفادي الوقوع في براثن الفقر أو في براثن ما هو أسوأ من ذلك، عندما تعطلت بهم سبل العيش. وعلى غرار جميع أشكال المساعدات، تفرض بعض الحدود نفسها. فالتحويلات النقدية لا تكون مجدية إلا إذا توافرت عوامل عدّة مثل ظروف السوق المحلية المناسبة، علاوة على ذلك، فهي تتطلب درجة عالية من **الثقة، من قبل المانحين والمتلقيين على حدّ سواء** - علماً أنّ ثقة المتلقّين ضرورية لأنّ التحويلات النقدية تتطلب التعامل مع البيانات الشخصية مثل تفاصيل الحساب المصرفي والوضع القانوني.

غير أنّ هذه المشكلات تقابلها الإيجابيات الهائلة للتحويلات النقدية. وتتمثّل النقطة الإيجابية الأساسية في مدى إمكانية توسيع نطاق هذه التحويلات. فمن الممكن مساعدة أعداد كبيرة من الأشخاص بسرعة، مع الحد الأدنى نسبياً من الموارد والموظفين. على سبيل المثال، في أوائل العام 2020، دفع الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أكبر مجموعة من التحويلات النقدية في تاريخه أي 46.4 مليون يورو لأكثر من 1.7 مليون لاجئ يعيشون في تركيا (المربع 4.4، دراسة حالة: شبكة الأمان الاجتماعي لحالات الطوارئ: الحماية الاجتماعية للاجئين في تركيا) (IFRC, 2020a). وكذلك، في منطقة البحر الكاريبي، قدّمت الجمعيات الوطنية للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر المساعدات النقدية وأشكالاً مماثلة من المساعدات، مثل القسائم الشرائية من السوبر ماركت إلى آلاف الأشخاص. وبحلول شهر نيسان / أبريل من العام 2022، قدّم الصليب الأحمر الجامايكي 805 بطاقات نقدية. كما ورّع حصصاً غذائية على 10000 أسرة. وقدّم الصليب الأحمر في سانت لوسيا بطاقات نقدية وقسائم شرائية من السوبر ماركت وحصصاً غذائية لأكثر من 3300 أسرة متضرّرة (IFRC, 2021c). وتجدر الإشارة إلى أنّ الكثير من الجمعيات الوطنية لجأت لأول مرة إلى استخدام التحويلات النقدية. كما قدّمت جمعية الهلال الأحمر الأذربيجاني مبالغ نقدية وقسائم شرائية لما يقرب من 1000 أسرة مستضعفة تضرّرت بشدة من الجائحة (IFRC, 2021d).

وما زالت فوائد التحويلات النقدية آخذة في النمو المتواصل. على سبيل المثال، دفع الصراع الدائر في أوكرانيا ملايين اللاجئين إلى البلدان المجاورة. وتمثّلت الاستجابة الجزئية للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية في التحويلات النقدية (IFRC, 2022b). وبحلول أواخر أيار / مايو، كان جرى تسليم أكثر من 4.3 مليون فرنك سويسري. وسُرعَت الاستجابة من خلال تطبيق جديد للتسجيل الذاتي مكن آلاف اللاجئين من تسجيل أنفسهم، ما أتاح للمتطوّعين الوقت الكافي لدعم الأفراد ذوي الاحتياجات الأكثر تعقيداً (Polish Red Cross, no date).



التوصيات الرئيسية

تضمين الاستجابة لأوجه عدم المساواة في جميع حالات الطوارئ الصحية والاستجابة للكوارث. تتسم بأهمية قوصى معالجة أوجه التفاوت في التأهب كل أزمة وكارثة وجائحة والاستجابة لها. فمن الضروري تقييم أوجه التفاوت وتحليلها والاستجابة لها في خلال كل استجابة لأي كارثة. ويجب أن تتحلّى الجهات الفاعلة الرئيسية (بما في ذلك الجهات الفاعلة المحلية) بالنهج والحافز والقدرة على تحديد الأشخاص الأكثر تضرراً بسبب التفاوت والإقصاء والحوازر - ويتوجب على هذه الجهات تطوير استراتيجيات مختلفة لضمان تلبية احتياجات هؤلاء الأشخاص. ولتحقيق ذلك، نحتاج إلى تركيز أقوى بكثير على معالجة التفاوت في قانون وسياسة وتخطيط طوارئ / كوارث الصحة العامة ذات الصلة (راجع الفصل 6) فضلاً عن أساليب محدّدة لجمع البيانات بغية تحديد مجالات التفاوت وتدريب مخصّص للمستجيبين.

تحسين أنظمة الحماية الاجتماعية قبل الأزمات وتوسيعها قدر الإمكان. أثبتت جائحة كوفيد-19 أنّه يمكن أن تؤدي أوجه التفاوت المجتمعي إلى تفاقم الأخطار المحتملة مثل تفشي الأمراض. وبالتالي، قد يساهم الحدّ من أوجه التفاوت من خلال تعزيز الحماية الاجتماعية في تعزيز قدرة المجتمعات على المواجهة بشكل عام. ويجب بناء أنظمة الحماية الاجتماعية لتشمل المزيد من سكان العالم، ولا سيّما أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها، على النحو المحدّد من خلال عمليّات تقييم الضعف والمخاطر الشاملة. ولا بدّ من أن تكون هذه الأنظمة مستجيبة للصدمات وأن تكون بمثابة أداة مرنة للاستجابة للأزمات فتقدّم المساعدة التي يمكن أن يستخدمها الناس بمرونة. مثل النقود. ولا بدّ من أن تؤدي الجهات الفاعلة المحلية دوراً رئيساً للتأكد من تسجيل الجميع، بما في ذلك الفئات المستضعفة والمهمشة.

التصدّي للعوائق الرسمية وغير الرسمية التي تعترض الخدمات الأساسية مثل الصحة. غالباً ما تترسّخ أوجه التفاوت بسبب التمييز والعوائق الأخرى التي ينبغي تجاوزها، والتي تكون منهجية وغير ملموسة. ففي أثناء الجائحة، غالباً ما كانت تواجه بعض الجماعات مثل المهاجرين غير الشرعيين صعوبات جمة للخضوع اختبار كوفيد-19 أو الحصول على العلاج أو اللقاحات. وفي بعض الأحيان، تستبعد الأنظمة قانونياً بعض الجماعات أو المجتمعات، وأحياناً تخلق عوامل مثبطة، مثل الخوف من الاعتقال أو الخدمات باهظة التكاليف. وكما هو الحال في كثير من الأحيان، لا تتوافر الخدمات لدى مجتمعات معيّنة أو أنها لا تعطيها الأولوية لمجتمعات معينة، ما يؤجج السخط وانعدام الثقة. وينبغي التصدي لكلّ هذه العوائق ينبغي بواسطة القوانين والسياسات والخطط والتدريب لضمان سلامة جميع أفراد المجتمع وكرامتهم ورفاههم.

Abidoye B et al (2021) **Leaving No One Behind: Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals (SDGs)**. UNDP (United Nations Development Programme). <https://www.undp.org/publications/leaving-no-one-behind-impact-covid-19-sustainable-development-goals-sdgs>

Age UK (2020) **The impact of COVID-19 to date on older people's mental and physical health**. <https://www.ageuk.org.uk/latest-press/articles/202010//age-uk--research-into-the-effects-of-the-pandemic-on-the-older-populations-health/>

Argentine Red Cross (2021) **Investigation on Childhood in Argentina: National Survey**. <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/202111//Report-Childhood.pdf>

Armenian Red Cross Society (2021) **Impact study on COVID-19 on older people and caregivers in Armenia**. <https://www.ifrc.org/document/impact-study-covid-19-older-people-and-caregivers-armenia>

Azcona G et al (2020) **From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19**. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/202009//gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>

Bastagli F and Lowe C (2021) **Social protection response to COVID-19 and beyond: emerging evidence and learning for future crises**. Overseas Development Institute, Working Paper 614. <https://apo.org.au/node/313143>

Bhatia A et al (2021) Violence against children during the COVID-19 pandemic. **Bulletin of the World Health Organization**, 99(10), pp. 730-8. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.283051>

CashHub (2020a) **Linking Humanitarian Cash and Social Protection: Learning from the experience of eight National Societies**. https://cash-hub.org/wp-content/uploads/sites/305/2021//CashHubLinkingHumanitarianCashandSP_v5.pdf

CashHub (2020b) **Strengthening Linkages with Social Protection Systems: Orientation guidance for Red Cross Red Crescent National Societies**. <https://cash-hub.org/wp-content/uploads/sites/308/2020//Guidance-for-NS-Strengthening-linkages-with-SP.pdf>

Climate Centre (no date) **Social protection**. https://www.climatecentre.org/priority_areas/social_protection/

Connor J et al (2020) Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. **Social Science & Medicine**, 266, 113364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113364>

Cuevas Barron G et al (2021) Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. **The Lancet Public Health**, 7(1), pp. E86-92. [https://doi.org/10.1016/S2468-8-00235\(21\)2667](https://doi.org/10.1016/S2468-8-00235(21)2667)

ECPHAO (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations) (no date) **The Emergency Social Safety Net (ESSN): Offering a lifeline to vulnerable refugees in Turkey**. https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/emergency-social-safety-net-essn-offering-lifeline-vulnerable-refugees-turkey_en

End Violence Against Children (2020) **Leaders call for action to protect children during COVID-19**. <https://www.end-violence.org/articles/leaders-call-action-protect-children-during-covid-19-now-7-languages>

Furbush A et al (2021) **The Evolving Socioeconomic Impacts of COVID-19 in Four African Countries**. Policy Research Working Paper, No. 9556. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/1098635205/>

Gentilini U et al (2022) **Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures**. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/1098637186/>

Glinski S (2020) **Food prices soar under coronavirus threat in Afghanistan**. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/202007/04/afghanistan-food-insecurity-coronavirus>

Global Youth Mobilization (no date) <https://globalyouthmobilization.org/about/>

Hallegatte S et al (2020) From Poverty to Disaster and Back: A Review of the Literature. **Economics of Disasters and Climate Change**, 4, pp. 223-47. <https://doi.org/10.1007/s418855-00060-020->

IDS (Institute of Development Studies) (2020) **Religious inequalities and the impact of Covid-19**. <https://www.ids.ac.uk/news/religious-inequalities-and-the-impact-of-covid-19/>

IFRC (2015) **Unseen, unheard: Gender-based violence in disasters**. <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>

IFRC (2018) **New Walled Order: How barriers to basic services turn migration into a humanitarian crisis**. <https://www.ifrc.org/document/new-walled-order-how-barriers-basic-services-turn-migration-humanitarian-crisis>

IFRC (2020a) **IFRC provides largest single-cash transfer to respond to the socio-economic needs amid COVID-19**. <https://www.ifrc.org/article/ifrc-provides-largest-single-cash-transfer-respond-socio-economic-needs-amid-covid-19>

IFRC (2020b) **Guidance for Staff and Volunteers working with Older people on COVID-19**. <https://preparecenter.org/resource/guidance-for-staff-and-volunteers-working-with-older-people-on-covid-19/>

IFRC (2020c) **Least protected, most affected: Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic**. <https://www.ifrc.org/sites/default/files/IFRC-report-COVID19-migrants-least-protected-most-affected.pdf>

IFRC (2021a) **Cash assistance in times of COVID-19: Impacts on refugees living in Turkey**. <https://oldmedia.ifrc.org/ifrc/document/cash-assistance-in-times-of-covid-19-impacts-on-refugees-living-in-turkey/>

IFRC (2021b) **Drowning Just Below the Surface: The socioeconomic consequences of the COVID-19 pandemic.** <https://www.ifrc.org/press-release/drowning-just-below-surface-new-ifrc-research-reveals-magnitude-socioeconomic-impacts>

IFRC (2021c) **Hope restored: Red Cross helps thousands across Caribbean through COVID-19 livelihood recovery programme.** <https://www.ifrc.org/article/hope-restored-red-cross-helps-thousands-across-caribbean-through-covid-19-livelihood>

IFRC (2021d) **I can buy diapers for my disabled son thanks to the Azerbaijan Red Crescent's cash support.** <https://www.ifrc.org/article/i-can-buy-diapers-my-disabled-son-thanks-azerbaijan-red-crescents-cash-support>

IFRC (2021e) **Minimum standards for protection, gender and inclusion in emergencies.** <https://pgi.ifrc.org/resources/minimum-standards-protection-gender-and-inclusion-emergencies>

IFRC (2021f) **Red Cross Red Crescent warns of the devastating impacts of the COVID-19 pandemic on children and young people in Europe.** <https://www.ifrc.org/press-release/red-cross-red-crescent-warns-devastating-impacts-covid-19-pandemic-children-and-young>

IFRC (2022a) **Annual Report 2021.** <https://www.ifrc.org/document/annual-report-2021>

IFRC (2022b) **IFRC scales up cash assistance to people impacted by conflict in Ukraine.** <https://www.ifrc.org/article/ifrc-scales-cash-assistance-people-impacted-conflict-ukraine>

IFRC (2022c) **Protection, gender, and inclusion policy.** <https://www.ifrc.org/document/protection-gender-and-inclusion-policy>

IFRC (2022d) **Readjusting the Path Towards Equity: Challenges and actions to achieve a sustainable and equitable recovery from the socioeconomic effects of COVID-19 in Latin America and the Caribbean.** https://prddsgofilestorage.blob.core.windows.net/api/sitreps/4379/Socioeconomic_Report_SDG_ENG_Americas_May2022_Final.pdf

IFRC (no date) **Emergency Social Safety Net (ESSN).** <https://www.ifrc.org/emergency-social-safety-net-essn>

IFRC on Facebook (2018) **Red Cross High School in Harare.** <https://www.facebook.com/watch/?v=10156003009634280>

ILO (International Labour Office) (2021) **World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future.** https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_817572/lang--en/index.htm

Jones K et al (2021) **Locked down and in limbo: The global impact of COVID-19 on migrant worker rights and recruitment.** International Labour Organization. https://www.ilo.org/global/topics/fair-recruitment/publications/WCMS_821985/lang--en/index.htm

Lekagul A et al (2022) Multi-dimensional impacts of Coronavirus disease 2019 pandemic on Sustainable Development Goal achievement. **Global Health**, 18, 65. <https://doi.org/10.1186/s129921-00861-022->

- Leon Rojas D et al (2022) Parents and school-aged children's mental well-being after prolonged school closures and confinement during the COVID-19 pandemic in Mexico: a cross-sectional online survey study. **BMJ Paediatrics Open**, 6, e001468. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022001468>
- Llorente-Marrón M et al (2020) Socioeconomic consequences of natural disasters on gender relations: The case of Haiti. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, 50, 101693. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101693>
- Lowe C et al (2021) **National cash transfer responses to Covid-19: operational lessons learned for social protection system-strengthening and future shocks**. ODI. <https://odi.org/en/publications/national-cash-transfer-responses-to-covid-19-operational-lessons-learned-for-social-protection-system-strengthening-and-future-shocks/>
- Mahase E (2021) Covid-19: Adults in poorest areas are almost four times more likely to die, inquiry finds. **BMJ**, 374, n1728. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1728>
- Meinck S et al (2022) **The impact of the COVID-19 pandemic on education: international evidence from the Responses to Educational Disruption Survey (REDS)**. UNESCO and International Association for the Evaluation of Educational Achievement. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380398>
- Mendez Ramos F and Lara J (2022) **COVID-19 and poverty vulnerability**. Future Development blog, The Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2022/05/covid-19-and-poverty-vulnerability/>
- Millán-Guerrero RO et al (2021) Poverty and survival from COVID-19 in Mexico. **Journal of Public Health**, 43 (3), pp. 437-44. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa228>
- Mokwetsi J (2020) **Radio lessons provide much needed continuity in learning amid the Covid-19 pandemic**. UNICEF. <https://www.unicef.org/zimbabwe/stories/radio-lessons-provide-needed-continuity-learning-amid-covid-19-pandemic>
- Moutinho S (2022) Tuberculosis Is the Oldest Pandemic, and Poverty Makes It Continue. **Nature**, 605, pp. S16-S20. <https://doi.org/10.1038/d415860-01348-022>
- MSF (Médecins Sans Frontières) South Africa (2020) **South Africa: Sexual and Gender-Based Violence, a concern during COVID-19 lockdown**. <https://www.msf.org.za/news-and-resources/latest-news/south-africa-sexual-and-gender-based-violence-concern-during-covid>
- OECD (2020) **Women at the core of the fight against COVID-19 crisis**. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>
- OECD (2022) **The unequal impact of COVID-19: A spotlight on frontline workers, migrants and racial/ethnic minorities**. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-unequal-impact-of-covid-19-a-spotlight-on-frontline-workers-migrants-and-racial-ethnic-minorities-f36e931e/>
- Platt L (2021) **Why ethnic minorities are bearing the brunt of COVID-19**. London School of Economics and Political Science. <https://www.lse.ac.uk/research/research-for-the-world/race-equity/why-ethnic-minorities-are-bearing-the-brunt-of-covid-19>
- Polish Red Cross (no date) **Register with the Red Cross for financial assistance**. <https://ukrainefinancialassistance.ifrc.org/polish-red-cross>

REAP (Risk-informed Early Action Partnership) (2021) **Early Action and the Climate Crisis: Could social protection be a game changer?** <https://www.early-action-reap.org/linking-social-protection-and-early-action-game-changer-people-centred-climate-action>

Red Cross Red Crescent Global Migration Lab (2021a) **Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery.** <https://www.ifrc.org/document/locked-down-left-out>

Red Cross Red Crescent Global Migration Lab (2021b) **Sight Unseen: A vision for effective access to COVID-19 vaccines for migrants.** <https://www.ifrc.org/media/49011>

Ritz D et al (2020) **The Hidden Impact of COVID-19 on Child Protection and Wellbeing.** Save the Children International. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/the_hidden_impact_of_covid-19_on_child_protection_and_wellbeing.pdf/

Rwezuya S et al (2021) **Providing a learning solution for millions of in and out of school children in Zimbabwe.** UNICEF. <https://www.unicef.org/zimbabwe/stories/providing-learning-solution-millions-and-out-school-children-zimbabwe>

Salari N et al (2020) Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Global Health**, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s1299200589-020-w>

Save the Children (2020) **Almost 10 million children may never return to school following COVID-19 lockdown.** <https://www.savethechildren.net/news/almost-10-million-children-may-never-return-school-following-covid-19-lockdown>

Tirivayi N et al (2020) **A Rapid Review of Economic Policy and Social Protection Responses to Health and Economic Crises and their Effects on Children.** Innocenti Working Papers, No. 202002/. <https://doi.org/10.18356224/f8efa-en>

Torjesen I (2021) Covid-19: Middle aged women face greater risk of debilitating long term symptoms. **BMJ**, 372, n829. <https://doi.org/10.1136/bmj.n829>

Turkish Red Crescent (2020) **Impact of COVID-19: On refugee populations benefitting from the Emergency Social Safety Net (ESSP) Programme - Assessment report.** <https://reliefweb.int/report/turkey/impact-covid-19-refugee-populations-benefitting-emergency-social-safety-net-essp>

Turkish Red Crescent (2021) **Deepening poverty and debt: Socioeconomic impacts for refugees in Turkey one year on from COVID-19.** https://www.ifrc.org/sites/default/files/202112/-socioeconomic_impacts_for_refugees_in_turkey_one_year_on_from_covid-19_0.pdf

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022a) **The Sustainable Development Goals Report 2022.** <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022b) **World Economic Situation and Prospects 2022.** <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-2022/>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (no date) **The 17 Goals.** <https://sdgs.un.org/goals>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2020a) **OHCHR Guidelines on COVID-19 and the rights of persons with disabilities.** <https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/ohchr-guidelines-covid-19-and-rights-persons-disabilities>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2020b) **Report on the impact of the COVID-19 pandemic on the human rights of LGBT persons.** <https://www.ohchr.org/sites/default/files/ImpactCOVID19LGBTpersons.pdf>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2021) **The Socioeconomic Impact of COVID19 on Persons with Disabilities.** <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19/OHCHR-summaryreport.docx>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (no date) **COVID-19 and persons with disabilities"** <https://www.ohchr.org/en/covid-19-and-persons-disabilities>

UN Women (2021) **Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19.** <https://data.unwomen.org/publications/vaw-rga>

UNDP (United Nations Development Programme) (2021) **Addressing COVID-19's uneven impacts on vulnerable populations in Bangladesh: The case for shock-responsive social protection.** <https://www.undp.org/library/dfs-addressing-covid-19s-uneven-impacts-vulnerable-populations-bangladesh-case-shock-responsive>

UNDP (United Nations Development Programme) (no date) **COVID-19 and the SDGs: How the 'roadmap for humanity' could be changed by a pandemic.** <https://feature.undp.org/covid-19-and-the-sdgs/>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2020) **The impact of COVID-19 on the mental health of adolescents and youth.** <https://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2021) **Education disrupted: The second year of the COVID-19 pandemic and school closures.** <https://data.unicef.org/resources/education-disrupted/>

UNSDR (United Nations Sustainable Development Group) (2020) **Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons.** <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>

Weeks, R. (2021) **New data shows COVID-19's disproportionate impact on American Indian, Alaska Native tribes.** The Hub, Johns Hopkins University. <https://hub.jhu.edu/2021/11/10/map-covid-19-impact-american-indian-population/>

WHO (World Health Organization) (2021) **Refugees and migrants in times of COVID-19: Mapping trends of public health and migration policies and practices.** <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240028906>

WHO (World Health Organization) (no date) **Older people & COVID-19.** <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19>

World Bank (2021) **Protecting the Vulnerable During the COVID-19 Crisis: Ecuador's Emergency Cash-Transfer Scheme and Increased Work Arrangement Flexibility.** <https://www.worldbank.org/en/results/202109/04/protecting-the-vulnerable-during-the-covid-19-crisis-ecuador-s-emergency-cash-transfer-scheme-and-increased-work-arrange>

World Bank (2022a) **The World Bank In Social Protection**. <https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/overview>

World Bank (2022b) **Poverty and Shared Prosperity 2022: Correcting Course**. <https://doi.org/10.1596-1-978/6-1893-4648>

World Bank (2022c) **Charting a Course Towards Universal Social Protection: Resilience, Equity, and Opportunity for All**. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/1098638031/>

You D et al (2020) Migrant and displaced children in the age of COVID-19: How the pandemic is impacting them and what we can do to help. **Migration Policy Practice**, X(2), pp. 32-9. <https://www.unicef.org/documents/migrant-and-displaced-children-age-covid-19>



يجب أن يركز جمع البيانات
وتحليلها بشكل حصري
على احتياجات المجتمعات
التي يحددها أعضاء
المجتمع

هولندا 2020 تسببت أزمة كوفيد-19 في ارتفاع عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدات غذائية في هولندا. فآلاف الأشخاص لم يعودوا قادرين على تحمّل كلفة البقالة. ولكنهم غير مؤهلين للحصول على أشكال المساعدات الغذائية التقليدية. مثل المهاجرين غير الشرعيين. يوزع الصليب الأحمر الهولندي قسائم غذائية لهذه المجموعات. وسيتمّ ألف الأشخاص قسائم غذائية تغطي وجبة واحدة يوميًا في الأشهر المقبلة. © آري كيفيت / الصليب الأحمر الهولندي

استخدام البيانات لمساعدة المجتمعات

المحتويات

153	مقدمة
154	1.5 ما شهدناه: كان لدينا كميات هائلة من البيانات حول وباء كوفيد-19 ولكن لم يتم تسخيرها دائمًا
159	2.5 ما تعلمناه: لم يكن جمعنا واستخدامنا للأنواع الصحيحة من البيانات كافٍ
168	3.5 ما علينا القيام به: إنشاء نظام للبيانات واستخدامه في إدارة الصحة والأخطار
173	التوصيات الرئيسية

مقدمة

عند إدارة أي حالة طوارئ أو كارثة، من الضروري الاعتماد على **البيانات والتقنيات الرقمية** في جميع المراحل. بدءًا من فهم الحالة والتخطيط والتنفيذ، وصولًا إلى الرصد والتقييم. لقد شهدنا خلال جائحة كوفيد-19 نجاحات كبيرة في مجال جمع البيانات. ومع ذلك، كانت هناك فجوات كبيرة من حيث جودة البيانات واتساقها واستخدامها، وكذلك، لم يُتخذ بصدد أي إجراء في الكثير من الأحيان.

إذا أردنا في المستقبل أن نتصدى للحالات الطارئة بشكل أفضل، علينا تحسين قدرتنا على تخزين البيانات وإدارتها واستخدامها من أجل إرشاد عملية صنع القرار. سيؤدي ذلك بدوره إلى زيادة الطلب على البيانات في المستقبل، وبالتالي إلى زيادة القرارات المدروسة. **انطلاقًا من ذلك، يجب أن يكون الهدف هو جمع البيانات والمعلومات وإدارتها وتحليلها ونشرها لدعم اتخاذ القرارات.** لذلك، من المهم تحسين جمع البيانات حول الأشخاص المعرضين للخطر، بما في ذلك السياقات التي يعيشون فيها، وديناميكيات السلطة المحلية، والعوامل الاجتماعية والسلوكية التي تؤثر على تصوراتهم ومواقفهم. بالإضافة إلى ذلك، علينا تحسين حلقة التغذية الراجعة مع المجتمعات المحلية حتى يكون لديها سيطرة أكبر على البيانات التي تقدّمها وعلى القرارات الناتجة. وفي الوقت نفسه، يجب أن نتعلم كيفية الاستفادة بشكل أفضل من البيانات من خلال الجمع بين مجموعات البيانات المتباينة وتثليثها وربطها بالإجراءات.

1.5 ما شهدناه

كان لدينا كميات هائلة من البيانات حول وباء كوفيد-19 ولكن لم يتم تسخيرها دائمًا

استندت استجابة البشرية لجائحة كوفيد-19 إلى البيانات. خلال هذه الفترة، تم جمع كميات هائلة من البيانات ومشاركتها بسرعة، مما مكن من اتخاذ قرارات سريعة بشأن مختلف المسائل، بدءًا من إجراءات الصحة العامة والإجراءات الاجتماعية الأولية، إلى تطوير اللقاح وتوزيعه. غير أن بعض أنواع البيانات لم يتم جمعها بشكل كافٍ أو مكتمل أو مفصل. فضلًا عن ذلك، لم تسترشد القرارات في بعض الأحيان بالبيانات المتاحة. هناك العديد من الدروس التي يمكن استخلاصها واستخدامها في المستقبل في حالات الطوارئ الصحية العامة وإدارة الكوارث، سواء من حيث النجاحات أو الإخفاقات.

1.1.5 البيانات التي تم جمعها خلال جائحة كوفيد-19

في ظاهر الأمر، لقد شهدنا خلال جائحة كوفيد-19 نجاحات كبيرة في مجال مشاركة البيانات وجمعها في الوقت المناسب. وتوفرت كمية البيانات المتاحة على مستوى العالم حول كوفيد-19 تلك التي تم جمعها حول العديد من حالات تفشي المرض أو حالات الطوارئ الصحية العامة، أو حتى العديد من الكوارث الأخرى. على سبيل المثال، تم تحديد التسلسل الجيني لمتغيرات المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS-CoV-2) مثل ألفا وأميكرون ونشرها علنًا بسرعة، مقارنةً بالفاشيات السابقة (Nextstrain, no date). وتتعدى هذه الوفرة من البيانات علم الفيروسات وعلم الأوبئة. في الواقع، لقد أصدرت العديد من البلدان تقديرات جيدة للوفيات الزائدة، والأثر الاقتصادي والتعليمي، وغير ذلك الكثير. كانت هناك أيضًا بيانات عن معرفة الناس وتصوراتهم ومواقفهم، بما في ذلك البيانات الوصفية عبر الإنترنت، والبيانات الاجتماعية السلوكية التي تم جمعها من خلال وسائل التواصل الاجتماعي، وبيانات التغذية الراجعة من المجتمع. لقد كانت كل هذه البيانات أفضل بكثير من تلك المتاحة عادةً في حالات الطوارئ.

ومع ذلك، هناك مشاكل كبيرة في بياناتنا حول وباء كوفيد-19. على وجه الخصوص، هناك تفاوتات عالمية ضخمة في توافر البيانات، فتمكنت البلدان التي لديها بيانات أفضل من تطوير خطط استجابة أكثر فعالية وإنصافًا. في المقابل، كانت بيانات العديد من البلدان محدودة، وبالتالي غير كافية للاعتماد عليها. إضافةً إلى ذلك، انتشر نقص الإبلاغ على نطاق واسع.

يتجلى ذلك من خلال التفاوتات في الفحوصات التشخيصية. فالبلدان التي كانت الأكثر نجاحًا في السيطرة على الجائحة في عام 2020، قبل تطوير لقاحات فعالة، كان لديها عادةً نظم فحص وتتبع عالية الفعالية، ويرجع الفضل في ذلك جزئيًا إلى استجابتهم الأخيرة لمسببات الأمراض التنفسية شديدة الانتقال، ولا سيما المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة في عام 2003. واعتبارًا من 25 تشرين الأول/أكتوبر 2022، لم تسجل جمهورية كوريا سوى 28,952 حالة وفاة مؤكدة بسبب كوفيد-19 (WHO, no date)، وهو إنجاز ملحوظ لدولة مكتظة بالسكان. يزيد عدد سكانها عن 51 مليون نسمة، فقد شددت منذ البداية على إجراء الفحوصات وتتبع المخالطين، وسرعان ما طورت أطقم الفحوصات التشخيصية لتحديد المصابين بالفيروس. وإلى جانب ذلك، طُلب من المصابين عزل أنفسهم، والأهم من ذلك هو أن هؤلاء الأشخاص حصلوا على مساعدة لتسهيل العزل، لضمان ألا يتسبب ذلك في فقدان سبل عيشهم وبالتالي تعزيز الامتثال (Cohen and Kupferschmidt, 2020). وتجدر

الإشارة إلى العزل الذاتي القسري بدون دعم من الدولة يتسبب بضرر مادي غير متناسب للفقراء والسكان الهشين. ولكن المقاربة التي اتبعتها جمهورية كوريا خففت من هذه الآثار ومن ثم عززت **الإنصاف**. وبالمثل، فإن رغبة الناس في الإبلاغ عن البيانات وتبادلها أمر حاسم لنجاح الاستراتيجية وتعكس درجة من **الثقة** في سلطات جمهورية كوريا ونظمها الصحية. وقد مكّنت هذه المقاربة القائمة على البيانات جمهورية كوريا من السيطرة بإحكام على أول موجة من الفيروس. والجدير بالذكر هنا هو أنها تمكّنت من تحقيق هذه النتيجة بدون اللجوء إلى الإغلاق الكامل. وعلى الرغم من وجود قيود، فإن جمع البيانات السريع والدقيق جعل من الممكن تفادي اللجوء إلى هذه الوسائل المتشددة (Kang et al, 2020). وقد شهدت البلاد في نهاية المطاف موجات أكبر من تفشي كوفيد-19، ولكن فقط بعد القيام بحملات التطعيم الواسعة النطاق التي خلقت مناعة كبيرة (IFRC GO, no date b).

لسوء الحظ، لم تكن الفحوصات التشخيصية متوفرة في العديد من البلدان والمناطق، أو كانت هناك مشاكل عملية ولوجستية تعني عملياً أن العديد من الأشخاص لا يستطيعون الحصول على الفحوصات. وفقاً لمؤسسة وسائل التشخيص الجديدة المبتكرة (FIND) التي هي تحالف عالمي للتشخيص، 21.3% من الفحوصات التي أجريت حتى الآن كانت مُستخدمة في البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل، على الرغم من أن 50.8% من سكان العالم يعيشون في تلك البلدان (FIND, no date). في الواقع، هناك اختلاف كبير في معدلات إجراء الفحوصات. ففي الولايات المتحدة، تم إجراء 27 فحصاً في المتوسط يومياً لكل 1000 شخص، مقابل 2 فقط في ماليزيا (FIND, no date). وتجدر الإشارة إلى أن بعض البلدان ذات الدخل المرتفع عانت في مجال الفحوصات. في المملكة المتحدة في أوائل عام 2020، بدأت الحكومة برنامجاً محدوداً لإجراء الفحوصات وتتبع المخالطين، وسرعان ما توقفت عن تنفيذه في شهر آذار/مارس من العام نفسه. استغرق الأمر عدة أشهر لإعادة تشغيل نظام الفحص والتتبع. بعد أن واجهت حكومة المملكة المتحدة ارتفاعاً في أعداد الحالات واختارت اللجوء إلى الإغلاق الكامل عدة مرّات ولفترات طويلة (Majeed et al, 2020). وعلى النقيض من ذلك، عندما تم إشراك الجهات الفاعلة المحلية في هذه الجهود مع الحكومات (راجع الفصل 2)، تمكّنت من المساهمة في إجراء الفحوصات (راجع المربع 5.1، دراسة حالة: الصليب الأحمر الفلبيني يجري فحوصات كوفيد-19). وفي الوقت نفسه، قامت جيبوتي ببناء قدرتها على إجراء الفحوصات التشخيصية بسرعة، مما مكّنها من إجراء أكثر من 17000 فحص بين شهر آذار/مارس وأيار/مايو 2020 (Elhakim et al, 2020).



2.1.5 بياناتنا عن أنواع أخرى من الكوارث غير مكتملة أيضًا

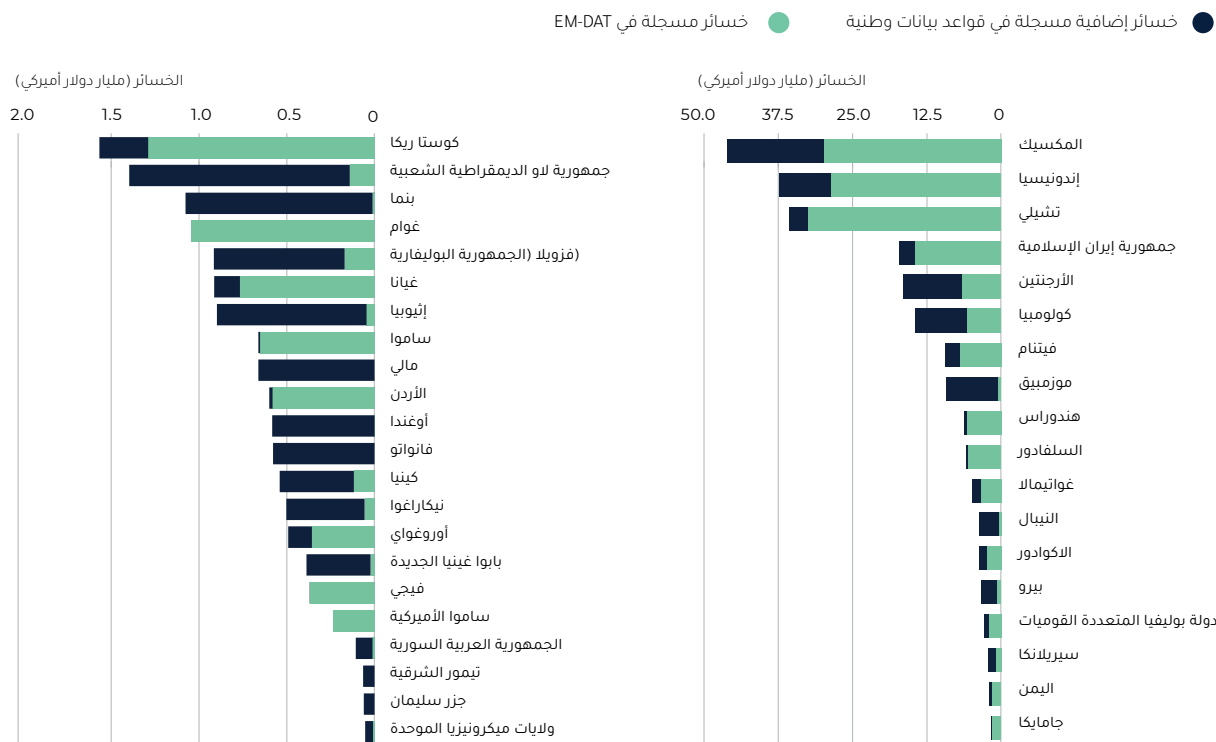
تمثل جائحة كوفيد-19 إحدى أشد الأزمات التي واجهها العالم منذ سنوات، وأنتجت كمًا من البيانات يفوق معدلات معظم الكوارث الأخرى. ولكن عند التعقّق في قراءة هذه البيانات وتحليلها، نرى أنها، تمامًا مثل بيانات الكوارث الأخرى، غير مكتملة، أو حتى أسوأ منها في بعض الأوقات.

من الناحية الإيجابية، تحسّن حفظ السجلات بشكل كبير على مر العقود الماضية ويتم رصد الكوارث بشكل أفضل بكثير مقارنةً بمستويات ما قبل 20 عامًا (UNDRR, 2022). على سبيل المثال، يتم الآن مراقبة الأخطار المائية المناخية بواسطة الأقمار الصناعية وشبكة واسعة من محطات الأرصاد الجوية. ولكن هذا النظام مازالت تشوبه ثغرات كبيرة (World Bank, 2021). وبالمثل، تساعد الاتصالات السلكية واللاسلكية العالمية وأنظمة الإنذار المبكر المعززة على تنبيه الناس لتجنب التسونامي وإبلاغ هيئات إدارة الكوارث بمكان حدوث الزلازل حتى تتمكن من الاستجابة بسرعة أكبر. ومع ذلك، فإن الثغرات في مجموعة بيانات الكوارث العالمية والأعطال في سلسلة قنوات الاتصال لا تزال تعيق التنبيهات والإجراءات الفعالة (Wallemacq and House, 2018).

في حين أن آثار الكوارث الواسعة النطاق يتم تسجيلها بشكل عام وإاحتها عبر قواعد بيانات مثل EM-DAT (no date a)، فإن تأثيرات الأحداث الصغيرة والمتوسطة الحجم يتم تسجيلها ومشاركتها بشكل أقل. وبالفعل، تحدث هذه الكوارث الصغيرة النطاق التي غالبًا ما يتم تجاهلها بأعداد كبيرة جدًا بحيث تكون الآثار المترتبة والمتربطة عليها كبيرة جدًا (راجع الرسم البياني 5.1). إضافةً إلى ذلك، إن سجلات البيانات العالمية منخازة بشدة، حيث أنها تركز على الأحداث التي تحصل في البلدان المرتفعة الدخل، حيث تكون عملية الإبلاغ واسعة النطاق، وعلى الأحداث التي تسبب أعدادًا كبيرة من الوفيات (UNDRR, 2015). وينطبق هذا بشكل خاص على الآثار الاقتصادية (UNDRR, 2020)، وغالبًا ما تكون أكبر الخسائر المالية المبلغ عنها في البلدان المرتفعة الدخل. ولكن هذا يعتمد إلى حد كبير على بيانات التأمين وسببه بعض العوامل مثل قيمة الممتلكات المرتفعة في تلك المناطق (IFRC, 2020b). وغالبًا ما لا تحتفظ البلدان ببياناتها عن الخسائر الاقتصادية في قاعدة بيانات مركزية، والعديد من قواعد البيانات تكون مخصصة لأخطار محددة وليست متعددة الأخطار (OECD, 2016).

تتمثل إحدى المشاكل الرئيسية في غياب التوحيد القياسي لمختلف أنواع الكوارث والمناطق. من الواضح أن تفشي الأمراض مثل جائحة كوفيد-19 يتم التعامل معه بشكل مختلف عن الكوارث الأخرى. على سبيل المثال، في قاعدة بيانات الكوارث الدولية EM-DAT، هناك معياران لإعلان حدث ما كارثة، وهما الإبلاغ عن مقتل 10 أشخاص أو أكثر، أو الإبلاغ عن تأثر 100 شخص أو أكثر (EM-DAT, no date b). في المقابل، لا يتم تعريف تفشي الأمراض بنفس الطريقة. يمكن أن يُعد وجود حالة واحدة من المرض فاشية إذا وُجدت في منطقة لا يكون فيها هذا المرض متوطنًا. على سبيل المثال، كان من الواضح أن الحالة الأولى لكوفيد-19 كانت تُعد فاشية. ولكن، عند وجود حالة واحدة إضافية من الكوليرا في منطقة يتوطن فيها المرض، لا يُعد ذلك فاشية. ويزداد الوضع تعقيدًا بسبب المصالح السياسية التي تؤثر على إعلان تفشي المرض أو الوباء. لذلك من الصعب تحليل تفشي الأمراض إلى جانب الأخطار الأخرى مثل الزلازل. ولهذا السبب جزئيًا، لا يجد إدخال حالات كافية عن الأمراض في مجموعات بيانات الكوارث العالمية مثل EM-DAT. في الواقع، لا يوجد في EM-DAT أي إدخال لوباء كوفيد-19.

الرسم البياني 1.5: غالبًا ما تكون مجموعات بيانات الكوارث العالمية غير مكتملة. قاعدة البيانات الدولية EM-DAT تفتقر للعديد من الكوارث التي يتم تسجيلها في مجموعات البيانات الوطنية في البلدان



المصدر: UNDRR, 2015

المربع 1.5 / دراسة حالة الصليب الأحمر الفلبيني يجري فحوصات كوفيد-19

كان الصليب الأحمر الفلبيني رائدًا في تقديم خدمات الفحص لكوفيد-19 لتكملة تلك التي تنفذها السلطات الحكومية. وذلك منذ أوائل عام 2020 (IFRC, 2020a). وبحلول أيلول/سبتمبر 2021، كان الصليب الأحمر قد أجرى أربعة ملايين اختبار (Philippine Red Cross, 2021). يقدم الصليب الأحمر الفلبيني أيضًا فحوصات تتم من خلال الألعاب، وهي أرخص وأقل تدخلًا (Philippine Red Cross, 2022).



الفلبين 2021 بدأ الصليب الأحمر الفلبيني باستخدام اختبار الألعاب من صنف RT-PCR. هذه التقنية أسرع وأقل كلفة وأقل تأثيرًا على الأشخاص. لكنها طريقة موثوقة لرصد فيروس كوفيد-19. © الصليب الأحمر الفلبيني / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

2.5 ما تعلمناه

لم يكن جمعنا واستخدامنا للأنواع الصحيحة من البيانات كافياً

تم جمع كميات هائلة من البيانات خلال جائحة كوفيد-19. ومع ذلك، لم يتم جمع أنواع كثيرة من البيانات المهمة بشكل كافٍ. يجب أن يتغير ذلك إذا أردنا تقليل مخاطر وأثار تفشي الأمراض في المستقبل. لفهم ذلك، يجب التفكير في كل أنواع البيانات التي من المفصل أن تكون متاحة في الأزمات المستقبلية. يمكن تقسيمها تقريباً إلى ثلاث فئات من الأسئلة:

1. ما هي الأخطار المحتملة التي تتعرض لها المجتمعات المحلية؟ تواجه كل المجتمعات المحلية مجموعة واسعة من الأخطار، بما في ذلك الفيروسات المحمولة جواً مثل فيروس كورونا المستجد المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS-CoV-2) والطفيليات التي تنتشر بواسطة البعوض مثل الملاريا. تحدث مسببات الأمراض هذه جنباً إلى جنب مع أنواع أخرى من الأخطار مثل العواصف والصراعات، وقد تتداخل الأخطار وتتعاقد (راجع الفصل 1).

2. من معرض للخطر؟ على وجه الخصوص، من الفئات الأكثر ضعفاً ولماذا؟ ليتمكن المستجيبون من مساعدة الناس على مواجهة الأخطار مثل تفشي الأمراض أو الأعاصير، يجب أن يعرفوا من هي الفئات الضعيفة وما هي أشكال المساعدات التي هي في أمس الحاجة إليها. على سبيل المثال، إذا كان الناس يعيشون في أماكن مكتظة، لن يتمكنوا من عزل أنفسهم للحد من انتشار المرض. في هذه الحالة، سيستفيد الأشخاص من معدات الحماية الشخصية مثل أقنعة الوجه، بدلاً من النصائح بشأن التباعد الاجتماعي (RCCE Collective Service, no date b).

3. ما هي مواقف هؤلاء الناس ومعتقداتهم واحتياجاتهم؟ بعبارة أخرى، ما هي الدوافع السلوكية والاجتماعية التي تؤثر على استعدادهم لاتخاذ إجراءات معينة (WHO, 2022)؟ على سبيل المثال، من بين التحديات الرئيسية لجائحة كوفيد-19، وتفشي الأمراض الأخرى، تشجيع الأشخاص المترددين على أخذ لقاح منقذ للحياة. لا يمكن تحقيق قبول اللقاح إلا إذا فهمنا أولاً أسباب التردد في تلقي اللقاح. وهذا يتطلب فهم أفكار المجتمعات المحلية ومعتقداتها ومواقفها، وتغيير الاستجابة وفقاً لذلك.

في الأقسام الثلاثة التالية، سنتطرق إلى كل سؤال من هذه الأسئلة على حدة. ومع ذلك، فإن مجرد الحصول على كل هذه البيانات ضروري ولكنه غير كافٍ. ومن الضروري أيضاً تشغيل هذه البيانات، أي استخدامها لتوجيه الإجراءات، وهو ما سنتطرق إليه في القسم الأخير لفهم كيفية القيام بذلك.





المملكة العربية السعودية 2022 أمضت المملكة العربية السعودية وغيرها من دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا شهر رمضان لعام 2022 في توزيع وجبات الإفطار للعائلات والعقال والمجتمعات النائية الأكثر ضعفاً، إلى جانب تذكير الناس بكيفية الوقاية من كوفيد-19 وتقديم الخدمات الطبية الطارئة. وقدمت هيئة الهلال الأحمر السعودي خدمات طبية طارئة لآلاف الأشخاص، ما أتاح لهم تمضية الشهر الكريم في أمان وسلامة. © هيئة الهلال الأحمر السعودي

1.2.5 تحديد الأخطار باستخدام البيانات

الخطوة الأولى هي تحديد الأخطار التي تواجهها المجتمعات المحلية. في هذا السياق، يتمثل التحدي الرئيسي في تحديد الأمراض التي تشكل خطرًا، سواء كانت مسببات الأمراض المتوطنة التي تنتشر منذ عقود أو الأمراض الناشئة مثل وباء كوفيد-19. تحقيقًا لهذه الغاية، يجب مراقبة المرض.

في بداية تفشي وباء كوفيد-19، كانت النظم الصحية لحققت نتائج أفضل لو كان هناك أساليب مراقبة مجتمعية وتشاركية أقوى، بما في ذلك الرصد المجتمعي (IFRC Health & Care, 2020) (تتصاعل قيمة الرصد المجتمعي بمجرد انتشار المرض). عادةً ما يتم تحديد العلامات والأعراض المتعلقة بالمرض و/أو الأخطار الأخرى أولاً من قبل الجهات الفاعلة المحلية التي لها روابط قوية داخل المجتمعات المحلية التي تعيش فيها. ويمكن لهذه الجهات الفاعلة المحلية أيضًا توفير البيانات الأولية وتبادل المعلومات داخل نظام مراقبة الصحة العامة أو الحيوانية (راجع الفصل 2). ويتيح الاستفادة من ذلك الكشف السريع عن تفشي الأمراض، التي قد تنتشر على نطاق أوسع إذا لم يتم احتواؤها بسرعة. إذا بدأ الشخص في إظهار علامات وأعراض المرض، أول من سيعرف بذلك هي العائلة والأصدقاء والجيران. وتستفيد أنظمة مراقبة الأمراض الأكثر فعالية من هذه الشبكات الاجتماعية. ويكون الرصد المجتمعي أكثر فعالية عند دمجه في نظم المراقبة الصحية الأوسع نطاقًا، والتي يمكنها بعد ذلك الاستجابة للإنذارات الواردة من الجهات الفاعلة المحلية. يساعد هذا الاستخدام النشط والمتجاوب للبيانات على بناء **الثقة** والحفاظ عليها بين الحكومات والعاملين في المجال الإنساني والمجتمعات المحلية، مما يزيد من فعالية الاستجابات عند ظهور التهديدات (McGowan et al, 2020).

أثبتت طرق الرصد المجتمعي مرةً أخرى قيمتها خلال جائحة كوفيد-19. فعلى سبيل المثال، في النيجر، تم تكييف شبكة رصد مجتمعي قائمة كانت قد أنشئت لرصد شلل الأطفال لرصد حالات الإصابة بكوفيد-19 (Maazou et al, 2021). بين نيسان/أبريل وتشرين الثاني/نوفمبر 2020، تم تدريب 150 عاملًا في الصحة المجتمعية على كيفية تحديد الإصابات بكوفيد-19 وإدارتها، وأبلغ هؤلاء عن 143 إنذارًا صحيًا، بما في ذلك حالتان إيجابيتان من كوفيد-19. وساعدوا في تتبع 37 مريضًا. إضافةً إلى ذلك، قاموا بتوعية أكثر من 2 مليون شخص باستراتيجيات الوقاية من وباء كوفيد-19. وكذلك، دعم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر قدرة الرصد المجتمعي في بلدان متعددة، بما في ذلك من خلال برنامج التأهب المجتمعي للأوبئة والجوائح (CP3) (IFRC, no date a). فعلى سبيل المثال، أجرى متطوعو الصليب الأحمر الإندونيسي رصدًا مجتمعيًا لتحديد الإصابات بكوفيد-19 في محطة رصد في قرية كارانغموجو. حيث نشر المتطوعون أيضًا معلومات الوقاية من وباء كوفيد-19. ومع ذلك، كما رأينا في الفصل 2، فإن العديد من الأنظمة الصحية لا تدمج حتى الآن الجهات الفاعلة المحلية مثل العاملين في الصحة المجتمعية.

في المستقبل، يجب على الممارسين الصحيين تطوير مراقبة متكاملة للأمراض تتعقب مسببات الأمراض في كل من البشر والحيوانات، لأن العديد من فاشيات الأمراض هي أمراض حيوانية المنشأ، ينتقل فيها المرض من الحيوانات إلى البشر (والعديد منها بدوره يمكن أن ينتقل أيضًا من البشر إلى الحيوانات). يمثل وباء كوفيد-19 مثالًا بارزًا على الأمراض الحيوانية المنشأ، فأقرب فيروس لفيروس كورونا المستجد المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة موجود في الخفافيش الآسيوية (Morens et al, 2020). والأهم من ذلك هو أنه لم يتضح بعد كيف حدث ذلك، ويرجع ذلك جزئيًا إلى معلوماتنا المحدودة عن الفيروسات التي تؤويها الخفافيش وعن التفاعلات ومسارات الانتقال بين الخفافيش والحيوانات الأخرى والبشر (Worobey et al, 2022). هناك العديد من الأمثلة الأخرى للأمراض الحيوانية المنشأ، ومنها أن الناس في معظم الأحيان يصابون بداء الكلب من الكلاب. لذلك، فإن أفضل طريقة لوقف الفاشيات عند مصدرها (راجع الفصل 1) هي مراقبة صحة كل من البشر والحيوانات ذات الصلة في وقت واحد، وبيئاتهم المشتركة. تقليديًا، تم عزل الطب البشري والبيطري، وشهدنا على قلة التعاون أو التفاعل بين المجالين. بالتالي، نحتاج لتغيير هذا الواقع بسرعة طارئة.

يُعد الرصد المتكامل لصحة الحيوان والإنسان مكونًا رئيسيًا في أطر "الصحة الواحدة" و "الصحة الكوكبية" ذات الصلة. في نهج "الصحة الواحدة"، لا تُعد صحة الإنسان على أنها مشكلة فردية ولكن كجزء من نظام اجتماعي اقتصادي عالمي (Mremi, 2021). وبالمثل، يؤكد نهج «الصحة الكوكبية» على الطرق العديدة التي أدت من خلالها البشرية إلى اختلال الأنظمة الطبيعية للأرض (The Lancet, 2015). ما أدى إلى عواقب وخيمة على جميع أشكال الحياة بما في ذلك على البشر أنفسهم (Planetary Health Alliance, no date).

تنطبق دروس مماثلة على الأخطار غير المرضية، على وجه الخصوص، تبرز مرةً أخرى فوائد الرصد المحلي، ومن بينها قدرتها على رصد مخاطر الكوارث البسيطة ولكن المتكررة، أو «المخاطر واسعة النطاق» التي غالبًا ما تتجاهلها قواعد البيانات العالمية مثل EM-DAT ويتم التعامل معها فقط من قبل المستجيبين المحليين. ومع ذلك، هذه المخاطر ذات أهمية كبيرة على الصعيد العالمي. ففي الواقع، زادت الوفيات والخسائر الاقتصادية الناجمة عن المخاطر الواسعة النطاق في العقود الأخيرة (UNDRR, 2015).

أخيرًا، من المهم رصد فئات متعددة من الأخطار في وقتٍ واحد، من الأمراض إلى الفيضانات والتكاثر الطحلي، وذلك لأن كل المجتمعات المحلية تواجه عدة أخطار محتملة (راجع الفصل 1). لذلك، من الخطأ الإفراط في الرصد لفئة واحدة من الأخطار على حساب الفئات الأخرى. ومن الطبيعي أنه في أعقاب وباء كوفيد-19 سيزيد الرصد لتفشي الأمراض- وهذا جيد. ومع ذلك، يجب ألا يحدث ذلك على حساب استخدام مقاييس الزلازل لتتبع خطر الزلازل وغيرها من الأخطار. وتجدر الإشارة أيضًا إلى أن المخاطر تتفاعل مع بعضها البعض، بحيث يزيد وجود خطر واحد من احتمال وقوع خطر آخر. فعلى سبيل المثال، تعطل الفيضانات إمدادات المياه النظيفة مما يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالأمراض التي تنقلها المياه. وبالتالي فإن تحديد المخاطر والتنبيه بالفيضانات هي آليات ضرورية للإنذار المبكر بتفشي الأمراض.

2.2.5 استخدام البيانات لتحديد الأشخاص الأكثر عرضة للخطر

للاستجابة بفعالية لأخطار مثل الأمراض والأعاصير، نحتاج إلى معلومات أفضل عن الأشخاص الأكثر عرضة للخطر. يتم تعريف الخطر عادةً من خلال التعرض لأحد الأخطار (راجع القسم 5.2.1) إضافةً إلى وجود أحد عوامل الضعف. على سبيل المثال، قد يتعرض شخصان لفيروس كورونا المستجدّ المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، ولكن إذا كان أحدهما قد تلقى اللقاح، سيكون قد قلل من ضعفه تجاه المرض الشديد والوفاة. في إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة في أوائل عام 2022، كان الأشخاص الذين تلقوا جرعة معززة من لقاح كوفيد-19 أقل عرضة لدخول المستشفى بسبب الفيروس. أما الأشخاص الذين لم يتلقوا الجرعة المعززة، فكانوا أكثر عرضة للدخول إلى المستشفى بمقدار 2.5 مرة. بينما وصل هذا المقدار إلى 10.5 للأشخاص غير الملقحين (Havers et al, 2022). لذلك، لا يكفي معرفة من يتعرض لفيروس كورونا المستجدّ المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، بل يحتاج الممارسون أيضًا إلى معلومات حول من تلقى اللقاح ومن أصيب بالعدوى من قبل، وغير ذلك الكثير.

هناك أدوات مختلفة يمكن استخدامها لتقييم المخاطر والعديد منها مخصص للأخطار، على سبيل المثال، طور تحالف زيورخ لمقاومة الفيضانات أداة تسمى مقياس قدرة المجتمعات على مواجهة الفيضانات (Flood Resilience Portal, no date). وبالمثل، فإن وكالة حماية البيئة الأمريكية تستخدم مؤشر الضعف الصحي المجتمعي، والذي يُستخدم لتحديد المجتمعات المحلية التي تواجه مخاطر صحية عالية من جراء دخان حرائق الغابات من أجل إعطاء الأولوية لاستراتيجيات الصحة العامة (US EPA, no date). هذه المنشورات مفيدة ولكنها لا تعكس النطاق الكامل للأخطار التي تواجه المجتمع المحلي. في المقابل، يستخدم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر النهج المُعزز لتقييم الضعف والقدرات (EVCA) لمساعدة المجتمعات المحلية على تقييم جميع أنواع الأخطار التي يمكنها تحديدها والوسائل التي المتوفرة لديها لإدارة المخاطر المرتبطة بها (IFRC VCA, no date). يحدد النهج المُعزز لتقييم الضعف والقدرات الأخطار التي تواجه المجتمع المحلي والأشخاص الأكثر عرضة للخطر، ثم يقترح الاستجابات المحتملة. تجري المجتمعات المحلية

التقييم بنفسها، بتوجيه من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (راجع الفصل 2). وفي عالمنا المتعدد الأخطار، لا غنى عن مثل هذه التقييمات الشاملة لمواطن الضعف.

لسوء الحظ، سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على محدودية معلوماتنا حول الأشخاص الأكثر عرضة للخطر. لا ينبغي المبالغة في هذه المسألة، حيث كانت وما زالت معلومات كثيرة متوفرة. على سبيل المثال، حتى في أوائل الجائحة، كان من الممكن إجراء تنبؤات حول النتائج المحتملة لكوفيد-19 لدى مختلف المجموعات السكانية بناءً على أعمارها وهيكل الأمراض المزمنة فيها. هناك أيضًا بيانات مفيدة حول البلدان الأكثر عرضة للخطر. فعلى سبيل المثال، يشتمل مؤشر مخاطر الأوبئة INFORM على مجموعة واسعة من البيانات لتقدير مخاطر الأوبئة في البلدان (EC DRMKC, no date)، ويشبهه مؤشر الأمن الصحي العالمي من حيث التحليل (Global Health Security Index, 2021). ومع ذلك، لا يمكن دائمًا اكتشاف بيانات الضعف على مستوى المجتمع المحلي على نطاق واسع، كما لا توجد طريقة سهلة لتراكب معلومات المخاطر الأخرى. وهذا يعني أنه لا يزال من الصعب تحديث مؤشرات المخاطر التي تقيّم الأخطار المتعددة والمتداخلة بشكل مستمر. وهذا هو التحدي الذي تواجهه المجتمعات المحلية في الواقع (راجع الفصل 1).

يجري الآن العمل على فهرسة البيانات المرتبطة بالنهج المُعزز لتقييم الضعف والقدرات (EVCA) على المستوى العالمي، وقد بدأ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في وضع علامات على المعلومات التي يحتفظ بها لجعلها قابلة للاكتشاف على موقعه الإلكتروني (IFRC, no date c) info.vcarepository.

لمساعدة المجتمعات المحلية على الاستعداد للأخطار في المستقبل، لا بد من توسيع نطاق تقييمات مخاطر الكوارث وإجرائها بصورة منتظمة. إضافةً إلى ذلك، يجب أن يتم توحيد التقييمات مثل النهج المُعزز لتقييم الضعف والقدرات (EVCA)، وأن تتضمن المزيد من البيانات الرصدية، وأن يتم نشرها في المجتمعات المحلية المعرضة للخطر في جميع أنحاء العالم. يجب أيضًا التحقق من صحة هذه التقييمات من خلال زيادة البيانات الرصدية، وتكرارها بانتظام لضمان بقاء المعلومات محدثة. ويتطلب هذا التوسع زيادة كبيرة في القدرة المؤسسية في مجال إدارة مخاطر الكوارث، ما يتطلب تمويلًا طويل الأجل. علاوةً على ذلك، يجب أن تحظى فرق الصحة وإدارة مخاطر الكوارث بتمويل مستدام، بدلاً من الاستمرار في النموذج الحالي حيث يزيد التمويل فقط عند وقوع كارثة. تحقيقاً لهذه الغاية، يجب دمج هذا العمل في برامج التأهب على المدى الطويل. تجدر الإشارة مرة أخرى هنا أن الاستعداد للأخطار في وقت مبكر، بما في ذلك من خلال جمع البيانات حول الأشخاص المعرضين للخطر، يُعد أكثر فعالية من حيث التكلفة.

3.2.5 تحديد ما يحتاجه الناس ويؤمنون به

ليتمكّن العاملون الصحيون والعاملون في المجال الإنساني من تقديم المساعدة للأشخاص بشكل فعال، عليهم أن يفهموا من يكونون، أي أنه عليهم جمع البيانات حول احتياجاتهم وبيئتهم ومخاوفهم ومعارفهم وممارساتهم وسلوكياتهم (Baggio, 2021). هذه المعلومات ضرورية ليمكّن الممارسون من تحديد ما إذا كانت الحلول المُقدّمة هي الأنسب. وبعبارة أخرى، من أجل الاستعداد لتفشي الأمراض وغيرها من الأخطار، من الضروري وضع مشاركة المجتمع المحلي والمساءلة في صميم عملية التخطيط. يجب على العاملين الصحيين والعاملين في المجال الإنساني الاعتراف بأفراد المجتمع المحلي كشركاء متساوين، ويجب أن تسترشد جميع الخيارات السياسية بسيقاتهم واحتياجاتهم وأولوياتهم وتفضيلاتهم المتنوعة.

لا تتوافق احتياجات الناس دائمًا مع الأفكار المسبقة التي يشكّلها عنهم الغرباء. على سبيل المثال، منذ عام 2020، كان من الطبيعي أن نفترض أن وباء كوفيد-19 هو من أكبر المخاوف الصحية للجميع، ولكن هذا لا ينطبق على الجميع (راجع المربع 2.5: دراسة حالة: لم يكن وباء كوفيد-91 دائمًا أكبر مخاوف الناس). بالنسبة لبعض المجتمعات المحلية، تشكّل الأمراض أو الأخطار الأخرى تهديدًا أكبر لها. نذكر هنا الأمراض غير السارية التي تتطلب رعاية مستمرة، والكوليرا، والأعاصير، والسياقات الإنسانية المعقدة مثل تلك التي شوهدت في منطقة الساحل. وعلى نحو مماثل، قد يميل البعض إلى إرسال حصص غذائية إلى الأشخاص الذين يعانون من نقص الغذاء، ولكن حسب ظروفهم، قد يحتاجون أكثر إلى المساعدة

النقدية. إن البيئة التي يعيش فيها الناس تحدد مواطن الضعف التي يعانون منها وأشكال المساعدة التي يحتاجون إليها. هذه العوامل تحدد أنواع المساعدة التي يعتبرها الناس ذات صلة ويكونون مستعدين لتقبلها، والإجراءات التي سيتخذونها لإجراء التغييرات في حياتهم ومجتمعاتهم المحلية.

إضافةً إلى ذلك، من الضروري معرفة معتقدات الناس ومخاوفهم وتصوراتهم. على سبيل المثال، هذه العوامل تؤثر على الثقة في اللقاح وتقبله، فانهدام الثقة والتردد بشأن التدخلات مثل اللقاحات وأقنعة الوجه شكّلت عقبات خلال الجائحة. على مر التاريخ، تم إهمال العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤدي إلى هذه السلوكيات، بما في ذلك خلال عدة أجزاء من الاستجابة لوباء كوفيد-19. لتصحيح هذا الخطأ، يجب أن تركز خطط الاستجابة لتفشي الأمراض على البيانات الاجتماعية والتغذية الراجعة من المجتمع (راجع المرنج 5.3). يتطلب النهج القائم على المجتمع المحلي أن تكون الخطط والتدابير مراعية للسياق ومرنة وتتكيف مع التغييرات (راجع الفصل 2).

يمكن أن يؤدي الفشل في اتخاذ الإجراءات حسب الدروس المستفادة من إشراك المجتمع المحلي إلى نتائج عكسية. على سبيل المثال، اتسمت فاشية الإيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية في الفترة 2018-2020 بعنف غير مسبوق ضد جميع المستجيبين. في دراسة أجريت عام 2022، تم تسليط الضوء على المشاكل المتعلقة بالطريقة التي استخدم بها صانعو القرارات بيانات التغذية الراجعة من المجتمع المحلي، مما أدى إلى تراجع الثقة. واستنتجت هذه الدراسة أن صانعي القرارات المعنيين في الاستجابة للإيبولا كانوا في كثير من الأحيان من العاملين في المجال الطبي وعلماء الأوبئة، الذين اعتبروا أن الأدلة من التغذية الراجعة من المجتمع المحلي تفتقر إلى الدقة: لقد كانت نوعية، وكان هؤلاء الأشخاص المعنيين يفضلون البيانات الكمية. ونتيجةً لذلك، كان يتم تجاهل التغذية الراجعة في كثير من الأحيان. وعلوّة على ذلك، كان «القصور الإثباتي» سمة من سمات الاستجابة خلال هذه الفترة، مما يعني أنه حتى عندما تكون هناك حاجة واضحة لتغيير الممارسات، فإن حجم الاستجابة ونطاقها يجعلان من الصعب تغيير مسارها في غضون إطار زمني معقول.

أدى ذلك إلى تزايد الإحباط في المجتمعات المحلية التي يتم الاستماع إليها، وأصبح المتطوعون الذين يتلقون التغذية الراجعة ويحللونّها على دراية بالتهديدات المتكررة على نحو متزايد، والتي سرعان ما تجلت في الهجمات على المرافق الصحية والعاملين في مجال الصحة. لو تم أخذ التغذية الراجعة على محمل الجد، لكان من الممكن تجنب بعض هذا العنف. لذلك، يوصي الباحثون بتحديد استخدام أنظمة التغذية الراجعة المجتمعية كقاعدة عامة عند تفشي أي مرض في المستقبل، وأن يصبح اتخاذ الإجراءات حسب هذه التغذية الراجعة من الممارسات القياسية (McKay et al, 2022).

على النقيض من ذلك، إن الخدمة الجماعية هي مثال على أخذ العاملين الصحيين بالبيانات المجتمعية. تأسست في عام 2020 كشراكة بين الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومنظمة الصحة العالمية، وتهدف إلى المساعدة في إيجاد نهج منسق وقائم على المجتمع المحلي والبيانات لزيادة التأهب لتفشي الأمراض في المستقبل. لقد قامت الخدمة الجماعية بتطوير وإطلاق لوحة بيانات اجتماعية سلوكية، والتي تقوم بتجميع البيانات والأدلة الاجتماعية السلوكية وهيكلتها وقياسها، من حوالي 250 مصدر بيانات حول العالم، تبني هذه المعلومات جسراً بين احتياجات الناس والمستجيبين، مما يتيح تركيز الموارد والاهتمام على أهم الاحتياجات لدى الأشخاص الأكثر ضعفاً (RCCE Collective Service, no date a).

الثقة هي في صميم جمع كل هذه البيانات، أي أنه من الضروري أن تثق المجتمعات المحلية جيداً في الأشخاص المعنيين بهذه العملية. فعلى سبيل المثال، غالباً ما تكون المعلومات التي يتم جمعها أثناء تقييم المخاطر تلك التي تُعتبر عادةً خاصة، مثل ما إذا كان الشخص قد تلقى لقاح كوفيد-19 أو ما إذا كان شريكهم يسبيء معاملتهم. تجدر الإشارة إلى أن المجتمعات المحلية لا تقدّم مثل هذه المعلومات إلا للأشخاص والمنظمات التي تثق بها. لذلك، من الضروري الاحتفاظ بهذه البيانات بشكل آمن ومعالجتها بمسؤولية. ومن المهم أيضاً أن يتمكن أفراد المجتمعات المحلية من الوصول إلى بياناتهم الخاصة التي شاركوها، لذلك من الضروري تمكين الوصول الرقمي لها. لتحقيق كل ذلك، يجب العمل بصورة وثيقة مع أصحاب المصلحة الرئيسيين في المجتمع المحلي، بدءاً من الزعماء الدينيين إلى المعلمين والمعالجين التقليديين (Community Engagement Hub, no date).

المربع 2.5 / دراسة حالة لم يكن وباء كوفيد-19 دائماً أكبر مخاوف الناس

الجهات الفاعلة المحلية هي في وضع يسمح لها بالاستماع إلى التغذية الراجعة من المجتمع المحلي ومعرفة أكثر ما يخشاه الناس. قالت سوزانا، وهي قائدة فريق المتطوعين في الصليب الأحمر اللبناني في عاليه ما يلي: «نشعر بواجب الاستماع إلى ما يمر به المرضى».

يعاني لبنان من أزمة اقتصادية حادة تشغل أذهان الكثير من الناس. تقول سوزانا: «أتذكر أحد المرضى في بلدتي، كانت امرأة مسنة، ما كان يشغل ذهنها أكثر من إصابتها بكوفيد-19 هو قلقها بشأن كيفية إعالة أفرادها» (IFRC, no date d).



لبنان 2021 يعاني لبنان من أزمة إنسانية متشعبة منذ أواخر عام 2019. وبعد انفجار مرفأ بيروت الكارثي في آب/أغسطس 2020، قدم الصليب الأحمر اللبناني مساعدات نقدية غير مشروطة لأكثر من 11000 عائلة متضررة، بالإضافة إلى المساعدات النقدية الخاصة بالمؤسسات الصغيرة، والدعم لإصلاح المنازل، ومواد الإغاثة، والخدمات الطبية الأساسية. © الصليب الأحمر اللبناني

المربع 3.5 / دراسة حالة

للمساعدة في السيطرة على تفشي الأمراض، يجب الأخذ ببيانات التغذية الراجعة من المجتمع المحلي

من عام 2018 إلى عام 2020، عانت جمهورية الكونغو الديمقراطية من تفشي فيروس إيبولا، للمرة العاشرة في تاريخ البلاد. في بداية الفاشية، طوّر الصليب الأحمر في جمهورية الكونغو الديمقراطية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر آلية للتغذية الراجعة المجتمعية لجمع وجهات نظر المجتمع المحلي حول فاشية الإيبولا والاستجابة لها (Earle-Richardson et al, 2021). بعد ذلك، تم تحليل هذه البيانات واستخدامها لتوجيه السياسات والبرامج بشكل جماعي في جميع مستويات جهود مكافحة الفاشية، لتحسين الاستجابة وإشراك المجتمعات المحلية في مكافحة الفيروس.

أظهرت دراسة نشرت في شباط/فبراير 2022 قيمة هذا النهج. خلال الفاشية، أرادت العديد من المجتمعات المحلية الاستمرار في تكريم موتاهم. وقد خلق ذلك تضارباً لأن إجراءات الدفن الآمن والكريم تعني دفن الجثث في أكياس محكمة الغلق لتقليل خطر انتشار المرض. ومع ذلك، تم التوصل إلى تسوية. في منطقة كيفو الشمالية، كان من المهم أن يتمكن أفراد الأسرة من رؤية وجوه الموتى. لذلك تمت إضافة نوافذ شفافة إلى أكياس الجثث. سمح ذلك باحترام طقوس الجنازة مع الحفاظ على الأمن الصحي، وبناء درجة من الثقة (McKay et al, 2022).



جمهورية الكونغو الديمقراطية 2019 تقدم فرق الصليب الأحمر
الهدية جيداً والمحمية جيداً خدمات الدفن الآمن واللائق منذ بداية
تفشي إيبولا علماً أنها تتعامل مع كل عملية دفن على افتراض
أن الشخص المتوفى مُصاب. فمن شأن ذلك أن يحمي فرق
الصليب الأحمر نفسها والمجتمعات المحلية أيضاً. وعبر إشراك
المجتمعات في الاستجابة لفيروس إيبولا، تمكنت الفرق من فهم
شواغلها بشكل أفضل. © كوري باتلر / الاتحاد الدولي لجمعيات
الصليب الأحمر والهلال الأحمر

3.5 ما علينا القيام به إنشاء نظام للبيانات واستخدامه في إدارة الصحة والأخطار

كيف تبدو مجموعة أفضل من البيانات حول الصحة والأخطار؟ يجب الاسترشاد بالمبدأ التوجيهي وهو أن البيانات والأدلة يجب أن تكون مفيدة قدر الإمكان لتكون مناسبة للمساعدة في الإجابة على الأسئلة الرئيسية وتوجيه عملية صنع القرار.

1.3.5 بناء النظام الجديد لبيانات الأخطار

من المهم دمج مصادر البيانات المتباينة قدر الإمكان. فعلى سبيل المثال، يجب دمج البيانات المستمدة من الرصد المجتمعي مباشرةً في نظم المراقبة الصحية المحلية والوطنية، ولكن ذلك يشكل تحديًا تقنيًا كبيرًا. ومع ذلك، هناك طورين إيجابيين من شأنهما تحسين مجموعات البيانات العالمية المتعلقة بالكوارث.

أولاً، يعقد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر مجموعة من الشركاء الرئيسيين لتطوير قاعدة بيانات عالمية محسنة للكوارث، وهي قاعدة بيانات الأزمات العالمية، التي ستوفر معلومات من الشبكة العالمية للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر المكونة من 192 جمعية وطنية، بالإضافة إلى مصادر أخرى بما في ذلك الأمم المتحدة والحكومات الوطنية والمحلية. وتجدر الإشارة إلى أنه لا يتم الاستفادة من الجمعيات الوطنية بالقدر الكافي. وفي حين يحتفظ البعض منها بقواعد بيانات أو يدعم قواعد بيانات الحكومات، هناك عدد كبير من هذه الجمعيات لا يقوم بمثل هذه الإجراءات، ومع ذلك، فإن الموظفين والمتطوعين لديهم إمكانية الوصول إلى كمية هائلة من المعلومات حول الأخطار الطبيعية والأشخاص المتأثرين بها واستجابات العاملين في المجال الإنساني والجهات الفاعلة الأخرى. تقوم قاعدة بيانات الأزمات العالمية بتجميع هذه المعلومات من خلال توفير نظام يمكن للجمعيات الوطنية من خلاله تحميل المعلومات التي لديها بسهولة، بصيغة عالمية يسهل الوصول إليها. سيتم توفير مجموعة البيانات بأكملها من خلال منصة (IFRC GO) التابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC GO, no date a) (راجع المربع 5.4، دراسة حالة: دور منصة (IFRC GO) في جائحة كوفيد-19). يتم تمويل المرحلة الأولى للمشروع من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) ويتم تنفيذها بالشراكة مع مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث (UNDRR)، ومكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA UN)، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية، والبنك الدولي/المرفق العالمي للحد من الكوارث والإنعاش، والأوساط الأكاديمية بما في ذلك فريق DAT-EM في مركز أبحاث الأوبئة والكوارث (CRED) في جامعة لوفان الكاثوليكية، وغيرها. ويجري حاليًا تطوير المشروع، بهدف إطلاق الإصدار الأولي من قاعدة بيانات الأزمات العالمية على الإنترنت بحلول عام 2025.

ثانيًا، تدعم الأمم المتحدة أيضًا بيانات الكوارث من خلال صندوق الأمم المتحدة لتحليل المخاطر المعقدة (dCRAF) الذي تم إنشاؤه حديثًا (CRAF'd, no date). لقد تم إطلاق المخطط في تشرين الأول/أكتوبر 2021، وسيمول الصندوق المبادرات المتعلقة ببيانات الكوارث، بهدف إنشاء «نظام أقوى للبيانات». وسيسمح ذلك للعاملين في المجال الإنساني والجهات الفاعلة الأخرى بتوقع الكوارث بشكل أفضل، ومنع حدوثها حيثما أمكن. والاستجابة بفعالية إذا حصلت. إضافة إلى ذلك، يضطلع مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث أيضًا بمشاريع أخرى تدعم النظم الوطنية للمحاسبة عن خسائر

”

21.3% من الفحوصات التي أجريت
حتى الآن كانت مُستخدَمة في
البلدان المنخفضة الدخل والشريحة
الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل،
على الرغم من أن 50.8% من سكان
العالم يعيشون في تلك البلدان.

“



الكوارث (DesInventar, no date). بينما أنشأ البنك الدولي منصة عالمية لمخاطر الأزمات (World Bank, 2018). كل هذه المنصات توفر أسسًا مفيدة يمكن البناء عليها.

في السعي لتحقيق تكامل كل مجموعات البيانات المتعلقة بالأخطار، قد نواجه تحديًا أساسيًا يتمثل بالتوحيد القياسي. كما رأينا، أعاقَت الأساليب المتباينة لتسجيل البيانات محاولات التكامل والتحليل الشامل. وفي حين أن بعض الآثار مثل الخسائر الاقتصادية والوفيات قد تم تسجيلها بشكل جيد، إلا أن التأثيرات الأخرى مثل النزوح والأضرار التي لحقت بالمباني يتم تعريفها وتسجيلها بشكل مختلف في جميع أنحاء العالم. وكان تسجيل الآثار الثانوية، مثل فقدان سبل العيش أو الوصول إلى الخدمات، أكثر صعوبة.

إحدى المبادرات التي تساعدنا في المضي قدمًا في هذا السياق هي بروتوكول التنبيه المشترك (CAP)، مع بعض المحاذير (GDPC, no date). يقدم هذا البروتوكول تنسيقًا موحدًا لرسائل التنبيهات في حالات الطوارئ يناسب العديد من وسائط الاتصال، ويتيح النشر السريع والمنهجي للبيانات المتعلقة بالصحة والأخطار في جميع أنحاء البلاد، لتشجيع الناس على اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية أنفسهم. يوضح هذا البروتوكول أنه من الممكن إنشاء نظام موحد لنشر المعلومات المعقدة والقابلة للاستخدام إلى جماهير متعددة. والفكرة الرئيسية هنا هي تكييف هذه المعايير العالمية مع السياقات المحلية. تحقيقًا لهذه الغاية، أنشأ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر مركز التنبيهات لتعزيز استخدام بروتوكولات التنبيه المشترك (IFRC Alert Hub, no date). تمكّن هذه الخدمة الرقمية الجمعيات الوطنية من العمل مع السلطات الوطنية لتكييف الرسائل لتناسب اللغات والثقافات والتفضيلات المحلية (IFRC, no date b). وتجدر الإشارة إلى أنه في هذه المرحلة، لا يزال تكييف مثل هذا النهج الموحد مع الأخطار المتعلقة بالصحة يمثل تحديًا لأن التنبيهات والرسائل الرئيسية يجب أن تكون جميعها خاصة بالأمراض المحددة. ولا تزال المناقشات جارية بشأن كيفية معالجة هذا التحدي.

2.3.5 التعلّم من البيانات، والأهم من ذلك، ترجمتها إلى إجراءات

يمكن أن تنسى المجتمعات المحلية بعد وقت قصير الأحداث المؤلمة التي مرّت بها مثل الجوائح، وهناك رغبة مفهومة في النسيان والعديد من المسائل الأخرى التي يجب معالجتها. ومن المعروف أن جائحة الإنفلونزا عام 1918 لم تترك أثرًا ثقافيًا كبيرًا، ونحن نشهد حاليًا على جائحة مماثلة في عام 2022. حيث تعلن الكثير من شخصيات عامة أن جائحة كوفيد-19 قد انتهت على الرغم من موجات العدوى المستمرة. بناءً على ذلك، نرى أنه هناك خطر نسيان كل الدروس المستفادة من الجائحة، على الرغم من كل البيانات والوثائق المتوفرة.

تحتاج الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى، بما في ذلك المنظمات الإنسانية، إلى الاستفادة من الدروس التي تعلمتها من الجائحة على المدى الطويل من خلال ترجمتها إلى تغييرات مؤسسية. وتحاول الدول حاليًا القيام بذلك عن طريق تعديل القوانين المتعلقة بالصحة والأخطار وعن طريق وضع قوانين جديدة (راجع الفصل 6). فيما يلي ثلاث طرق إضافية لضمان حدوث عملية التعلم والتكيف هذه.

جعل التعلم ممارسة مؤسسية قياسية. العديد من المنظمات، من الحكومات إلى منظمات الإغاثة على مستوى المجتمع المحلي، تعمل بطريقة تعطي الأولوية للممارسات القائمة على حساب التعلم والتكيف، وغالبًا ما تستند القرارات التي تتخذها إلى تجارب الأشخاص بدلاً من البيانات (Hankey, 2020). ومع ذلك، في عالم يعاني من عدة أخطار متغيرة بطرق معقدة، فإن هذا النهج الثابت غير كافٍ. بدلاً من ذلك، يجب أن يصبح التعلم هدفًا مركزيًا لكل منظمة وإدارة حكومية تشارك في إدارة الصحة والكوارث، سواء كانت إدارة حكومية أو مركزًا صحيًا مجتمعيًا. وهذا يستلزم تحولات ثقافية صعبة وضرورية، مثل إعطاء الأولوية للتجريب وتفعيل الحوار بين المجموعات (Senge, 1990). على سبيل المثال، إذا وجد متطوع

محلي طريقة أفضل لحل مشكلة ما، يجب أن يتشجّع زملاؤه على تبني هذا النهج الجديد ونشره. في عام 2021، أصدر الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تطبيقاً يسمى Community-V للمتطوعين لتبادل المعرفة بحرية. بغض النظر عن مكانهم في العالم أو لغتهم (Google Play, no date). ومع ذلك، لكي تحدث تغييرات كبيرة، يجب على المنظمات أن تثق بموظفيها وأن تهيئ لهم بيئة من الأمان النفسي. تحاول مبادرة «Learn to Change» التابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر خلق بيئات يمكن أن يحدث فيها تغيير حقيقي (Learn to Change, no date).

إدارة البيانات وتنظيمها بحيث يمكن الوصول إليها وفهمها. إن حجم ونطاق البيانات المتعلقة بالكوارث وحالات الطوارئ يتزايد أكثر من أي وقت مضى. هذه نقطة إيجابية، لكن البيانات لا تكون مفيدة إذا لم تتم إدارتها بشكل صحيح. إذًا، للتعليم من هذه الطائفة الواسعة من البيانات واتخاذ القرارات بناءً عليها، يجب أن نجعلها متوفرة وسهلة الفهم. تعد لوحة معلومات كوفيد-19 التي أنشأتها فرق في جامعة جونز هوبكنز مثالاً بارزاً (Johns Hopkins University, no date). يقوم الموقع بتجميع البيانات من عدة مصادر وتلخيصها في تنسيقات سهلة الفهم مثل خرائط العالم والرسوم البيانية. إضافةً إلى ذلك، قام قسم تحليل البيانات في اليونيسف ببناء موقع إلكتروني شامل يعرض بياناتها حول جوانب متعددة من رفاهية الأطفال (UNICEF, no date). وعلى نحو مماثل، يجمع دليل البيانات التابع للبنك الدولي جميع بياناته عن التنمية في موقع إلكتروني واحد بحيث يمكن للمستخدمين العثور عليها وتنزيلها وتبادلها بسهولة (World Bank Data Catalog, no date). وقد بدأ الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بتطبيق مثل هذه الجهود من خلال قواعد بياناته على الإنترنت، فمنصته «هيا بنا» «هدفها جعل جميع المعلومات بشأن الكوارث متاحة للجميع ومفيدة» من خلال الاحتفاظ بسجل محدث لجميع حالات الطوارئ التي تستجيب لها شبكة الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC GO, no date a). كما أنها تحتوي على بيانات عن المخاطر التي تواجهها الجمعيات الوطنية والأحداث الوشيكة التي قد تحتاج إلى الاستجابة لها. لقد تمت إضافة لوحة معلومات جديدة في 2022 تعرض الدروس المستفادة من وباء كوفيد-19، مقسمة حسب الموضوع والموقع الجغرافي (IFRC GO, no date c). علاوةً على ذلك، تجمع منصة «هيا بنا» أيضاً أمثلة عن التعلم والتحديات التي واجهتها الجمعيات الوطنية خلال عمليات الاستجابة، وتصنفها، مما يتيح التعلم من الأقران (IFRC GO, no date d). وفي الوقت نفسه، تقوم قاعدة البيانات ونظام الإبادة في الاتحاد الدولي (FDRS) بجمع البيانات سنوياً من 192 جمعية وطنية تابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وهو يبين أوضاعها المالية، وعدد الأشخاص الذين تصل إليهم برامجها، وغير ذلك الكثير (IFRC FDRS, no date). ويمكن لأعضاء الجمعيات الوطنية، وغيرهم من الجهات الفاعلة الإنسانية، استخدام هذه المعلومات لتوجيه عملية صنع القرار. أخيراً، تساعد منصة DEEP (منصة إدخال البيانات واستكشافها) في تقييم الاحتياجات من خلال تمكين الإدارة المنظمة للبيانات الثانوية (DEEP, no date). هذه المنصات الثلاث («هيا بنا» وFDRS وDEEP) هي نماذج للإدارة الجيدة للمعلومات التي يمكن للآخرين محاكاتها.

التفكير في الاحتياجات من الموظفين والقدرات لدعم هذا التغيير. إن التعلم وإدارة المعلومات سيمكانان الجمعية الوطنية من الاستجابة بطريقة أفضل للأخطار. ومع ذلك، يبقى تشغيل التقنيات والبيانات الرقمية وترجمتها وظيفية البشر، ويتطلب التخطيط وإعادة وضع العمليات وجمع البيانات وتحليلها موظفين متخصصين لديهم الوقت الكافي والسلامة الضرورية لتكرار الإجراءات وتحسينها. في المقابل، عندما تعاني المنظمات من نقص في عدد الموظفين، إنها تهرع لمعالجة أزمة تلو الأخرى، لتعود وتبدأ من الصفر في كل مرة. وينطبق هذا بشكل خاص على المنظمات الإنسانية، التي غالباً ما تجد نفسها تعاني من نقص التمويل خلال الأوقات التي لا يكون فيها أزمات وتستغني عن الموظفين والمتطوعين، إلى جانب كل معارفهم المشتركة، لتضطر إلى إعادة نشر موظفيها بسرعة عند حدوث حالة طوارئ جديدة [راجع الفصل 3]. عندما يكون لدى منظمات مثل الجمعيات الوطنية موارد مالية وموظفين يمكن التنبؤ بها بشكل أفضل، يكون لديها الوقت الكافي لاستيعاب الدروس المستفادة من كل أزمة وإصلاح ممارساتها للأزمات المستقبلية. وبالطريقة نفسها، مع زيادة الوصول إلى الضروريات مثل قواعد البيانات، والتدريب على استخدامها، يمكن أن يصبح التعلم ممارسة منتظمة (Johnston, 2022). إضافةً إلى كل ذلك، يجب إعطاء الأولوية لزيادة المعرفة بالتقنيات الرقمية والبيانات في المجتمعات المحلية، مما يسمح لها بالتحكم في تدفق بياناتها. وبالمثل، يجب إجراء تعزيز المعرفة بالبيانات وتحليلها محلياً قدر الإمكان، لتتمكن المجتمعات المحلية والجهات الفاعلة أن تصبح من المشاركين الأساسيين في استخدام البيانات (راجع الفصل 2).

المربع 4.5 / دراسة حالة

دور منصة (IFRC GO) في جائحة كوفيد-19 DEMIC

«الاتحاد الدولي... هيا بنا» (IFRC GO) هي واحدة من منصات البيانات الخاصة بالاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. وقد تم إطلاقها في عام 2018. تتلقى هذه المنصة البيانات من الجمعيات الوطنية في جميع أنحاء العالم، وتعرضها. تشمل هذه البيانات تلك المتعلقة بالأخطار الناشئة والنداءات واستجابات الجمعيات الوطنية (IFRC GO blog, 2020).

لقد شكّلت جائحة كوفيد-19 تحديًا كبيرًا لفريق منصة «هيا بنا»، الذي طوّر بسرعة ميزات جديدة متعددة، مثل لوحة معلومات كوفيد-19 التي توفّر البيانات الأساسية بطريقة تفاعلية، مما يساعد على توجيه تحليل الاستجابة المستمرة للجائحة. تشمل هذه البيانات اتجاهات الإصابات والوفيات، ومستوى صعوبة الأوضاع الإنسانية، وتنفيذ جهود التلقيح ومعدلات قبول اللقاح، وبيانات الجائحة، إضافةً إلى ذلك، مكّنت قاعدة البيانات هذه فرق الجمعيات الوطنية من الوصول بسرعة إلى جميع المعلومات ذات الصلة، حتى عندما كانت القيود على التنقل تفرض عليهم العمل عن بعد لأسابيع كاملة (IFRC GO blog, 2021).



التوصيات الرئيسية

ربط بيانات الأزمات بالإجراءات. يجب أن تركز كل عمليات جمع البيانات على توجيه الإجراءات التي تعود بالفائدة على الناس والمجتمعات المحلية، والدفع بها. على سبيل المثال، يجب أن تحدد نقاط ضعف الناس حتى يمكن حمايتهم أو قدراتهم حتى يمكن البناء عليها. لتحقيق ذلك، علينا أن نطوّر منتجات وخدمات المعلومات لدعم اتخاذ القرارات القائمة على الأدلة. كما أنه يجب توفير البيانات المناسبة للأشخاص المناسبين في الوقت المناسب. إضافةً إلى ذلك، يجب ضمان الاستعداد للاستجابة الفعالة من حيث تكنولوجيا المعلومات وإدارة المعلومات والمنصات الرقمية لمراكز عمليات الطوارئ.

الاتفاق على مجموعة مشتركة من المؤشرات وتحديث تلك التي تبيّنت فيها أوجه الخلل. نحن بحاجة إلى مجموعة مؤشرات متفق عليها دوليًا للأخطار والمخاطر ومواطن الضعف. ويجب أن تكون سهلة المشاركة والفهم، بما في ذلك من قبل الجهات الفاعلة المحلية، وأن تكون قابلة للتكيف مع مجموعة واسعة من حالات الطوارئ والكوارث.

بناء أنظمة متكاملة لبيانات الأزمات والاستثمار في الموارد البشرية المسؤولة عن تحليلها ونشر نتائجها. يجب أن تجمع هذه الأنظمة بيانات مفيدة عن الأخطار المتعددة التي تواجهها المجتمعات المحلية وتأثيراتها، وعن الأشخاص الأكثر عرضة للخطر. واستجاباتنا المجتمعية. وقد أثبت الرصد المجتمعي قيمته مرة أخرى خلال جائحة كوفيد-19، لذلك يجب توسيع نطاقه وإدماجه في النظم الصحية الأوسع نطاقًا. ويجب أيضًا توحيد تنسيقات البيانات قدر الإمكان لتمكين المقارنة والتراكب السهل لمجموعات البيانات المتعددة. علاوةً على ذلك، من الضروري جمع المزيد من البيانات الاجتماعية والنوعية لفهم احتياجات الناس وسياقاتهم ومواقفهم، فهذه البيانات الاجتماعية هي الأساس الوحيد الذي سيمكن تصميم الاستجابات بشكل مناسب.

ضمان استرشاد جمع البيانات واستخدامها واتخاذ القرارات بالآراء والتغذية الراجعة من المجتمع المحلي. يجب أن يكون للمجتمعات المحلية دور قوي في جمع بيانات الأزمات وتحليلها واستخدامها، وأن يكون لدى الجميع إمكانية الوصول إلى العالم الرقمي ليتمكنوا من التحكم ببياناتهم ومنع الاستبعاد الرقمي. تجدر الإشارة إلى أنه من الضروري جمع بيانات التغذية الراجعة من المجتمع المحلي خلال جميع مراحل إدارة الطوارئ، وأخذها بالاعتبار وتنفيذها. تحقيقًا لهذه الغاية، يجب أن تكون فرق إدارة الطوارئ أكثر استجابةً ومرونةً، خاصةً وأن دمج وجهات نظر المجتمع المحلي في عملية صنع القرار يتطلب جهودًا منسقة واستدامة مالية وتعزيز قدرات المنظمات المحلية والنظم المجتمعية على المدى الطويل.

- Baggio O (2021) **What's missing to stop a pandemic: Three lessons learnt**. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/whats-missing-stop-pandemic-three-lessons-learnt-ombretta-baggio/>
- Cohen J and Kupferschmidt K (2020) Countries test tactics in 'war' against COVID-19. **Science**, 367(6484), pp. 1287-8. <https://doi.org/10.1126/science.367.6484.1287>
- Community Engagement Hub (no date) <https://www.communityengagementhub.org/>
- CRAF'd (The Complex Risk Analytics Fund) (no date) <https://crafd.io/>
- DEEP (Data Entry and Exploration Platform) (no date) <https://thedeep.io/>
- DesInventar (no date) **DesInventar as a Disaster Information Management System**. <https://www.desinventar.net/whatisdesinventar.html>
- Earle-Richardson G et al (2021) New Mixed Methods Approach for Monitoring Community Perceptions of Ebola and Response Efforts in the Democratic Republic of the Congo. **Global Health: Science and Practice**, 9(2), pp. 332-43. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-2100144->
- EC DRMKC (European Commission Disaster Risk Management Knowledge Centre) (no date) **INFORM Epidemic Risk Index**. <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/INFORM-Risk/INFORM-Epidemic-Risk-Index>
- Elhakim M et al (2020) COVID-19 pandemic in Djibouti: Epidemiology and the response strategy followed to contain the virus during the first two months, 17 March to 16 May 2020. **PLoS One**, 15(12), e0243698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243698>
- EM-DAT (no date a) <https://www.emdat.be/>
- EM-DAT (no date b) **Classification**. <https://www.emdat.be/explanatory-notes>
- FIND (no date) **SARS-CoV-2 Test Tracker**. <https://www.finddx.org/covid-19/test-tracker/>
- Flood Resilience Portal (no date) **How we measure community flood resilience**. https://floodresilience.net/frmc_story/
- GDPIC (Global Disaster Preparedness Center) (no date) **Common Alerting Protocol Implementation**. <https://preparecenter.org/initiative/common-alerting-protocol-implementation/>
- Global Health Security Index (2021) **2021 Global Health Security Index**. <https://www.ghsindex.org/>

Google Play (no date) **V-Community**. <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.ifrc.vcommunity&hl=en&gl=US>

Hankey WW (2020) **Data, decisions and Strategy 2030: Creating a data-driven decision space**. <https://welearn2change.org/wp-content/uploads/202011/IFRC-Decision-making-2020.pdf>

Havers FP et al (2022) COVID-19-Associated Hospitalizations Among Vaccinated and Unvaccinated Adults 18 Years or Older in 13 US States, January 2021 to April 2022. **JAMA Internal Medicine**, 182(10), pp. 1071-81. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.4299>

IFRC (2020a) **Philippines Red Cross urges greater vigilance as COVID-19 cases fill hospitals**. <https://www.ifrc.org/press-release/philippines-red-cross-urges-greater-vigilance-covid-19-cases-fill-hospitals>

IFRC (2020b) **World Disasters Report 2020: Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together**. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>

IFRC (no date a) **Epidemic and Pandemic Preparedness**. <https://www.ifrc.org/epidemic-and-pandemic-preparedness>

IFRC (no date b) **PAPE messages: Preparing your family and home**. <https://www.ifrc.org/pape-messages-preparing-your-family-and-home>

IFRC (no date c) **Vulnerability Capacity Assessment (VCA)**. <http://vcarepository.info/>

IFRC (no date d) **Volunteer stories on the frontlines of COVID-19 amid a complex humanitarian crisis in Lebanon**. Available on request.

IFRC Alert Hub (no date) <https://alerthub.ifrc.org/about>

IFRC FDRS (Federation-wide Databank and Reporting System) (no date) <https://data.ifrc.org/fdrs/>

IFRC GO (no date a) <https://go.ifrc.org/>

IFRC GO (no date b) **Global: COVID-19 pandemic**. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#details>

IFRC GO (no date c) **Global: COVID-19 pandemic: Additional information**. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#additional-information>

IFRC GO (no date d) **Preparedness for Effective Response (PER)**. <https://go.ifrc.org/preparedness#operational-learning>

IFRC GO blog (2020) **GO in the time of COVID-19**. <https://ifrcgoproject.medium.com/go-in-the-time-of-covid-19-eb5152b33640>

IFRC GO blog (2021) **GO in the time of COVID-19, cont.** <https://ifrcgoproject.medium.com/go-in-the-time-of-covid-cont-edda382758f5>

IFRC Health & Care (2020) **Community-Based Surveillance Guide COVID-19**. <https://preparecenter.org/resource/community-based-surveillance-guide-covid-19/>

IFRC VCA (no date) **Enhanced Vulnerability and Capacity Assessment**. <https://www.ifrcvca.org>

Johns Hopkins University (no date) **COVID-19 Dashboard**. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Johnston A (2022) **Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response**. IFRC. Forthcoming.

Kang JH et al (2020) South Korea's responses to stop the COVID-19 pandemic. **American Journal of Infection Control**, 48(9), pp. 1080-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.003>

Learn to Change (no date) <https://welearntochange.org/>

Maazou A A et al (2021) Community-based surveillance contribution to the response of COVID-19 in Niger. **Pan African Medical Journal**, 40, 88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34909077/>

Majeed A et al (2020) Can the UK emulate the South Korean approach to covid-19? **BMJ**, 369, m2084. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2084>

McGowan CR et al (2022) Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. **BMJ Global Health**, 7, e009934. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022009934->

McKay G et al (2022) 'The response is like a big ship': community feedback as a case study of evidence uptake and use in the 2018-2020 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo. **BMJ Global Health**, 7, e005971. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021005971->

Morens DM et al (2020) The Origin of COVID-19 and Why It Matters. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 103(3), pp. 955-9. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.200849->

Mremi IR et al (2021) Twenty years of integrated disease surveillance and response in Sub-Saharan Africa: challenges and opportunities for effective management of infectious disease epidemics. **One Health Outlook**, 3, 22. <https://doi.org/10.1186/s425229-00052-021->

Nextstrain (no date) **Genomic epidemiology of SARS-CoV-2 with subsampling focused globally over the past 6 months**. <https://nextstrain.org/ncov/open/global/6m>

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016) **Improving the Evidence Base on the Costs of Disasters: Key findings from an OECD survey**. <https://www.oecd.org/gov/risk/Issues-Paper-Improving-Evidence-base-on-the-Costs-of-Disasters.pdf>

Planetary Health Alliance (no date) **Planetary Health**. <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>

Philippine Red Cross (2021) **Sen. Dick Gordon leads Philippine Red Cross as they surpass 4m COVID tests**. <https://redcross.org.ph/202101/09//sen-dick-gordon-leads-philippine-red-cross-as-they-surpass-4m-covid-tests/>

Philippine Red Cross (2022) **Saliva RT-PCR test**. <https://redcross.org.ph/covid19/saliva-test/>

RCCE Collective Service (no date a) <https://www.rcce-collective.net/>

RCCE Collective Service (no date b) **Understanding context, vulnerability and inequality in public health and humanitarian emergencies**. https://ifrcorg.sharepoint.com/p:/r/sites/IFRCSharing/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C0CE40F-3CB08-4507-DE61-E2C0F3579417%D&file=SST-RCCE_PPT_module_2.1_revised.pptx&action=edit&mobileredirect=true&cid=f6447b6e-ba4245-f6481-9128-f8caf0bea

Senge P (1990) **The Fifth Discipline: The art & practice of the learning organization** (second edition). Random House Business.

The Lancet (2015) **Planetary Health**. <https://www.thelancet.com/infographics-do/planetary-health>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2015) **Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2015: Making Development Sustainable: The future of disaster risk management**. <https://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2015/en/home/index.html>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2020) **Monitoring the Implementation of Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030: A Snapshot of Reporting for 2018**. <https://www.undrr.org/publication/monitoring-implementation-sendai-framework-disaster-risk-reduction-20152030--snapshot>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2022) **Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022**. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2022>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (no date) **UNICEF DATA**. <https://data.unicef.org/>

US EPA (United States Environmental Protection Agency) (no date) **Community Health Vulnerability Index Provides Public Health Tool to Protect Vulnerable Populations from Impaired Air**. <https://www.epa.gov/air-research/community-health-vulnerability-index-provides-public-health-tool-protect-vulnerable>

Wallemacq P and House R (2018) **Economic losses, poverty & disasters: 1998-2017**. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). <https://www.undrr.org/publication/economic-losses-poverty-disasters-19982017->

WHO (World Health Organization) (no date) **Republic of Korea (WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard)**. <https://covid19.who.int/region/wpro/country/kr>

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2022) **Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake WHO position paper - May 2020**. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720224-209->

World Bank (2018) **Global Crisis Risk Platform (English)**. <http://documents.worldbank.org/curated/en/762621532535411008/Global-Crisis-Risk-Platform>

World Bank (2021) **World Development Report 2021: Data for Better Lives**. <https://wdr2021.worldbank.org/>

World Bank Data Catalog (no date) <https://datacatalog.worldbank.org/home>

Worobey M et al (2022) The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. **Science**, 377(6609), pp. 951-9. <https://doi.org/10.1126/science.abp8715>



**القوانين والسياسات
هي أساس الاستجابة
الناجحة لحالات الطوارئ
الصحية العامة**

زيمبابوي 2022 د. تاكوندا تاواندا، نائب الطبيب الممارس
المسؤول في عيادة جمعية الصليب الأحمر الزيمبابوي في هراري.
تدير الجمعية العيادة في الوسط التجاري للعاصمة هراري.
وتقدم من خلالها خدمات طبية عالية الجودة وميسورة التكلفة
لأفراد المجتمع المحلي، بما في ذلك الاستشارات الطب العام،
والأشعة، والمختبرات، وطب الأسنان، والأشعة السينية، وطب
النساء، والعلاج الطبيعي، والاستشارات، وصيدلية. © فيكتور
لاك / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

القانون والطوارئ الصحة العامة



المحتويات

181	مقدمة
182	1.6 ما شهدناه: وضع قوانين الطوارئ الصحية العامة على عجل
183	2.6 ما تعلّمناه: الافتقار إلى التأهب القانوني على المستويين الدولي والمحلي
188	3.6 ما علينا القيام به: تحسين التأهب القانوني باستمرار
193	التوصيات الرئيسية

مقدمة

كشفت جائحة كوفيد-19 عن أوجه القصور الخطيرة في التأهب القانوني للطوارئ الصحية العامة. على الصعيدين الدولي والمحلي، والتي تمتد إلى محتوى الصكوك القائمة وتنفيذها. وقد ساهمت الأطر القانونية غير الملائمة في تحوّل جائحة كوفيد-19 إلى حالة طوارئ صحية مطوّلة. ومع ذلك، لا يخلو الأمر من متّسع للتفاؤل، فقد عزّزت جائحة كوفيد-19 الاعتراف بأهمية التأهب القانوني لحالات الطوارئ، الذي كان مهملاً في مجال الصحة، وساعدت في تحديد مجالات التحسين، ولا سيّما من خلال تسليط الضوء على الفجوات في محتوى اللوائح الصحية الدولية (2005) وفي الامتثال لها. وتُعَدّ المفاوضات الجارية لوضع صكّ دولي جديد وواسع النطاق بشأن الجوائح فرصة لتعزيز التأهب القانوني الدولي للطوارئ الصحية العامة، استناداً إلى الدروس المهمة المستفادة من جائحة كوفيد-19. إلّا أنّ الجهود الدولية الرامية إلى تعزيز التأهب القانوني ينبغي أيضاً تكرارها على المستوى المحلي، بدعم مالي وتقنيّ من المجتمع الدولي عند الحاجة، إذا ما أريد لها أن تُترجم إلى إجراءات عملية.

التعاريف

القوانين والأطر القانونية: ينظر هذا الفصل في دور القانون في حالات الطوارئ الصحية العامة. يُستخدم مصطلحا «القانون» و«الإطار القانوني» بشكل متبادل للإشارة إلى أي نوع من النصوص القانونية، سواء أكانت محلية أو دولية. ويناقش الفصل أيضاً النصوص غير القانونية، لا سيما السياسات وخطط الطوارئ، التي تُشكّل جزءاً لا يتجزأ من إطار الحوكمة للطوارئ الصحية العامة.

التسهيلات القانونية: هي حقوق قانونية خاصة تُقدّم لمنظمة معيّنة (أو لفئة من المنظمات) للسماح لها بإجراء عملياتها بفعالية وكفاءة. وقد تتخذ التسهيلات القانونية شكلَ الحقوق الإيجابية (أي حقّ القيام بأمر ما)، أو إمكانية الوصول إلى إجراءات تنظيمية مبسّطة وسريعة، أو إعفاءات من القوانين العادية (IFRC, 2021).

1.6 ما شهدناه

وضع قوانين الطوارئ الصحية العامة على عجل

كما نوقش في الفصول السابقة، كشفت جائحة كوفيد-19 عن الانتشار الواسع لأوجه القصور الخطيرة في الجهود الرامية إلى منع المخاطر الصحية والتأهب لحالات **الطوارئ الصحية العامة**.

في العديد من البلدان، وفي الأشهر الأولى من انتشار الجائحة على وجه الخصوص، اتّسمت الاستجابة بالفوضوية وعدم الانتظام. وكما نوقش في القسم 1.1.1 من الفصل 1، كافحت الجهات الفاعلة الحكومية لتنسيق الإجراءات ووضع استراتيجيات تواصل فعّالة وميسّرة. ووجد كلّ من الأنظمة الصحية والعاملين في مجال الصحة أنفسهم أمام أعداد هائلة من الحالات التي تستدعي الدخول إلى المستشفى، ونقص عالمي في الإمدادات الصحية مثل الأوكسجين ومعدات الوقاية الشخصية، وقتلة عدد الموظفين، وبروتوكولات الطوارئ غير الكافية.

تُعَدّ الفجوات في محتوى القوانين والسياسات وتنفيذها على المستويين الدولي والمحلي من الأسباب الجذرية للفوضى. وتتمتع الأطر القانونية بالقدرة على خلق بيئة ملائمة لمنع الطوارئ الصحية العامة، والتأهب لها، والاستجابة لها، والتعافي منها بصورة فعّالة وفي الوقت المناسب. فالقانون الدولي يستطيع إنشاء التزامات متبادلة تفرض على الدول التعاون والتنسيق في ما بينها لإدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة. في هذه الأثناء، تستطيع القوانين الوطنية ودون الوطنية إنشاء هيكل للأنظمة المحلية والشاملة والفعّالة اللازمة لإدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة. بالإضافة إلى التخفيف من حدة العديد من التحديات الرئيسية التي تجري مناقشتها في هذا التقرير، من ضمان الوقاية والتأهب الفعّالين (راجع الفصل 1) إلى تسهيل مشاركة الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية (الفصل 2) وحماية الفئات الضعيفة من التأثيرات الصحية والسياسية الاقتصادية المتفاوتة (الفصل 4). ومع ذلك، لم يتم تنفيذ هذه الإمكانيات، ما ساهم في ضعف قدرة الدولة على مواجهة جائحة كوفيد-19.

عند بداية جائحة كوفيد-19، توجّب على الدول وضع قوانين جديدة بسرعة هائلة، في معظم الأحيان من دون توفّر الوقت الكافي لإجراء المناقشات أو الاستشارات المتعمّقة مع الخبراء والجهات المعنية. وفي حين أنّ جزءاً من سنّ قوانين الطوارئ قد يكون حتمياً في وجه الطوارئ الكبرى، فرضت نقاط الضعف والفجوات في القوانين القائمة تخصيص حيز كبير لسنّ قوانين الطوارئ، ونتيجة تطوّر هذه القوانين الجديدة بشكل سريع، تضمّنت بعض الفجوات والعواقب غير المتوقعة، ما قوّض فعالية هذه الاستجابة. في هذا الفصل، سنُعرض أهمّية الاستثمار في **التأهب القانوني** للطوارئ الصحية العامة بهدف تجنّب تكرار هذه الأخطاء عند حدوث الجوائح والأوبئة في المستقبل.

2.6 ما تعلّمناه

الافتقار إلى التأهب القانوني على المستويين الدولي والمحلي

في منتصف عام 2021، صدر تقريران يهدفان إلى تحليل سير الأطر القانونية الدولية والمحلية في خلال جائحة كوفيد-19، فوثقا العديد من الإخفاقات.

أولاً، نشرت لجنة المراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية، والتي أسسها المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، تقريراً حول تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في خلال الاستجابة لوباء كوفيد-19 (WHO, 2021).

ثانياً، نشر الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر تقريراً بعنوان «القانون والتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها: الدروس المستخلصة من جائحة كوفيد-19» (IFRC, 2021). تستند الأقسام التالية من هذا الفصل إلى هذين التقريرين لتحديد بدورها نقاط الضعف والفجوات في الأطر القانونية والسياسات المحلية والدولية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.

1.2.6 نقاط الضعف والفجوات في القوانين والسياسات المحلية

استنتج كلٌّ من تقرير لجنة المراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن وباء كوفيد-19 وتقرير الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بشأن القانون والطوارئ الصحية العامة أنّ الأطر القانونية المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في العديد من الدول بالية أو غير مناسبة للغرض عند وقوع جائحة كوفيد-19 (IFRC, 2021؛ WHO, 2021). فالقوانين في بعض البلدان ترجع إلى أوائل القرن العشرين أو حتى أواخر القرن التاسع عشر (IFRC, 2021). وقد حدّد تقرير الاتحاد الدولي بشأن القانون والطوارئ الصحية العامة، القائم على البحث في مجموعة مؤلفة من 32 دولة، نقاط الضعف والفجوات في الأطر القانونية والسياسات المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة.

• **الحاجة إلى المزيد من التكامل:** في معظم الحالات، تُدار الطوارئ الصحية العامة بواسطة مزيج من قوانين الكوارث العامة وقوانين الطوارئ الصحية العامة المحددة (IFRC, 2021)، ولا بدّ من التكامل بين هذين النوعين المختلفين من القوانين لتجنّب النزاع أو الازدواجية أو الفجوات في الترتيبات العملية التي يفرضها (مثل القيادة، والأدوار والمسؤوليات، وآليات التنسيق) (IFRC, 2021). وكما نوقش في الفصل 1، يُعدّ التكامل أساسياً أيضاً من أجل وضع نظام للأخطار المتعدّدة، يستطيع إدارة المخاطر المتزايدة والمركّبة والمتداخلة.

• **قوائم بالأمراض المحدّدة:** تتمتع بعض الدول بقوانين تستهدف قائمة من الأمراض المحدّدة، وتشمل في بعض الأحيان أمراضاً لم تعد منتشرة (مثل الجدري) (IFRC, 2021). وإذا طُبّق قانون على لائحة من الأمراض المحدّدة فحسب، فلا يمكن الاستفادة منه لمعالجة مخاطر صحية جديدة أو ناشئة مثل وباء كوفيد-19.

• **الافتقار إلى الأحكام المتعلقة بالوقاية والتعافي:** في حين أنّ القوانين و/أو السياسات المحليّة تُستخدم إجمالاً لمعالجة التّأهب والاستجابة للطوارئ الصحية العامة، تبقى مرحلتا الوقاية والتعافي غائبتين بشكل ملحوظ عن قوانين العديد من الدول وسياساتها (IFRC, 2021). وكما نوقش في الفصل 1، يُعد هذا إغفالاً رئيسياً لأنّ العديد من المخاطر الصحيّة، وتشمل الأمراض الناجمة عن مصادر حيوانية، يمكن الوقاية منها.

• **الحاجة إلى المزيد من أحكام التّأهب المفصّلة:** في حين أنّ القوانين و/أو السياسات تضع بعض الأحكام المتعلقة بالتّأهب للطوارئ الصحية العامة، يمكن إيجاد أحكام أوضح وأكثر تفصيلاً، وتشمل مهام التّأهب القابلة للتنفيذ (مثل التخطيط لحالات الطوارئ والتدريب) الموجهة إلى الجهات الفاعلة الرئيسية (IFRC, 2021). كما نوقش في الفصل 1، يُعدّ تعزيز التّأهب أساسياً لأنّ الوقاية لها حدود، فعلى الرغم من الجهود المبذولة، لا مفرّ من تفشّي بعض الأمراض.

• **غياب نهج شامل للحكومة والمجتمع:** نادراً ما تنصّ الأطر القانونية والسياساتية المحليّة صراحةً على مشاركة الجهات الفاعلة غير الحكومية في التّأهب والاستجابة للطوارئ الصحية العامة من خلال تخصيص الأدوار والمسؤوليات الرسمية أو إدراجها في آليات التنسيق على سبيل المثال. وتُعدّ هذه الفجوة كبيرةً نظرًا إلى أنّ الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية ينبغي أن تكون محور الوقاية والتّأهب والاستجابة للأوبئة والجوائح، كما نوقش في الفصل 2.

بالإضافة إلى نقاط الضعف والفجوات العامة هذه، نتجت بعض التحديات العملية التي ظهرت في خلال الجائحة بشكل أساسي عن الافتقار إلى الاستثناءات من قوانين "الوضع المعتاد". في بعض البلدان، منعت قوانين الإدارة المالية العامة وقوانين الاشتراء التّجنّع السريع لشراء الأدوية والمنتجات الطبية (WHO, 2021). وقد أعاقت قوانين الترخيص المهنيّ الجهود المبذولة للاستفادة القصوى من القوى العاملة الصحية، إذ منعت الممارسين من التّنقّل بين الولايات القضائية دون الوطنية المختلفة، والممارسين المتقاعدين وطلاب السنة النهائية من ممارسة المهنة (WHO, 2021).

في بعض الأحيان، تضمّنت القوانين التي بدأ العمل بها بشكل سريع للاستجابة إلى جائحة كوفيد-19 بعض الفجوات والعواقب غير المتوقّعة، مؤدّيةً في النهاية إلى تقويض فعالية الاستجابة. على سبيل المثال، لم تتضمّن عمليات الإغلاق، وإغلاق الحدود، والقيود على الصادرات دائماً إعفاءات للجهات الفاعلة في المجال الإنساني (مع أنّ الاستثناءات كانت تُعطى للعاملين في الخطوط الأمامية مثل الطاقم الطبي). وقد أعاق ذلك قدرة الجهات الفاعلة في المجال الإنساني على مساعدة الفئات الأكثر احتياجاً، سواء لجهة جائحة كوفيد-19 أو غيرها من الكوارث والأزمات الكثيرة التي لم تتوقّف (IFRC, 2021). ونجمت عن هذه القيود آثار سلبية على الفئات الضعيفة، ومنها تقييد النفاذ إلى الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السنّ، أبقت المهاجرين عالقين بلا أيّ مصدر لكسب العيش وشكّلت عائقاً أمام الأشخاص الهاربين من العنف المنزلي (IFRC, 2021).

أخيراً، أشار تقرير لجنة لانسييت المعنون «دروس للمستقبل من جائحة كوفيد-19» إلى وجود فشل ذريع في صياغة السياسات التي تعالج آثار الجائحة غير المتساوية (Sachs et al, 2022). وبالفعل، كما نوقش في الفصل 4، تركّزت أشدّ آثار جائحة كوفيد-19 على الفئات الضعيفة التي كانت أصلاً مهملة، فعانت آثاراً صحيّة واجتماعيّة اقتصاديّة غير متكافئة. وفي ما يخصّ هذه النقطة، أوضح تقرير الاتحاد الدولي بشأن القانون والطوارئ الصحية العامة أنّ التدابير القانونية والسياساتية التي اتّخذت لحماية الفئات الضعيفة ومساعدتها كانت أكثر انتشاراً في الدول الغنية بالموارد، وكان لا بدّ من اتخاذها من خلال وضع القوانين والسياسات الجديدة سريعاً، بدلاً من الاعتماد على الأحكام القائمة (IFRC, 2021).

2.2.6 نقاط الضعف والفجوات في القانون الدولي

عند وقوع جائحة كوفيد-19، ظهرت أيضًا نقاط ضعف وفجوات جوهرية في إطار القانون الدولي المتعلق بالطوارئ الصحية العامة. وتُعَدُّ اللوائح الصحية الدولية (2005) أهم صك دولي يتعلق بالطوارئ الصحية العامة، وهي معاهدة دولية ملزمة قانونًا لـ 196 دولة، منها الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية البالغ عددها 194 دولة. ويتمثل هدف اللوائح الصحية الدولية الرئيسي في منع انتشار المرض على الصعيد الدولي والوقاية منه ومكافحته وتوفير استجابة صحية عامة للانتشار الدولي للمرض (IHR, 2005). للأسف، فقد قوّضت الفجوات في محتوى هذه اللوائح وتنفيذها عملية إدارة جائحة كوفيد-19.

تقتضي اللوائح الصحية الدولية من الدول الأطراف تنفيذ «القدرات الأساسية» (IHR, 2005، المادة 13(1)، المرفق 1(أ)) لمراقبة الأحداث الصحية العامة والاستجابة لها، والتي لو تُقَدَّت بصورة تامة لعزّزت تأهب هذه الدول للجائحة. ومع ذلك، ظهرت أوجه قصور واسعة النطاق على صعيد تنفيذ الدول للقدرات الأساسية، على الرغم من أنّ الموعد النهائي لتنفيذها الكامل كان في شهر حزيران 2012 (WHO, 2011; WHO, 2015; WHO, 2016; WHO, 2021; Bartolini, 2021). وتكشف البيانات المبلغ عنها ذاتيًا عن أوجه النقص الجارية: ففي عام 2021، بلغ متوسط معدل تنفيذ القدرات الأساسية الـ 13 نسبة 65% (e-SPAR, no date). وتعود أوجه القصور في تنفيذ اللوائح جزئيًا إلى افتقارها إلى آليات الإنفاذ؛ أي أنّها «عديمة الفعالية» (e-SPAR, no date).

أشار تقرير لجنة المراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن وباء كوفيد-19 أنّ مستويات التأهب الوطني في "الغالبية العظمى" من البلدان تُعَدُّ متدنية أو معتدلة. وحدّد الفجوات الحاسمة في الحوكمة، والقدرة دون الوطنية، ووظائف الصحة العامة الأساسية مثل الفحوصات، وتتبع المخالطين، والعلاج (WHO, 2021). وخلصت اللجنة إلى أنّ عدم تقيد الدول الأعضاء ببعض الالتزامات بموجب اللوائح، ولا سيّما بخصوص التأهب، قد ساهم في تحوّل جائحة كوفيد-19 إلى حالة طوارئ صحيّة مطوّلة (WHO, 2021). وعبّرت اللجنة أيضًا عن مخاوفها بشأن الالتزامات المتعلقة بتقاسم المعلومات بموجب اللوائح الصحية الدولية، مشيرةً إلى الحاجة إلى تجديد الالتزام بخصوص أحكام الإخطار بموجب هذه اللوائح، ويشمل ذلك توفير الدول الأعضاء للمعلومات الكافية لصالح منظمة الصحة العالمية (WHO, 2021).

بالإضافة إلى نقاط الضعف هذه على صعيد تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، ثمة فجوات في محتوى المعاهدة بحدّ ذاتها. فقد أشار تقرير لجنة المراجعة المعنية باللوائح إلى أنّ العديد من العناصر الضرورية لإدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة لا تغطيه اللوائح (WHO, 2021). وتشمل الفجوات في هذه اللوائح:

- الوقاية من المخاطر الحيوانية المصدر وإدارتها في إطار «نهج الصحة الواحدة».
- التخطيط والتأهب للطوارئ الصحية الوطنية المنسق بصورة شاملة للحكومة والمجتمع.
- تقاسم المنافع مع البلدان المحتاجة (مثل النفاذ إلى مضادات الفيروسات، واللقاحات، وغيرها من التدابير المضادة الطبية).
- مشاركة مسببات الأمراض، والعينات، والمعلومات حول التسلسل الجيني (WHO, 2021).

في هذه الأثناء، أشار تقرير الاتحاد الدولي بشأن القانون والطوارئ الصحية العامة إلى فجوة مهمّة أخرى في اللوائح. فالقدرات الأساسية لا تشير إلى الحاجة إلى أن تضع السلطات المحلية نظامًا للإنذار المبكر يهدف ضمان إنذار عامة الشعب بشكل مبكر بالمخاطر الصحية، بصورة واضحة وقابلة للتنفيذ (IFRC, 2021). ويُعَدُّ ذلك إغفالاً مهمًا نظرًا إلى أهمية الإنذار المبكر لمنع انتشار الأمراض المعدية أو إعاقتها. بالتالي، حتى لو التزمت جميع الدول الأعضاء بتنفيذ اللوائح، فإنّ ذلك لن يكفي لضمان إدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة على المستوى العالمي بشكل فعّال.





إيطاليا 2020 بطلب من السلطات الإيطالية، يعمل الصليب الأحمر الإيطالي على متن عبّارة روباتينو ويقدم الرعاية لـ 183 مهاجرًا أنقذهم قاربان في البحر الأبيض المتوسط وهم حاليًا في الحجر الصحي. يقدم فريق الصليب الأحمر الإيطالي مجموعة واسعة من الخدمات، تشمل الصحة، والدعم النفسي، واختبارات كوفيد-19، وإعادة الروابط العائلية، والواسطة الثقافية، وتوزيع أدوات النظافة الصحية والأقنعة، وتوزيع المواد الغذائية. © الصليب الأحمر الإيطالي

3.6 ما علينا القيام به تحسين التأهب القانوني باستمرار

يستطيع القانون الدولي والمحلي توفير الأساس اللازم للوقاية من الطوارئ الصحية العامة والتهب والاستجابة لها والتعافي منها بفعالية وسرعة أكبر بكثير. لتحقيق ذلك، لا بد من الاستثمار في **التأهب القانوني** للطوارئ الصحية العامة. ويشير التأهب القانوني إلى وجود القوانين والسياسات والخطط المصممة والمفهومة والمنفذة كما يجب، تتعلق بالطوارئ الصحية العامة. وتجدر الإشارة إلى أن التأهب القانوني ليس نتيجةً فحسب، بل عملية مستمرة تنطوي على مراجعة القوانين وتحديثها وضمان تنفيذها دائمًا بصورة كاملة (IFRC, 2022).

على المستوى المحلي، يشير التأهب القانوني إلى وضع القوانين والسياسات والخطط التي تبني الهيكل اللازم لإنشاء نظام شامل لإدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة. ولهذه الغاية، تحتاج القوانين المحلية إلى تخصيص الأدوار والمسؤوليات الواضحة، وإنشاء آليات للتنسيق، وآليات لمواجهة حالات الكوارث/الطوارئ، وتخصيص الموارد المالية، إلى جانب جملة من الأمور الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تتضمن الأحكام القانونية اللازمة لتخفيف المشاكل القانونية المشتركة التي تنشأ في خلال الطوارئ الصحية العامة. في الكثير من الأحيان، ينطوي ذلك على استثناءات موجهة من قوانين "الوضع المعتاد"، لتتبع توفر العدد الكافي من موظفي الإغاثة والسلع والمعدات، ما دامت الشواغل الصحية الحقيقة لا تكفي للوقاية.

يُعدّ تحقيق التأهب القانوني المحلي عمليةً مستمرةً تنطوي على المراجعة والتحديث المنتظمين للقوانين والسياسات والخطط المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة. وينبغي على الحكومات أن تراجع هذه الصكوك وتحديثها دوريًا (مرة كل خمس سنوات على سبيل المثال) لضمان ألا تصبح بالية (IFRC, 2022). ولا بد أن يتم ذلك بعد حدوث حالة طوارئ صحية. لتحديد الدروس المستفادة وتنفيذها (IFRC, 2022). على سبيل المثال، بعد انتشار ظاهرة الشرق الأوسط التنفسية عام 2015، أجرت جمهورية كوريا بعض الإصلاحات، ما أدى إلى ارتفاع نسبة التأهب القانوني في البلاد لمواجهة وباء كوفيد-19 (راجع المربّع 6.1، دراسة حالة: التأهب القانوني آتى ثماره عند وصول وباء كوفيد-19 إلى جمهورية كوريا). بالإضافة إلى ذلك، بما أن فعالية القوانين مرهونة بفعالية تنفيذها، ينبغي على الحكومات أن تضمن تنفيذها بصورة كاملة من خلال وضع الإجراءات التشغيلية، وتدريب الجهات الفاعلة (ولا سيما بخصوص أدوارها ومسؤولياتها)، ونشر الوعي وزيادته لدى الشعوب (IFRC, 2022).

طوّر الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أداةً تقييمية لتوجيه مراجعة القوانين والسياسات والخطط القائمة والمتعلقة بالطوارئ الصحية العامة، سُمّيت بـ «توجيهات بشأن القانون والتأهب للطوارئ الصحية العامة والاستجابة لها» (توجيهات الطوارئ الصحية العامة) (IFRC, 2022). تهدف هذه التوجيهات إلى مساعدة صانعي القرار المحليين في تحديد القضايا القانونية والسياساتية الحرجة، وتقييم مدى معالجة هذه القضايا بواسطة القوانين والسياسات القائمة. وتتضمن هذه التوجيهات تسع مسائل أساسية، لكل منها سبب، ومجموعة من الأسئلة الفرعية الموجهة، وقائمة بالقوانين والسياسات التي ينبغي النظر فيها. حين يستكمل بلد ما تقييمه باستخدام توجيهات الطوارئ الصحية العامة أو غيرها من الوثائق التوجيهية المناسبة، يمكنه تحديد نقاط الضعف والفجوات التي ينبغي معالجتها، سواء من خلال تعديل القوانين والسياسات أو وضعها من جديد (WHO, 2009a: WHO, 2009b: WHO, 2009c).

”

التأهب القانوني ليس نتيجةً
فحسب، بل عمليةً مستمرةً تنطوي
على مراجعة القوانين وتحديثها
وضمن تنفيذها دائماً بصورة كاملة.

“





هولندا 2020 جرى تحويل صالة المناسبات هذه في مدينة ماستريخت في هولندا إلى وحدة استشفاء مؤقتة لمرضى كوفيد-19 في حال احتفاظ المستشفيات الأخرى في المنطقة، وهي تتضمن قراية 280 سريرًا مجهزًا بالكامل. سوف يدعم متطوعو الصليب الأحمر طاقم التمريض عبر تنفيذ أنشطة غير طبية، مثل توزيع الوجبات إلى المرضى وضمان راحتهم. © آري كيفيت / الصليب الأحمر الهولندي

على المستوى الدولي، يتطلب التأهب القانوني فئتين واسعتين من الالتزامات، فينبغي على المجتمع الدولي ضمان أن تتضمن الصكوك القانونية كليهما. أولاً، لا بد من وجود التزامات قانونية بشأن كيفية إدارة الدول للمخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة على أراضيها، وذلك لتوفير الحد الأدنى من الممارسات الجيدة وتجنب انتقال تلك المخاطر الصحية إلى الدول الأخرى. ويشمل ذلك، على سبيل المثال، الالتزامات تجاه التصدي لمخاطر نشوء الأمراض الحيوانية المصدر وانتقالها، وتوفير الإنذار المبكر للشعوب بالمخاطر الصحية الجديدة، أو المبادئ مثل الإنصاف، التي ينبغي أن توجه القوانين المحلية. ثانياً، تبرز الحاجة إلى الالتزامات القانونية الدولية للاحية تسهيل التعاون والتنسيق بين الدول من أجل إدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة. ويشمل ذلك مشاركة المعلومات والعينات الخاصة بمسببات الأمراض والمعلومات المتعلقة بالتسلسل الجيني والتشخيصات والعلاجات والتكنولوجيا، بالإضافة إلى وتسهيل النفاذ إليها. ينبغي أن تُنفذ هذه الالتزامات بالصورة المناسبة: فبناءً على تجربة اللوائح الصحية الدولية، قد يتطلب الأمر تعزيز الامتثال من خلال آليات التقييم الإلزامية الخارجية أو بين النظراء (WHO, 2021; IFRC, 2021).

ومن دواعي التفاؤل اليوم وجود مسعين لتحسين المرن القانوني الدولي. أولاً، تجري مناقشة صك قانوني دولي جديد ينظم الجوائح تحت رعاية هيئة التفاوض الحكومية الدولية التي أنشأتها جمعية الصحة العالمية في شهر ديسمبر/كانون الأول 2021 (WHA, 2021). وفي موازاة ذلك، فوضت جمعية الصحة العالمية الفريق العامل المعني بإجراء التعديلات على اللوائح الصحية الدولية (2005) بالنظر في إدخال التعديلات الموجهة إلى هذه اللوائح (WHA, 2022). وسوف تتوج هذه العمليات في عام 2024، حين يقدم الفريق العامل وهيئة التفاوض الحكومية تقريرهما إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والسبعين، إلى جانب اقتراح مجموعة من التعديلات الموجهة بشأن اللوائح الصحية الدولية ومشروع صك بشأن الجوائح (WHA, 2022; WHA, 2021).

من خلال هذه العمليات المتوازية، تتوفر أمام المجتمع الدولي فرصة لتعزيز التأهب القانوني الدولي للطوارئ الصحية العامة، استناداً إلى الدروس المهمة المستفادة من جائحة كوفيد-19. بالإضافة إلى معالجة الفجوات التي أشار إليها تقرير لجنة المراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن وباء كوفيد-19، لا بد لأي صك بشأن الجوائح:

- أن يتناول أولاً مسألة الإنصاف بمعناه الواسع، وليس على مستوى النفاذ إلى التدابير المضادة الطبية (مثل العلاجات والتشخيصات) فحسب، بل النفاذ إلى التدابير المضادة الصحية أيضاً، وهو مصطلح أعم ينطوي على المعلومات والرعاية الصحية الأولية (وغيرها). وعلى نحو مماثل، تشير معالجة مسألة الإنصاف بالمعنى الواسع إلى التسليم بالمحددات الاجتماعية للصحة والحاجة إلى التدابير القانونية والسياساتية المتعلقة بها في حالات الطوارئ الصحية العامة، بالإضافة إلى تأمين الحماية للنفاذ إلى الخدمات الصحية الأساسية، بغض النظر عن الوضع القانوني.
- أن يتناول ثانياً المبادئ الأساسية التي توجه الأطر القانونية والسياساتية، التي قد تتضمن، ضمن جملة من الأمور، الحاجة إلى الأطر الشاملة للمجتمع والحكومة، أو الحاجة إلى التسهيلات والحماية القانونية لصالح المستجيبين في الخطوط الأمامية، أو التزاماً بشأن الإنذار المبكر والعمل المبكر في البلدان.
- أن يسلّم أخيراً بأهمية المشاركة المجتمعية ودور الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية في إدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة، ويحدد ما قد يترتب على الأمر، مع مراعاة السياقات القانونية المحلية المتنوعة.

التأهب القانوني آتى ثماره عند وصول وباء كوفيد-19 إلى جمهورية كوريا

عندما ظهرت الإصابة الأولى بوباء كوفيد-19 في جمهورية كوريا في 20 يناير/كانون الثاني 2020، كانت البلاد مستعدة تمامًا للمواجهة، ويشمل هذا الاستعداد التأهب القانوني.

في جمهورية كوريا، يُعدّ قانون مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها القانون الرئيسي المتعلّق بالوقاية من الجوائح والتأهب والاستجابة لها. وقد أقرّ في العام 2010 لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) ووَقَر الأساس القانوني اللازم للاستجابة لانتشار ظاهرة الشرق الأوسط التنفسية عام 2015. للأسف، لم يعمل نظام الاستجابة للأمراض المعدية بفاعلية في بداية انتشار الظاهرة، فأصبحت الظاهرة الأكثر تفسّيًا في خارج الشرق الأوسط، إذ بلغ عدد الحالات المؤكّدة 186 حالة، وبلغ عدد الوفيات 38 حالة (Moon, 2021; WHO, no date; Yang et al, 2021).

- بعد ذلك، سارعت الجمعية العامة إلى تحديث هذا القانون من أجل تنفيذ الدروس المستفادة (MHW RoK, 2015). وترتكز التغييرات التي أجريت على القانون إلى الإصلاحات الشاملة التي تهدف إلى تعزيز نظام البلاد للوقاية من انتشار الأمراض والوقاية منها (Moon, 2021). وتشمل التغييرات الأساسية:
- وضع نظام معلومات يهدف إلى جمع المعلومات المتعلّقة بالأمراض المعدية وتحليلها بشكل منهجي.
- السماح لوزارة الصحة والرعاية الاجتماعية بتحديد الأمراض المعدية الجديدة بسرعة، فقد كانت هذه العملية تتطلّب ثلاثة أشهر، ما كان يؤدي إلى إبطاء تدابير الاحتواء.
- منح موظفي الحجر الصحي والمحقّقين في مجال الأوبئة صلاحية اتخاذ التدابير الفورية اللازمة لإيقاف انتشار الأمراض المعدية (مثل إلقاء السكان).
- السماح للحكومة بجمع المعلومات من المرضى والمؤسسات الطبية ومشاركتها على نطاق واسع، ويشمل ذلك مشاركتها مع الشعوب.
- اشتراط تعيين حدّ أدنى من المحققين في مجال الأوبئة على المستوى المركزي، وعلى مستوى المدن، وعلى مستوى المقاطعات (MHW RoK, 2015).

بحلول العام 2017، شهدت البلاد تحسّنًا كبيرًا. فقد أشار تقييم خارجي مشترك مع منظمّة الصحة العالمية إلى أنّ التأهب المذهل الذي باتت عليه ناتج عن تجربتها الحديثة في مواجهة انتشار ظاهرة الشرق الأوسط التنفسية عام 2015، وأنّها اليوم تتمتّع بقوانين وسياسات وخطط وأدلة شاملة سارية المفعول (WHO, 2017).

أتت جهود جمهورية كوريا ثمارها عندما ظهر وباء كوفيد-19. فقد نجحت البلاد في السيطرة على أعداد الحالات في شهري فبراير/شباط ومارس/آذار 2020 من دون اتّخاذ تدابير الإغلاق الصارمة (Yang et al, 2021). شكّلت إصلاحات عام 2015 عامل تمكين جوهري. فقد سمح القانون المُراجع لوزارة الصحة والرعاية الاجتماعية بتصنيف وباء كوفيد-19 سريعًا على أنّه مرض معدٍ جديد، كما ضمن وجود شبكة مؤلّفة من 134 محقّق في مجال الأوبئة على المستوى المركزي، وعلى مستوى المدن، وعلى مستوى المقاطعات، بدأت فورًا بالعمل، فتتبّعت انتشار الفيروس بدقة. سمح القانون المُراجع أيضًا للحكومة بجمع المعلومات من المرضى والمؤسسات الطبية ومشاركتها مع الشعوب، ما لم يكن ممكنًا لأسباب قانونية في خلال انتشار ظاهرة الشرق الأوسط التنفسية (Moon, 2021).

التوصيات الرئيسية

أن يعزّز المجتمع الدولي التأهب القانوني الدولي للطوارئ الصحية العامة. يتطلب ذلك تبني صكّ دولي جديد بشأن الجوائح وتحديث اللوائح الصحية الدولية لتدعيم الإدارة العالمية الفعالة والمنصفة للمخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة. ينبغي لأيّ صكّ جديد بشأن الجوائح أن يتناول الإنصاف بمعناه الواسع، ما يعزّز النفاذ المنصف إلى التدابير المضادة الصحية بين الدول وضمنها، وأن يثبّد على أهمية المشاركة المجتمعية ودور الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية في إدارة المخاطر الصحية والطوارئ الصحية العامة. وأخيرًا، ينبغي أن يحدّد المبادئ الأساسية التي توجّه الأطر القانونية والسياساتية الأساسية.

أن تعزّز الحكومات الوطنية ودون الوطنية التأهب القانوني المحلي للطوارئ الصحية العامة. يمكنها تحقيق ذلك من خلال مراجعة قوانينها وسياساتها وخططها وتحديثها لمعالجة نقاط الضعف والفجوات التي تمّ تحديدها. فريق قانون الكوارث في الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر على استعداد للعمل مع الحكومات لمراجعة الصكوك القائمة وتحديثها لضمان كونها مناسبة للغرض. على وجه التحديد، ينبغي تحديث الأطر القانونية والسياساتية المحلية المتعلقة بالطوارئ الصحية العامة في العديد من البلدان بهدف:

- تعزيز التكامل مع القوانين والسياسات العامة المتعلقة بالكوارث لتجنّب النزاع أو الازدواجية أو الثغرات في الترتيبات العملية التي تخلقها (مثل القيادة، والأدوار والمسؤوليات، وآليات التنسيق).
- كونها شاملة بما يكفي للتصدي للمخاطر الصحية المستجدة والناشئة بدلاً من تنطبق على قائمة من الأمراض المحددة فحسب.
- معالجة كافة جوانب إدارة الطوارئ الصحية العامة من الوقاية إلى التأهب والاستجابة والتعافي.
- تضمينها أحكامًا واضحة وأكثر تفصيلاً بشأن التأهب، وتشمل مطالبة الجهات الفاعلة الرئيسية قانونيًا بتنفيذ إجراءات التأهب الرئيسية وتزويدها بالدعم اللازم للتنفيذ (مثل التخطيط لحالات الطوارئ).
- تسهيل مشاركة جميع الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة (ولا سيّما الجهات الفاعلة والمجتمعات المحليّة) من خلال تخصيص الأدوار والمسؤوليات الرسمية، والإشراك في آليات التنسيق، والمشاورة.
- توفير التسهيلات القانونية لجميع المستجيبين في الخطوط الأمامية المعترف بهم، بما في ذلك الأطراف الفاعلة المحليّة المعتمدة مثل الجمعيات الوطنية، لتسهيل حركتهم وحركة السلع التي يحتاجونها، وإعطائهم الأولوية في النفاذ إلى المواد اللازمة للاستجابة للجوائح من أجل حمايتهم.
- إدراج الأحكام القانونية للتخفيف من المشاكل القانونية الشائعة التي تنشأ في خلال الطوارئ الصحية العامة، وتشمل الاستثناءات الموجهة من قوانين "الوضع المعتاد" التي تعيق توفر موظفي الإغاثة أو الطواقم الطبية، والسلع والمعدّات.
- تضمينها التزامات تجاه شعوبها تتعلّق بالإذار المبكر والعمل المبكر.
- تضمينها الحماية القانونية لضمان المساواة في نفاذ الفئات والمجتمعات الأكثر ضعفًا إلى التدابير المضادة الصحية الأساسية، وتشمل المواد اللازمة للاستجابة للجوائح، بغض النظر عن الوضع القانوني، وعلى أساس الحاجة.

Bartolini G (2021) The Failure of 'Core Capacities' under the WHO International Health Regulations. **International & Comparative Law Quarterly**, 70(1), pp. 233-50. <https://doi.org/10.1017/S0020589320000470>

e-SPAR (Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool) (no date) **e-SPAR State Party Annual Report**. <https://extranet.who.int/e-spar/#home>

IFRC (2021) **Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic**. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

IFRC (2022) **Guidance on Law and Public Health Emergency Preparedness and Response**. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3611>

IHR (International Health Regulations) (2005) Third edition: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

MHW RoK (Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea) (2015) **The National Assembly Plenary Session Passed the Amendment Bill to the Infectious Disease Prevention Act to Respond Promptly and Appropriately to Infectious Diseases [in Korean]**. Press release, 26 June 2015. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=323775&page=1

Moon Y (2021) **Case Study - Preparing for the Pandemic: Strengthening Epidemiological Investigations in the Republic of Korea, 201520-**. KDI School of Public Policy and Management. <https://www.kdevelopedia.org/Resources/view/Preparing-for-the-Pandemic-Strengthening-Epidemiological-Investigations-in-The-Republic-of-Korea-201520-99202203140168687->

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. **The Lancet Commissions**, 400(10359), pp. 1224-80. [https://doi.org/10.1016/S01409-01585\(22\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01409-01585(22)6736-)

WHA (World Health Assembly) (2021) "The World Together: Establishment of an Intergovernmental Negotiating Body to Strengthen Pandemic Prevention, Preparedness and Response (Decision SSA2(5))." In: **World Health Assembly, Second special session: Geneva, 29 November-1 December 2021: decisions, annex, summary records**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665353606/>

WHA (World Health Assembly) (2022) "Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies (Decision WHA75(9))." [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75\(9\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75(9)-en.pdf). In: **Seventy-Fifth World Health Assembly**. https://apps.who.int/gb/e/e_wha75.html

WHO (World Health Organization) (2009a) **International Health Regulations (2005) - A Brief Introduction to Implementation in National Legislation.** <https://www.paho.org/en/documents/international-health-regulations-2005-brief-introduction-implementation-national>

WHO (World Health Organization) (2009b) **International Health Regulations (2005) - Toolkit for Implementation in National Legislation: Questions and Answers, Legislative Reference and Assessment Tool and Examples of National Legislation.** <https://www.paho.org/en/documents/international-health-regulations-2005-toolkit-implementation-national-legislation-0>

WHO (World Health Organization) (2009c) **International Health Regulations (2005) - Toolkit for Implementation in National Legislation: The National IHR Focal Point.** [https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-\(2005\)-toolkit-for-implementation-in-national-legislation](https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-(2005)-toolkit-for-implementation-in-national-legislation)

WHO (World Health Organization) (2011) **Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009: Report by the Director-General.** <https://apps.who.int/iris/handle/106653350/>

WHO (World Health Organization) (2015) **Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: Report by the Director-General.** <https://apps.who.int/iris/handle/10665251717/>

WHO (World Health Organization) (2016) **Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response: Report by the Director-General.** <https://apps.who.int/iris/handle/10665252676/>

WHO (World Health Organization) (2017) **Joint External Evaluation of the IHR Core Capacities of the Republic of Korea - Mission Report: 28 August - 1 September 2017.** <https://apps.who.int/iris/handle/10665259943/>

WHO (World Health Organization) (2021) **Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response.** <https://www.who.int/publications/m/item/a749--who-s-work-in-health-emergencies>

WHO (World Health Organization) (no date) **MERS outbreak in the Republic of Korea, 2015.** <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/2015-mers-outbreak>

Yang TU et al (2021) How Lessons Learned from the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak Affected the Response to Coronavirus Disease 2019 in the Republic of Korea. **The Korean Journal of Internal Medicine**, 36(2), pp. 271-85. <https://doi.org/10.3904/kjim.2020.371>

The background of the page is a photograph of a sunset over the ocean. The sky is filled with soft, colorful clouds in shades of orange, yellow, and blue. The water in the foreground is dark, with a white wake from a ship visible. A large, white, geometric shape, resembling a stylized '7' or a large bracket, is overlaid on the right side of the image. The title text is positioned within this white shape.

إلى التطلع المستقبل

الخاتمة والتوصيات

البحر الأبيض المتوسط، المياه الدولية، 2021. على متن سفينة Ocean Viking، يقدم الوسيط الثقافي في الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر عبد الفتاح محمد الدعم للناجين الذين تم إنقاذهم في عرض البحر. يبحث طاقم السفينة عن الأشخاص الذين يواجهون خطر الغرق ويقدم الرعاية لهم في رحلتهم إلى شاطئ الأمان. يلقي آلاف الأشخاص حتفهم كل سنة وهم يفترون من ليبيا أثناء محاولتهم عبور البحر الأبيض المتوسط. © ألكسيا وبستر / الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



الاستنتاجات

تُعد القدرة على الوقاية من الطوارئ الصحية العامة وغيرها من الصدمات والإجهادات ورصدها والاستجابة المبكرة لها من الضرورات الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية لسببين. أولاً، تزداد هذه الصدمات والإجهادات، ومن بينها الظواهر الجوية المتطرفة، وتيرة وحدة ونحن نتمتع بقدرة محدودة على الاستجابة لها. ثانياً، ستفاقم في المستقبل المنظور الظروف المساهمة في تفشي الأمراض المعدية وتشمل النمو السكاني، والتوسع الحضري العشوائي، والسفر والتجارة الدوليين. ببساطة، ما عاد بإمكاننا الانتظار. علينا أن نستثمر في تعزيز نُظم التأهب، لأننا بذلك نستثمر في مستقبلنا.

تشير البيانات إلى تقدم في مجال الحد من مخاطر الكوارث، إذ تراجع على ما يبدو عدد الأخطار التي تتحول إلى حالات طوارئ، ولكن هذا لا ينطبق على التأهب للأوبئة والجوائح والوقاية منها. لقد أحرز تقدم في المجال التكنولوجي والوبائي، ولكن نُظم التأهب المتينة، ومن ضمنها تعزيز النُظم الصحية، ما زالت غائبة. لم تكن البشرية مستعدة لوباء كوفيد-19 من دون شك. بالإضافة إلى ذلك، تهمل غالباً نُظم التأهب الأكثر تقدماً دور الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية وقيمتها المضافة، علماً أن مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية قد أثبتت بوضوح هذا الجانب من الاستجابة.

يجب على الحكومات والجهات الفاعلة الأخرى أن تتخذ الآن إجراءات لضمان تأهبنا للطوارئ الصحية التالية.

يوضح هذا التقرير أن التأهب ليس مرحلة من مراحل الاستجابة ولا ينبغي الخلط بينه وبين الاستعداد. فالتأهب هو عملية ومجموعة من الجهات الفاعلة والمهارات والبنية التحتية والإجراءات الضرورية لتعزيز فعالية المجتمع وسرعته في منع تفشي الأمراض والأوبئة والجوائح ورصدها والاستجابة لها بشكل أسرع وفعال. ولا بد من تسليط الضوء على بعض جوانب التأهب الغائبة في أغلب الأحيان:

- لا يجوز أن يقتصر التأهب على توفر المنتجات والخدمات والمعلومات الطبية وأن يركز على الوصول إليها. سيسمح لنا ذلك بتقديم المنتجات والخدمات والمعلومات إلى المجتمعات التي هي في أمس الحاجة إليها، وتشجيع الإقبال عليها.
- لا يقتصر التأهب على قدرة الحكومات على تطبيق مجموعة موحدة من إجراءات التشغيل في حالات الطوارئ الصحية. يجب أن يبدأ باحتياجات المجتمعات وأوجه ضعفها ونقاط قوتها، لأن رصد الأمراض والسيطرة عليها سيحصلان أولاً على هذا المستوى.
- لا يقتصر التأهب على قدرتنا على مواجهة تهديد واحد، في وقت تتزايد فيه وتيرة وترابط مجموعة من الأخطار والمخاطر. بل يجب علينا التأهب لمخاطر متعددة. على المستوى المحلي، يستلزم ذلك في أحيان كثيرة اتخاذ مجموعة من الإجراءات الأساسيةية والشائعة، فضلاً عن زيادة التوعية بالمخاطر وتوفير خدمات محلية يسهل الوصول إليها.
- أخيراً، لا تقتصر تأثيرات الأوبئة والجوائح على الصحة الجسدية، إذ تطال أيضاً سبل العيش والصحة النفسية والتعليم والعنف وغيرها. يفرض التأهب اعتماد نُظم وسياسات لمعالجة هذه التأثيرات كافة.

لاستيفاء هذه المعايير، لا بد من أن يركز التأهب على **الثقة والإنصاف والإجراءات المحلية**. ترد هذه الركائز الثلاث في تقييمات أخرى للاستجابة لوباء كوفيد-19، ولكنها لم تحظ بتحليل كاف ولم يُسلط عليها الضوء كما ينبغي. سيساعد الفهم الكامل للركائز كافة على تعزيز التأهب.

الثقة. في كل مرحلة من مراحل عملية إدارة الكوارث، من الضروري بناء الثقة في المجتمعات ومعها. أصبحت قيمة الثقة مقبولة بشكل عام، لكن النقاشات العالمية لم تول اهتماماً كافياً لكيفية بناء الثقة. يُفترض عادة أن الثقة تتحقق من خلال

تحسين التواصل أو التصدي للمعلومات المضللة، فيتعين مثلًا على الحكومات أن توفر معلومات أكثر أو أفضل للناس. في الواقع، يُعد بناء الثقة أكثر تعقيدًا بكثير، إذ يتطلب تواصلًا فعليًا وتنسيقًا في الاتجاهين. ينبغي إشراك المجتمعات في جميع مراحل التأهب، بما في ذلك وضع التدابير والبرامج، ولا بد من مراعاة مخاوفها. سيعود ذلك على المجتمعات بثلاث فوائد ملموسة. (1) إذ ستعرف أن مخاوفها وأولوياتها مهمة. (2) وستجتمع بالمستجيبين وتتعرف عليهم قبل وقوع الأزمة بوقت طويل. (3) وستفهم بشكل أفضل القرارات الصعبة وتتقبلها، مثل تدابير الصحة العامة.

الإنصاف. تفاقم حالات طوارئ الصحة العامة والكوارث الأخرى أوجه عدم المساواة القائمة التي تشكل أرضًا خصبة لها، لا سيما إذا لم تشمل أطر وسياسات التأهب الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية ولم توضع بالاشتراك معها. تتمحور حاليًا نقاشات السياسة الصحية العالمية حول الإنصاف، ولكنها تتناوله عادة من حيث وصول الناس إلى منتجات الاستجابة للجوائح، مثل اللقاحات، ليس إلا. يُعتبر هذا الجانب أساسيًا، ولكنه محدود جدًا. يجب ضمان تكافؤ فرص الوصول إلى المجموعة الكاملة من التدابير المضادة للصحة الأساسية التي تشمل التدابير المضادة الطبية والوصول إلى الخدمات الصحية الرئيسية أيضًا. ويتطلب تكافؤ فرص الوصول إلى التدابير الصحية المضادة قرب المسافة، والتكلفة الميسورة، والوصول القانوني، والرغبة في الثقة في هذه التدابير المضادة. أولًا، نقترح تحقيق ذلك من خلال تعزيز النظم الصحية المجتمعية، وإعطاء الأولوية للفئات الأكثر ضعفًا في الأطر القانونية والسياسية، وضمان الوصول إلى التدابير المضادة الصحية بغض النظر عن الوضع القانوني. ثانيًا، نرى أن تعزيز نظم الحماية الاجتماعية قبل وقوع الأزمة ضروري لمنع الصدمات والإجهادات من مقاومة أوجه عدم المساواة القائمة. ثالثًا، يجب تحقيق تقدم أسرع على صعيد تخصيص تمويل إنساني يركز على الحاجات ويدعم البنية التحتية والقدرات المحلية.

الإجراءات المحلية. لا يمكن تخطيط التأهب وتنفيذه انطلاقًا من أعلى الهرم، حتى لو اندرج ضمن مهام الحكومات بشكل أساسي. يجب على الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية، التي تترأس الاستجابة، أن توجه جهود الوقاية والتأهب وتشارك في إعدادها أيضًا. ولكن للأسف، نحن لا نستفيد غالبًا من معرفتها وتدريبها وقدراتها. من الضروري إيجاد سبل لإشراك الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية في النظم الصحية وبرامج إدارة مخاطر الكوارث، وتساعد الصحة المجتمعية على ذلك من خلال مد الجسور بين المجتمعات والسلطات الصحية، ولتحقيق هذه الغاية، يجب أن تحظى بالتمويل والدعم وأن تنسق عملها مع النظم الصحية الوطنية (وتجدر الإشارة إلى وجود مجموعة من الخيارات القانونية التي ترعى ذلك).



عواقب القرارات السيئة والتوصيات لمعالجتها

عالجت النتائج والتوصيات الواردة في هذا التقرير ما نعتبره ثغرات تخللت الاستجابة لوباء كوفيد-19 حتى تاريخه. بالإضافة إلى ذلك، تثير بعض الجوانب قلقنا في حين نتجه إلى المفاوضات حول اللوائح الصحية الدولية واتفاقية جديدة بشأن الجائحة في إطار جمعية الصحة العالمية، ونلاحظ الاتجاه الذي تسلكه بعض السلطات المحلية. إذا تركنا هذه القضايا من دون معالجة، فقد نكرر أخطاء الماضي أو نفاقم أوجه عدم المساواة والتوترات القائمة.

سنتناول في الأقسام الثلاثة مخاوفنا الرئيسية بشأن الثقة والإنصاف والإجراءات المحلية، وكيفية معالجتها، قبل أن نستعرض ثلاثة أهداف قابلة للقياس للسنوات الثلاث القادمة.

الثقة

تؤدي غالبًا تدابير الرقابة الاجتماعية من أعلى المستويات إلى أضرارها، مثل الإغلاق الشامل وشهادات التلقيح، عند تنفيذها من دون ثقة وشفافية إلى الاستقطاب ومعارضة تدابير الصحة العامة.

بالإضافة إلى ذلك، لن يؤدي التركيز المحدود على زيادة الحملات الإعلامية والتصدي للمعلومات المضللة إلى بناء الثقة، لا بل قد تسفر عن نتائج عكسية في حالات الاضطرابات السياسية والاجتماعية أو التمييز.

لا يمكن بناء الثقة إلا من خلال:

- **قرب المسافة:** يثق الناس بالأشخاص الذين يعرفونهم، مثل الجهات الفاعلة المحلية.
 - **التثقيف:** يثق الناس بما يفهمونه من خلال برامج التثقيف الصحي.
 - **الإصغاء:** يثق الناس بالأشخاص الذين يصغون إليهم ويراعون مخاوفهم، مثل المتخصصين في المشاركة المجتمعية المدربين الذين يجمعون التعليقات والآراء ويحلونها.
 - **الوصول إلى الخدمات:** يثق الناس بالأشخاص الذين يلبون احتياجاتهم، ومن بينها احتياجاتهم الأساسية من الصحة والحماية الاجتماعية.
 - **تبني التدابير:** يثق الناس بالتدابير التي يشعرون أنهم مسؤولون عنها وتتم استشارتهم بشأنها.
- لا بد من التشديد أيضًا على أن بناء الثقة هو عملية لا يمكنها الانتظار إلى حين وقوع أزمة.

نحث الحكومات على تعزيز ما يلي:

تبني المجتمع خطط التأهب للطوارئ: وضع وتنفيذ ورصد خطط تأهب المجتمع بأكمله والحكومة بأكملها التي تستفيد من قدرات ومعلومات الجهات الفاعلة والمجتمعات المحلية للوقاية من تفشي الأمراض وطوارئ الصحة العامة ورصدها والاستجابة المبكرة لها.



الاستماع النشط والمشاركة المحلية: إعداد آليات بناءة تعمل في الاتجاهين للآراء والتعليقات المجتمعية أو توسيع نطاقها لتسجل مخاوف المجتمع واحتياجاته واقتراحاته وتجمعها وتحللها بهدف تكييف تدابير الصحة العامة عند الإمكان ووفق الحاجة.



الوصول إلى الخدمات والتعليم بفضل نُظم الصحة المجتمعية المتينة: الاستثمار في نُظم الصحة المجتمعية أو تعزيزها. وتشمل هذه النُظم الجهات الفاعلة والبنى التحتية والخدمات كافة التي تعزز الصحة المجتمعية، من المعلومات والخدمات إلى التأهب للطوارئ والبرامج التي تعالج محددات الصحة. وتشمل أيضًا نُظم المياه والصرف الصحي ودعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي القوي.



الإنصاف

يعرقل تطوير جانب العرض من منتجات الاستجابة للجوائح، من دون معالجة جانب الطلب، وصول البلدان والمجتمعات إلى هذه المنتجات والإقبال عليها، ولا سيما البلدان والمجتمعات الأكثر ضعفًا التي يصعب بلوغها.

يجب على المجتمع الدولي والسلطات المحلية تعزيز ما يلي:

القدرات المحلية على توزيع منتجات الاستجابة للجوائح، بما في ذلك عن طريق الجهات الفاعلة المحلية: الاستثمار في القدرات المحلية على تخزين هذه المنتجات ونقلها وتوزيعها من خلال تحسين التمويل والتدريب والإخطار المسبق والقوانين/السياسات اللازمة لتسهيل حركة السلع وتوزيعها. تُعتبر مساهمات الجهات الفاعلة المحلية في هذه العملية ضرورية نظرًا لإمكانية وصولها إلى المناطق المعزولة والمهمشة والمناطق المتضررة من الكوارث والصراعات.



التمويل الإنساني المرن الذي يمكن التنبؤ به: عندما تحتاج قدرات الحكومة إلى دعم من منظمات إنسانية دولية أو جهات فاعلة محلية معترف بها، ينبغي إصلاح التمويل الإنساني ليصبح منصفًا ومرنًا ويمكن التنبؤ به وتستطيع الجهات الفاعلة المحلية الوصول إليه.



ثقة المجتمع واهتمامه بمنتجات الاستجابة للجوائح: الاستثمار في برامج مشاركة مجتمعية بناءة لتعزيز إقبال المجتمع على هذه المنتجات. يجب أن تُستكمل هذه البرامج بمعلومات شفافة عن توقيت التوزيع وطريقته ومكانه، وعن اختيار المنتج.



توزيع التعويضات ومخاطر المسؤولية على نحو منصف وعادل. للمنظمات الإنسانية أيضًا، وفرض القيود على المدة التي يمكن فيها إعفاء الشركات المصنّعة من شراء التعويض وتأمين المسؤولية للمنتجات الجديدة.



تطوير وإنتاج منتجات الاستجابة للجوائح الميسورة التكلفة والسهلة التخزين والإدارة والفعالة. هذه المنتجات ضرورية للبلدان التي لا تملك القدرة على شراء منتجات أكثر تكلفة وتعقيدًا أو تخزينها أو إدارتها.



يفتقر حصر النقاش حول الإنصاف بمسألة تكافؤ فرص الوصول إلى منتجات الاستجابة للجوائح إلى بعد النظر تتعدد التدابير الملموسة والضرورية الأخرى التي قد تساعد على معالجة أوجه عدم المساواة في التأهب للجوائح من خلال معالجة أسباب تفشي الأمراض وآثارها المختلفة.

يجب على المجتمع الدولي والسلطات المحلية تعزيز ما يلي:

تكافؤ الفرص في الوصول إلى المعلومات: يشمل ذلك الموجبات المحلية لإنشاء نُظم الإنذار المبكر/ الإجراءات المبكرة للسكان.



تكافؤ الفرص في الوصول إلى خدمات الصحة والحماية الاجتماعية المحلية: يجب أن يشمل ذلك: ضمان الحق في التدابير المضادة الصحية الأساسية وشبكات الأمان الاجتماعي، بغض النظر عن الوضع القانوني، وتعزيز نُظم الحماية الاجتماعية قبل وقوع الأزمة، بما في ذلك من خلال عمليات تقييم الضعف المشتركة وزيادة الوصول المحلي إلى الخدمات الصحية من خلال نُظم الصحة المجتمعية.



تكافؤ الفرص في الوصول القائم على الاحتياجات إلى المساعدة الإنسانية: يجب أن يشمل ذلك الحد من استخدام التمويل الإنساني المخصص والسماح بالمساعدة المرنة القائمة على الاحتياجات في مختلف البلدان والأوقات. هذه المرونة ضرورية بسبب التغيرات الكبيرة في تطور تفشي الأمراض.



زيادة التشديد على الوقاية من الأخطار المتعددة (الأولية والثانوية والثالثية) والتأهب: سيساعد ذلك في التخفيف من الآثار التي تخلفها الأوبئة والجوائح على الفئات الأكثر ضعفًا أو تجنبها. وسيعالج أيضًا إمكانية حدوث صدمات وإجهادات متزامنة، مثل الصدمات الاقتصادية أو الاجتماعية، والزلازل، والظواهر المتعلقة بالطقس والمناخ، والصراعات.



الإجراءات المحلية

تقع في المقام الأول مسؤولية إدارة طوارئ الصحة العامة على عاتق السلطات المحلية. **ولكن النهج القائمة بشكل مفرط على المركزية والمعالجة الطبية للوقاية من الجوائح والتأهب والاستجابة لها لا تستطيع أن تعالج التعقيدات المحلية لإدارة الطوارئ.** وتشمل هذه التعقيدات: مجموعة متنوعة من عوامل الخطر وأسباب المرض، والآثار الاجتماعية والاقتصادية والجسدية/النفسية غير المتوقعة التي يخلّفها المرض، ومواقف الناس تجاه تدابير ومخاطر الصحة العامة.

بالإضافة إلى ذلك، **قد يؤدي سريعاً عدم إشراك الجهات الفاعلة الأخرى وعدم الاستفادة من المعرفة والقدرات المحلية ودعمها، إلى إرهاق الخدمات والنظم الحكومية.**

تستطيع السلطات المحلية معالجة ذلك من خلال ما يلي:

الاعتراف بالجهات الفاعلة المحلية والمدرّبة وإدماجها في نظم الطوارئ والصحة المحلية: وهذا يشمل تصميم خطط التأهب للطوارئ الوطنية المتعددة الأخطار وأطرها القانونية وتنفيذها ومراقبتها، والاعتراف بمساهماتها في تعزيز النظم الصحية، ولا سيما نظم الصحة المجتمعية (في هذه الحالة، تشير إلى النهج على غرار تحويل المهام، أي نقل المهام غير الطبية وإنما المتعلقة بالصحة إلى جهات فاعلة محلية مدرّبة).

تزويد الجهات الفاعلة المحلية المدرّبة والمُعترف بها بالحماية القانونية والتسهيلات التي تحتاج إليها لتنفيذ مهامها: وهذا يشمل منحها الأولوية في الوصول إلى معدات الوقاية الشخصية ومنتجات الاستجابة للجوائح، وإعفاءها من القيود على حركة السلع والأفراد كما تقتضيه الصحة العامة، والدعم المالي والتدريب والإشراف الذي تحتاج إليه لتلبية معايير الجودة والمعيشة والسلامة.

العمل مع المجتمعات لوضع خطط محلية للتأهب للطوارئ وتنفيذها ومراقبتها بهدف الوقاية والعمل المبكر والاستجابة.



أهداف قابلة للقياس للسنوات الثلاث القادمة

قد تكون الجائحة القادمة قاب قوسين أو أدنى: فإذا لم تجعلنا تجربة كوفيد-19 نسرع الخطى نحو التأهب، فما الذي سيجعلنا نقوم بذلك؟

1

بحلول نهاية عام 2023: ينبغي أن تكون جميع البلدان **قد حدّثت خطط التأهب للجوائح**، وينبغي أن تكون قد استعرضت التشريعات المعنية لمعرفة هل تلك التشريعات تحتاج أيضا إلى التحديث أم لا.

• ينبغي أن تتضمن الخطط **تدابير مُحدّدة** لتعزيز الإنصاف والثقة والعمل المحلي.

• ينبغي أيضا لعمليات استعراض التشريعات أن تراعي أمورا منها **الحاجة إلى اتباع نهج شامل** في التصدي للآزمات، ووضوح الأدوار والمسؤوليات، واحتياج الجهات الفاعلة المحلية المُعترف بها إلى معدات الحماية الشخصية وإعفاءات مناسبة من القيود المفروضة على التنقل.

2

بحلول عام 2024: **اعتماد معاهدة جديدة ولوائح صحية دولية منقحة** تتضمنان التزامات مُحدّدة وقابلة للقياس من أجل ما يلي: تعزيز الإنصاف والثقة.

• **تعزيز الإنصاف والثقة.**

• **تحسين** الحوكمة القانونية للجوائح على الصعيدين المحلي والدولي.

• **الاستثمار في** مجموعة الخدمات والمدخلات التي يمكن أن تقدمها المجتمعات و/أو الجهات الفاعلة المحلية المُعترف بها، **ودعم** تلك الخدمات والمدخلات.

3

بحلول عام 2025: **زيادة التمويل الصحي المحلي بنسبة 1% من الناتج المحلي الإجمالي، وزيادة التمويل الصحي العالمي بما لا يقل عن 15 مليار دولار أمريكي سنويا** (WHO, 2021; G20, 2021).

• إن التمويل العالمي لكل من الصحة العامة والعمل الإنساني يجب أن تتدفق منه نسبة أكبر كثيرا إلى **المستوى المحلي والمجتمعي.**

• وينبغي أن يكون التمويل العالمي **أكثر مرونة وقابلية للتنبؤ به** للسماح باتخاذ إجراءات أكثر فعالية وقائمة على الاحتياجات.

G20 (2021) **A Global Deal for Our Pandemic Age: Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response.** <https://pandemic-financing.org/report/>

WHO (2019) **Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps.** <https://www.who.int/news/item/222019--09-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>



نڨبال 2022 مؤظف فف ؤمعة الصللب الأحمر النڨبالف فؤؤم لقاح
كوففء-19 فف مرفؤؤ تلقفح ؤابع للؤمعة فف كانمانؤو. © ؤسفرننؤ لاما



ما تكشفه لنا
البيانات

فنزويلا 2022 تسببت الأمطار الغزيرة في فنزويلا بتضرر أكثر من 150000 شخص جزاء الانهيارات الأرضية والفيضانات في عدة ولايات. أعلنت السلطات حالة طوارئ نظراً إلى حجم الأضرار التي لحقت بالبنى التحتية المحلية ودمار المنازل وخسارة المحاصيل في المناطق الريفية. وقد أطلقت عمليتان لصندوق الطوارئ للاستجابة للكوارث لتنفيذ أنشطة متعلقة بالإغاثة الطارئة، والوصول إلى المأوى، وشبّل العيش، والاحتياجات الأساسية، والصحة، والصحة النفسية والدعم النفسي-الاجتماعي، والمياه والإصحاح والنظافة الصحية، والحماية والنوع الاجتماعي والإدماج. © الصليب الأحمر الفنزويلي

الاتجاهات المتعلقة بالكوارث



المحتويات

211	المقدمة: وباء كوفيد-19 يبسط جميع الكوارث الحديثة
213	1.8 الكوارث في 2020 و2021
222	2.8 تقع الكوارث بشكل متكرر على الصعيد العالمي
229	3.8 تتداخل الكوارث أكثر وأكثر
240	الاستنتاجات

المقدمة

وباء كوفيد-19 يبسط جميع الكوارث الحديثة

يظهر وباء كوفيد-19 على أنه كارثة عالمية استثنائية استنادًا إلى آثاره الاقتصادية وعدد القتلى والأشخاص المتضررين بشكل مباشر أو غير مباشر من جرائه. فحتى يوم 27 تشرين الأول/أكتوبر 2022 سُجِّلَت أكثر من 625 مليون حالة إصابة بالمرض و6.5 مليون حالة وفاة مؤكدة (WHO, no date). وقد سُجِّلَت هذه الخسائر الهائلة في أقلّ من ثلاث سنوات. والجدير بالذكر أنّ هذه الأرقام غير دقيقة ويُرجَّح أن تكون أقلّ من الأرقام الحقيقية بسبب الثغرات القائمة في عملية الإبلاغ عن البيانات. كذلك، ظهرت محاولات رامية إلى تقدير حصيلة الوفيات الفعلية من خلال دراسة أرقام زيادة الوفيات المفرطة التي تُعتبر أكثر شمولية. يسود هذه الدراسات التباس كبير غير أنّها تُشير كلّها إلى زيادة حصيلة الوفيات. فتجاوزت حصيلة الوفيات للعام 2020 على سبيل المثال 1.8 مليون إلّا أنّ بعض التقديرات تشير إلى أنها بلغت ثلاثة ملايين (WHO, 2022). كذلك، قدّر تحليل أجري في 2022 أنّ بين 1 كانون الثاني/يناير 2020 و31 كانون الأول/ديسمبر 2021 تمّ تسجيل 18.2 مليون حالة وفاة مقارنةً مع عدد الوفيات الرسمي الذي نُشر وهو 5.94 مليون (COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022). وتجدر الإشارة إلى أنه ليس من الممكن تحديد عدد الوفيات النهائي لأنّ الوباء لا يزال مستمرًا.

فالوباء قائم مع أخطار أخرى يشكّل الكثير منها مصدر كوارث أيضًا. وقام الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر بتحليل بيانات شاملة عن الكوارث الواقعة بين العامين 2020 و2021. خلال هذه الفترة ظهرت 709 كوارث ناجمة عن الأخطار الطبيعية. وقد تسببت هذه الكوارث بموت 30 ألف شخص تقريبًا وأثّرت على أكثر من 220 مليون شخص. في العام 2021 وحسب برزت 378 كارثة ناجمة عن أخطار طبيعية. وتجدر الإشارة إلى أنّ غالبية هذه الكوارث كانت مرتبطة بالمناخ والطقس (راجع قسم D.2.1 دور المناخ في الكوارث لا يزال ينمو).

وتُعتبر جائحة كوفيد-19 أكبر من أيّ كارثة أخرى وقعت في عامي 2020 و2021 على جميع المقاييس (راجع الرسم D.1). فتسجّل الوفيات السنوية الناجمة عن هذا المرض وحده ضعف نسبة الوفيات التي تسببها أيّ كارثة أخرى حول العالم. والواقع أنّ في القرن الواحد والعشرين لم يبلغ أيّ من الكوارث الأخرى غير المتعلقة بنزاع درجة الخطورة نفسها (راجع الملخص التنفيذي). ولم تُسجّل خسائر في الأرواح بهذا الحجم منذ الحرب العالمية الثانية (راجع المقدمة).

في هذا الملحق، نقوم أولًا بدراسة الكوارث التي وقعت بين عامي 2020 و2021. ثم نضعها في سياق التوجّهات البعيدة المدى في الكوارث لا سيّما الكوارث المتزايدة المرتبطة بالمناخ والطقس وزيادة خطر تفشي الأمراض. والجدير بالذكر أنّ ارتفاع معدّل الكوارث يعني أنه أصبح من الشائع أكثر وأكثر أن تتداخل الكوارث في الزمان و/أو المكان. لذلك، نستكشف في القسم الأخير ما يحدث عندما تقع كوارث عدّة في الوقت نفسه أو الواحدة عقب الأخرى بشكلٍ سريع.

عدد الوفيات الهائل الناتج من كوفيد-19

الوفيات 14,577
بسبب الكوارث في 2021

الوفيات 3,529,949
جائحة كوفيد-19 في عام 2021

الكوارث

99.0 مليون شخص متضرر في 2020
15,396 حالة وفاة في 2020
121.3 مليون شخص متضرر في 2020
14,577 حالة وفاة في 2020

كوفيد-19

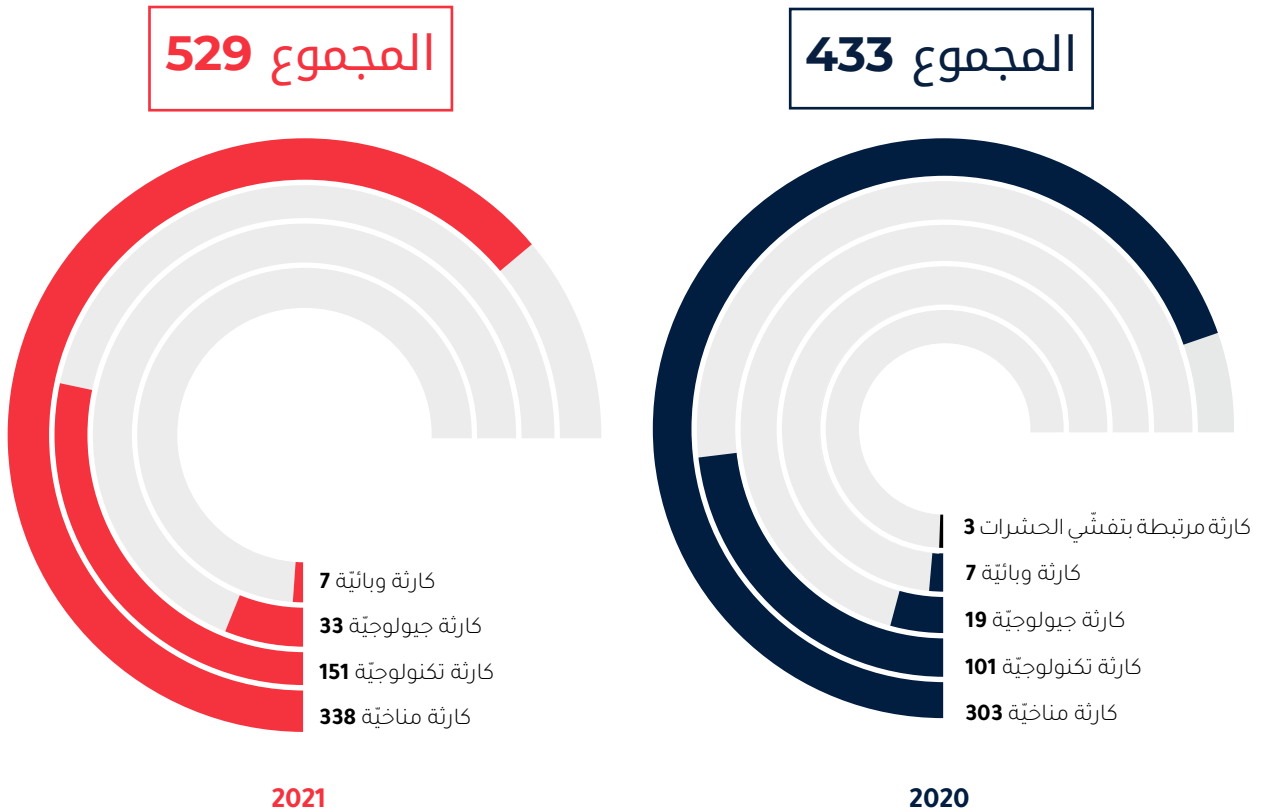
83.0 مليون حالة إصابة في 2020
1.9 مليون حالة وفاة في 2020
204.7 مليون حالة إصابة في 2021
3.5 مليون حالة وفاة في 2021

المصدر: EM-DAT, WHO. ملاحظة: تشمل هذه الأرقام جميع أنواع الكوارث المسجلة في EM-DAT. لا تتضمن بيانات EM-DAT معلومات عن النزاعات المسلحة.

1.8 الكوارث في 2020 و2021

سيطرت جائحة كوفيد-19 على العامَين 2020 و2021 غير أنَّ قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) وهي قاعدة بيانات الكوارث الدوليَّة، لا تتضمَّن وباء كوفيد-19 (والعديد من حالات تفشي أمراض أخرى). من حيث الأرقام، كانت الكوارث المرتبطة بالمناخ هي الأكثر تواترًا في كلا العامَين إذ تفوّقت بشكلٍ كبيرٍ على الكوارث الجيولوجيَّة أو تلك الناتجة عن التكنولوجيا البشريَّة. وتقوم كلُّ هذه الأمور بتعزيز التوجُّه السائد حاليًا (راجع القسم D.2.1 نسبة الكوارث المرتبطة بالمناخ لا تزال تزداد).

الرسم 8.1: الكوارث الواقعة في عامَي 2020 و2021 تمّ تصنيفها بحسب نوعها

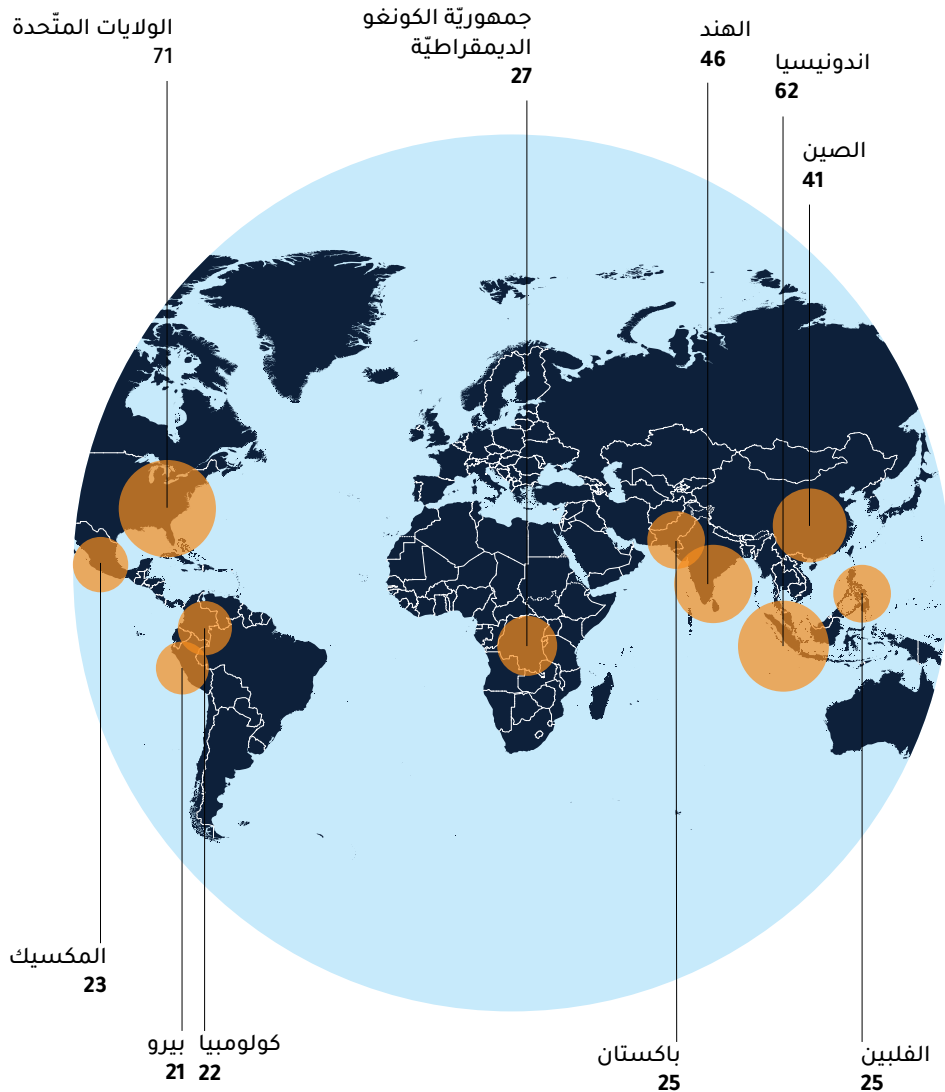


المصدر: EM-DAT

ملاحظات: يشمل هذا التحليل الكوارث التكنولوجيّة والكوارث الناجمة عن الأخطار الطبيعيّة لكنّها لا تشمل جائحة كوفيد-19.

لم تنتشر الكوارث التي أثّرت على العالم في عامي 2020 و2021 بالتساوي. فبعض البلدان شهد كوارث أكثر من بلدان أخرى بكثير (راجع الرسم 8.2). والبعض الآخر سجّل أعداداً أكبر من الأشخاص المتضررين و/أو القتلى (راجع الرسمين 8.2 و8.3). ومن حيث عدد الكوارث المسجلة تنصّدر الولايات المتحدة الأميركية اللائحة، ولكن من المحتمل أن تكون هذه الأرقام خادعة نظراً إلى عمليّة الإبلاغ الشاملة للغاية في تلك البلاد مقارنةً مع البيانات غير المكتملة في بلدان أخرى. والجدير بالذكر أنّ غالبية الكوارث ترتبط بالمناخ والطقس.

الرسم 2.8: البلدان العشرة التي شهدت أكبر عدد من الكوارث في العامين 2020 و2021

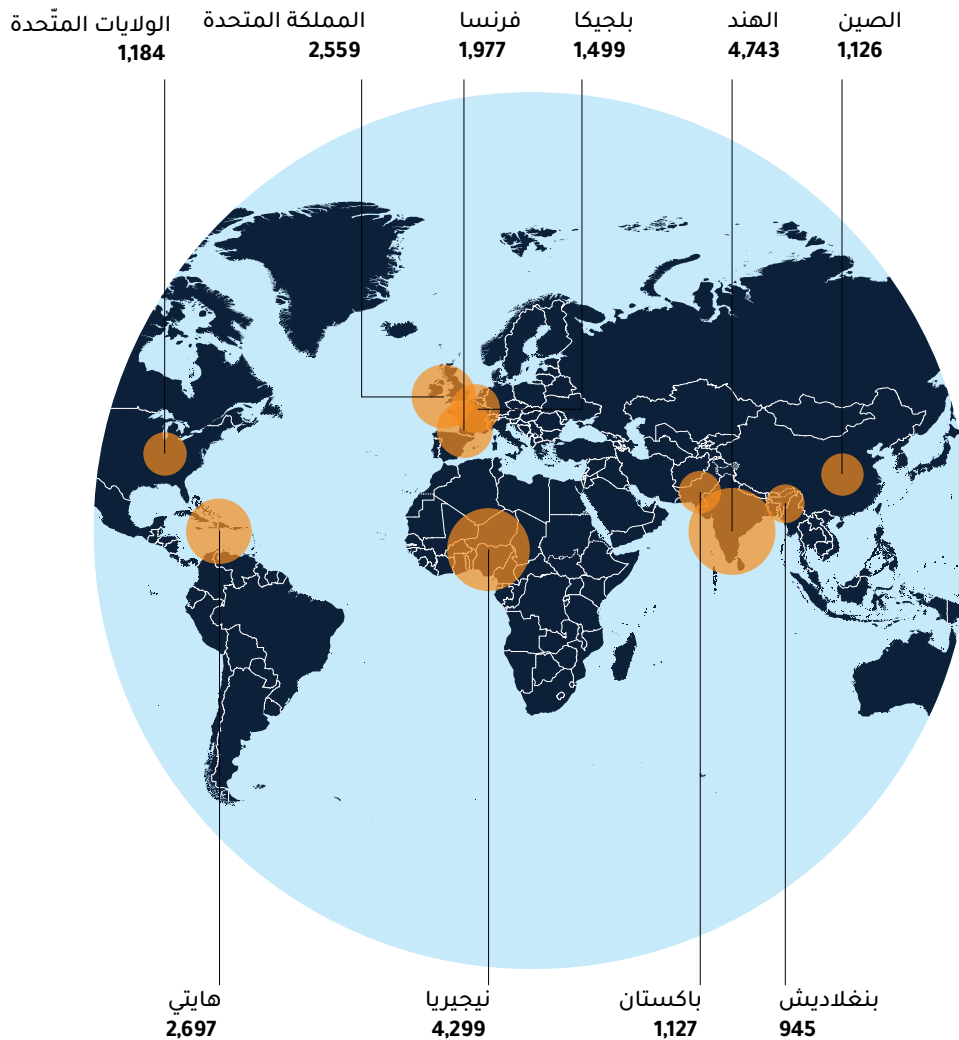


المصدر: EM-DAT

ملاحظة: البلدان ذات الدوائر الأكبر على الخريطة هي التي شهدت عددًا أكبر من الكوارث.

يمكننا أن نعي بشكلٍ أوضح تأثيرات الكوارث الواقعة بين العامين 2020 و2021 من خلال النظر إلى البلدان التي سجّلت أكبر عدد من الوفيات الناجمة عن الكوارث. وتشمل البلدان العشرة التي سجّلت أكبر عدد من الوفيات بعض الدول الأكثر اكتظاظًا بالسكان مثل الهند والصين. ومن المحتمل أن تكون أعداد الوفيات المرتفعة داخل هذه البلدان ناتجة عن تعرّض عدد كبير من الأشخاص للخطر لا عن شدة الأخطار القائمة. لقد تأثرت هايتي بشدة بالزلازل الذي وقع في 14 آب/أغسطس 2021 وبلغت قوّته 7.2 درجة (USGS EHP, no date). وقد شكّل هذا الزلزال الكارثة الأكثر خطورة الواقعة في العام 2021 الناتجة عن مخاطر طبيعيّة. ويعود ذلك إلى قوّة الزلزال من جهةٍ وإلى ضعف قدرة العديد من المجتمعات في هايتي على الصمود. كذلك، تأثرت ثلاثة بلدان أوروبية (المملكة المتحدة وفرنسا وبلجيكا) بشدة بموجات حرّ اجتاحتها رغم أنّه من المرجّح أنّه لم يتمّ الإبلاغ بشكل كافٍ عن الوفيات الناجمة عن موجات الحرّ في العديد من البلدان الأخرى. أخيرًا، شهدت نيجيريا تفشّي مرض الكوليرا الذي استمرّ من آب/أغسطس إلى كانون الأوّل/ديسمبر 2021 وأسفر عن 3604 حالة وفاة (ReliefWeb, no date).

الرسم 3.8: البلدان العشرة التي شهدت العدد الأكبر من الوفيات المرتبطة بالكوارث في العامين 2020 و2021

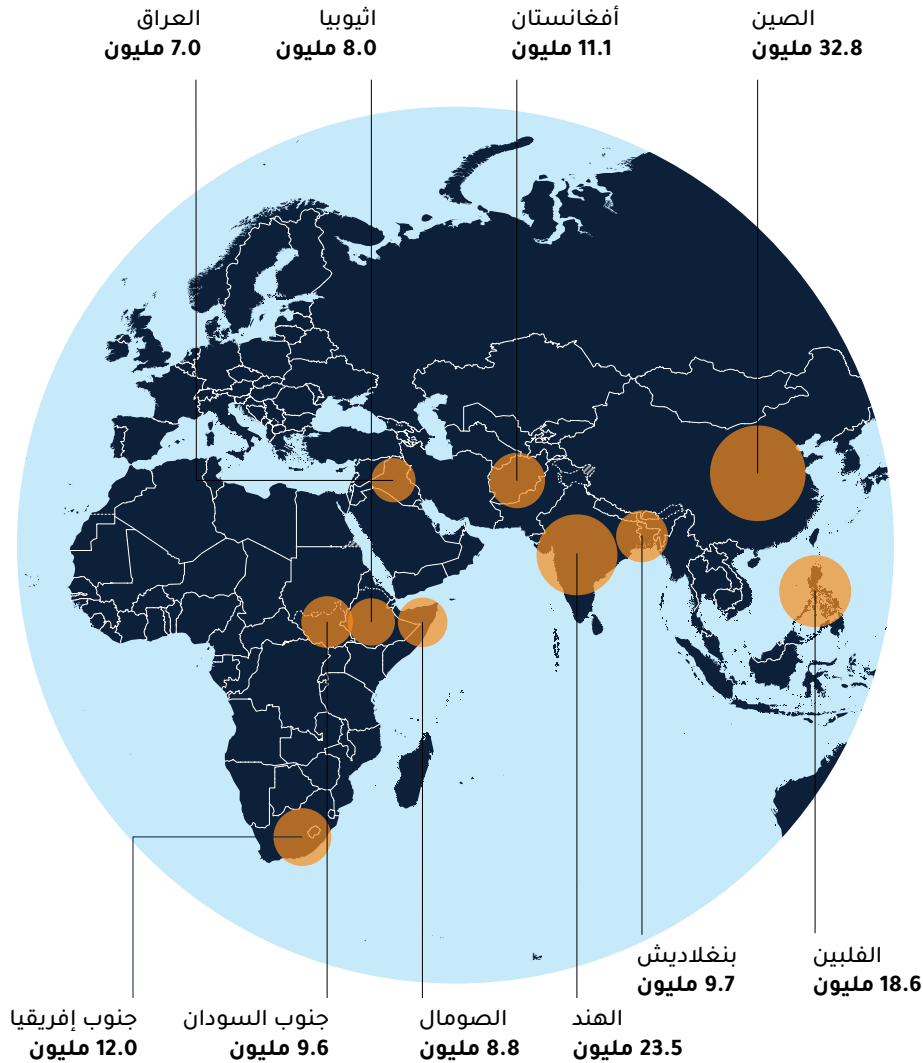


المصدر: EM-DAT

ملاحظة: البلدان ذات الدوائر الأكبر على الخريطة هي التي شهدت عددًا أكبر من الوفيات.

عند التركيز على البلدان الأكثر تضرراً تظهر نوعاً ما مجموعة مختلفة من البلدان. كانت الصين والهند البلدين الأكثر تضرراً في العامين 2020 و2021 ويعود ذلك بشكل جزئي إلى العدد الكبير من السكان المعرضين للأخطار. فالبلدان التي كان سكانها الأكثر تضرراً إما تعرضت لأحداث متعددة (فيضانات عدة في الصين، وعواصف عدة في الهند والفلبين) أو لحدث يدوم طويلاً (جفاف في جنوب إفريقيا وأفغانستان). والجدير بالذكر أنّ أيّاً من البلدان شهد كارثة واحدة مفاجئة أسفرت عن أكبر تأثير عليه من حيث عدد السكان المتضررين.

الرسم 4.8: البلدان العشرة الأكثر تضرراً من الكوارث في العامين 2020 و2021



المصدر: EM-DAT
ملاحظة: البلدان ذات الدوائر الأكبر على الخريطة هي التي شهدت عدداً أكبر من الأشخاص المتضررين.

1.1.8 في بعض البلدان تأثر جميع السكّان تقريباً بالكوارث في العامين 2020 و2021

تتأثر بعض البلدان بشكل غير متناسب بالكوارث. وهذا ما يكشفه عدد الأشخاص المتضررين من إجمالي السكان المتضررين في سنة معيّنة. فقد تأثر الجميع تقريباً في ساو تومي وبرينسيب بالكوارث المرتبطة بالمناخ أو بالطقس في العامين 2020 و2021.

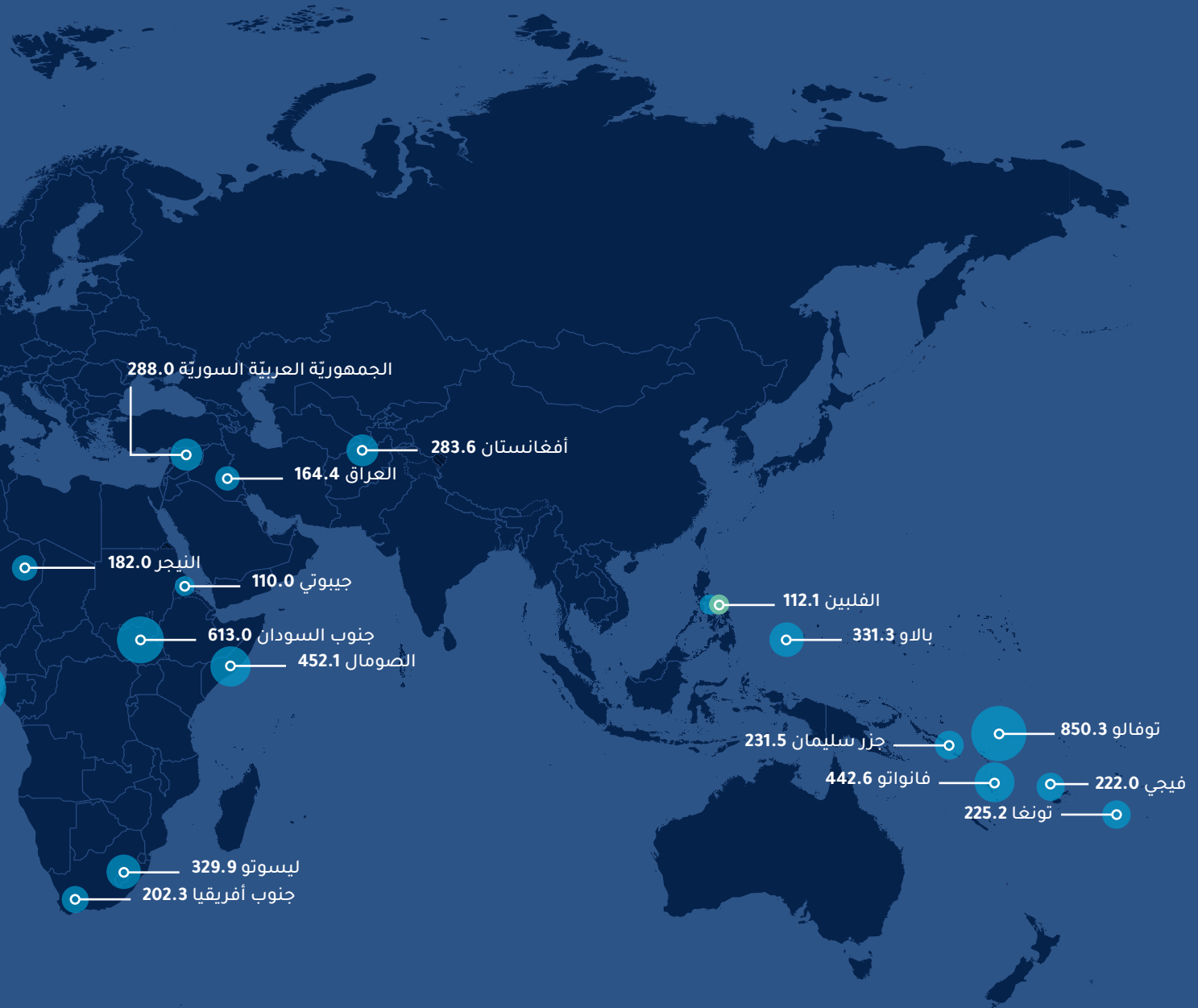
وتجدر الإشارة إلى الالتباس الذي يشوب هذه الأرقام: ففي البلدان التي تشهد عدّة كوارث من الممكن أن يتمّ إحصاء بعض الأشخاص مرّتين ما يؤدّي بشكلٍ مصطنعٍ إلى تضخيم نسبة السكّان الذين تم الإبلاغ عن تضرّرتهم.

ومن البلدان التي تسجّل أعلى معدّل من السكّان المتضررين، كانت الدول الجزرية الصغيرة النامية الأكثر تضرراً (UNESCO, no date) لا سيما تلك الواقعة في المحيط الهادئ. وكانت ثلاثة من البلدان الخمسة الأكثر تضرراً هي الدول الجزرية الصغيرة النامية، كما هو الحال بالنسبة لأربعة بلدان من بين العشرة الأوائل. وتتأثر جميع البلدان العشرة الأوائل بسبب الكوارث المرتبطة بالمناخ كما أنّ ثلاثة منها تعاني أيضاً من النزاع وهي الصومال وجنوب السودان ومالي علماً أنّها بلدان تمّ تصنيفها في المرتبة الثانية والثالثة والرابعة عشرة على التوالي بحسب مؤشر الدول الهشة (Fragile States Index, no date).

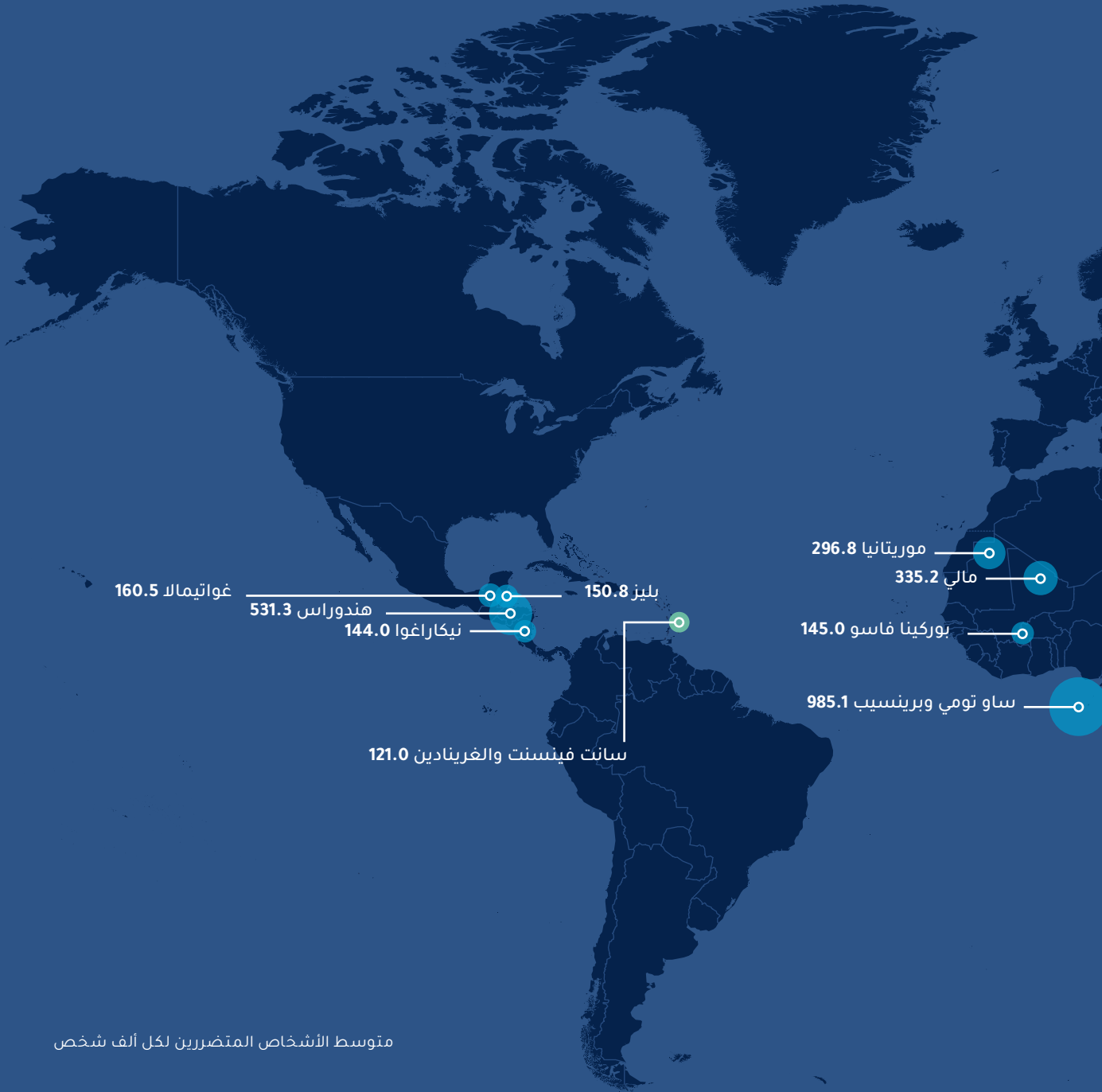
وتسجّل غالبية هذه البلدان معدّلات عالية من السكّان المتضررين بسبب الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس وحدها. والجدير بالذكر أنّ البلد الواقع في المرتبة الثالثة والعشرين وفقاً لترتيب تأثر الأفراد هو الوحيد في هذه المرتبة نظراً لعوامل إضافية مساهمة قد شهدها: هذا البلد هو سانت فينسنت والغرينادين الذي تأثر أيضاً بانفجارات لا سوفيريير البركانية في العام 2021.

الرسم 5.8: البلدان التي تأثرت فيها أكبر نسبة من سكّانها بالكوارث في العامين 2020 و2021

● كارثة جيولوجية ● كارثة مناخية



ملاحظات: يتم تقديم نسبة الأشخاص المتأثرين لكل 1000 شخص. البلدان ذات الدوائر الأكبر على الخريطة هي التي تحظى بعدد أكبر من السكان المتضررين مع الإشارة إلى أنّ ألوان الدوائر تعكس نوع (أو أنواع) الكوارث السائدة في كل بلد.

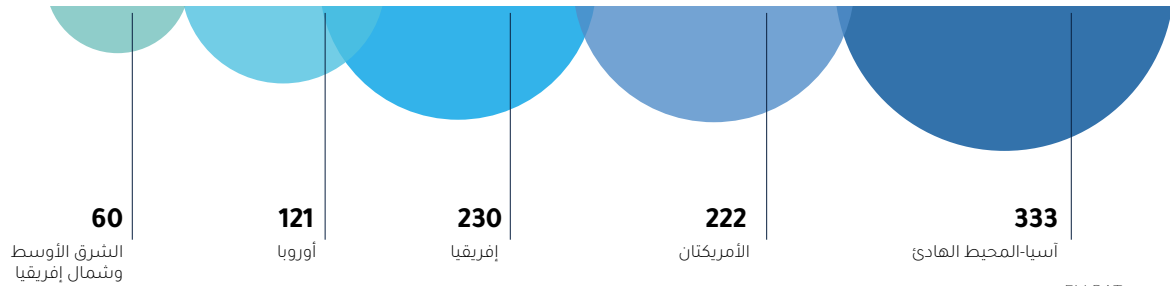


متوسط الأشخاص المتضررين لكل ألف شخص

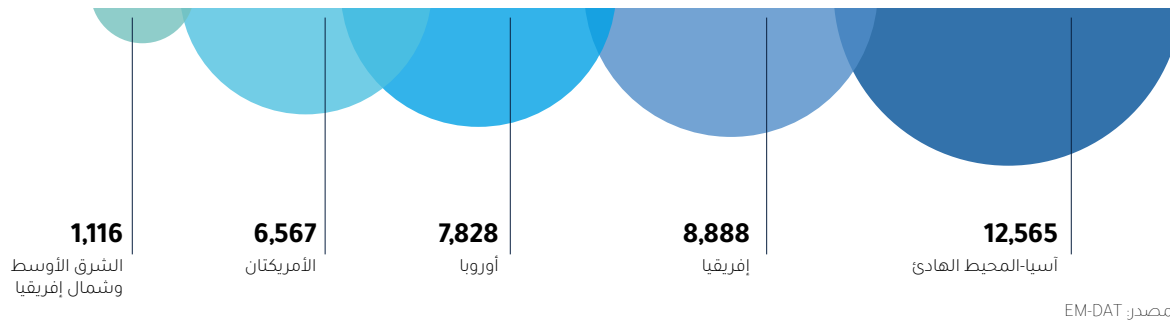
2.1.8 آسيا-المحيط الهادئ كانت المنطقة الأكثر تضرراً من الكوارث

من بين المناطق الخمس حول العالم المُعترف بها من قبل الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر كانت منطقة آسيا-المحيط الهادئ الأكثر تضرراً من الكوارث في العامين 2020 و2021. وينطبق هذا الأمر على ثلاثة مقاييس مختلفة: فشهدت منطقة آسيا والمحيط الهادئ العدد الأكبر من الكوارث والعدد الأكبر من الوفيات والعدد الأكبر من الأشخاص المتضررين.

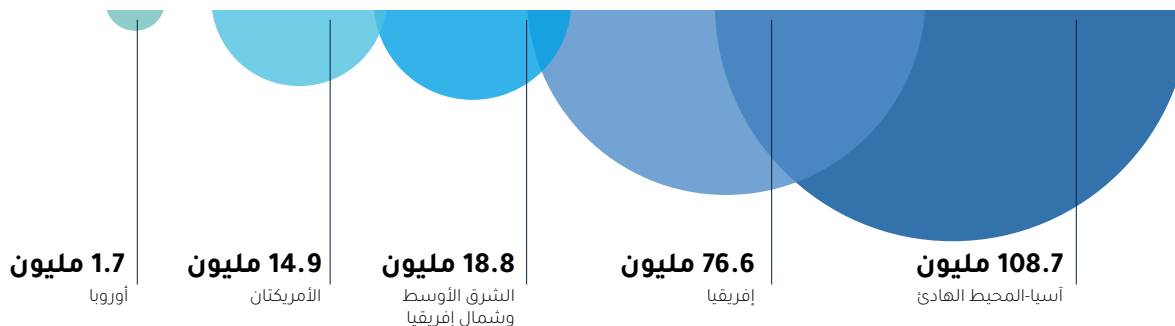
الرسم 6.8: عدد الكوارث الواقعة في العامين 2020 و2021 بحسب المناطق



الرسم 7.8: عدد الوفيات الناجمة عن الكوارث الواقعة بين العامين 2020 و2021 بحسب المناطق



الرسم 8.8: Number of people affected by disasters in 2020-2021, by region

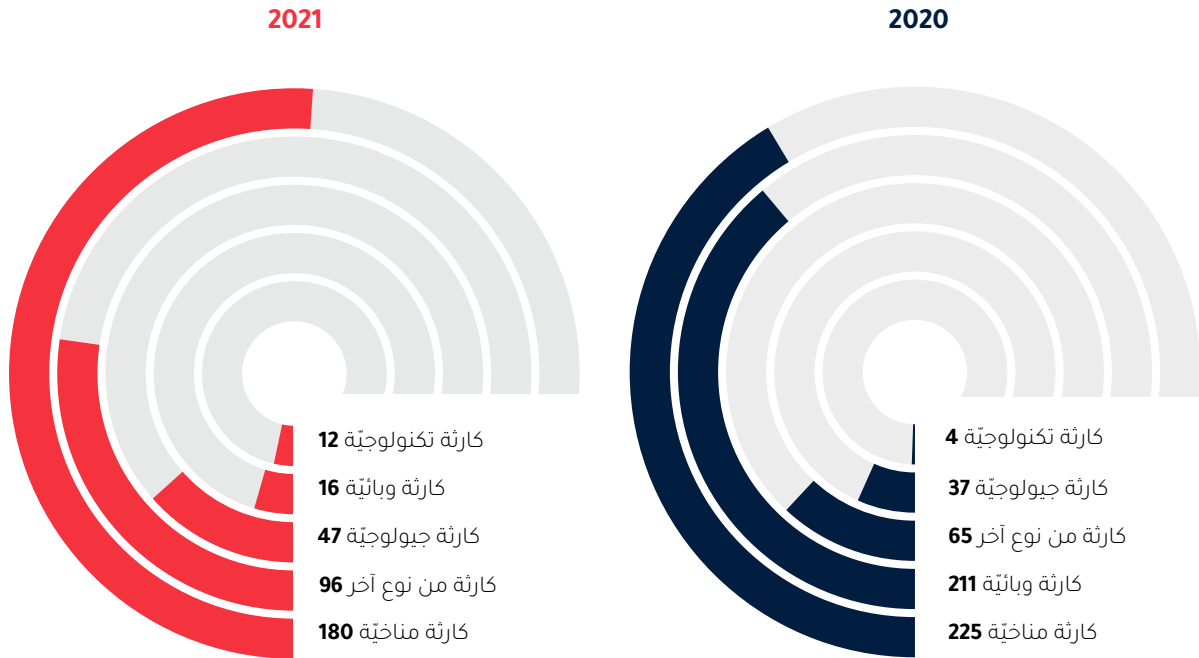


3.1.8 استجابات الطوارئ الصادرة عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في العامين 2020 و2021

تماشياً مع الأعداد الكبيرة من الكوارث المسجلة في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) لعامي 2020 و2021، قامت الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر بالاستجابة أيضاً لحالات طوارئ كثيرة. وقد تم استخراج هذه البيانات من قاعدة البيانات IFRC GO عبر الإنترنت التابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. الجدير بالذكر أن الفئات لا تتطابق بدقة مع تلك الواردة في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) إلا أنه من الممكن ملاحظة بعض أوجه التشابه. في كل من قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) وبيانات الطوارئ الصادرة عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر يظهر عدد كبير من الأخطار المتعلقة بالمناخ.

وتجدر الإشارة إلى أن حالات الطوارئ التي تم الاستجابة لها في العام 2021 أقل من تلك التي تم الاستجابة لها في العام 2020. ويعود ذلك إلى انخفاض عدد حالات الطوارئ الوبائية التي تم الاستجابة لها. وما من سبب واضح لذلك ولكن لا يمكن تبرير هذا الأمر بالاستناد ببساطة إلى واقع أن وباء كوفيد-19 تفتت السيطرة عليه بشكل كبير في العام 2021 من خلال حملات التلقيح. حتى عند فصل حالات كوفيد-19 عن البيانات لا تزال أرقام 2021 منخفضة أكثر من أرقام العام 2020. ولكن تجدر الإشارة إلى أنه ما من سبب يدفع للاعتقاد بأن ذلك يمثل بداية تراجع طويل المدى إذ أن عدد حالات تفشي الأمراض يتغير دائماً بشكل ملحوظ مقارنة بالعام السابق.

الرسم 9.8: حالات الطوارئ التي استجاب لها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في العامين 2020 و2021 حسب نوع الكارثة، (أ) بالنسبة المئوية و(ب) بالأرقام



المصدر: IFRC GO

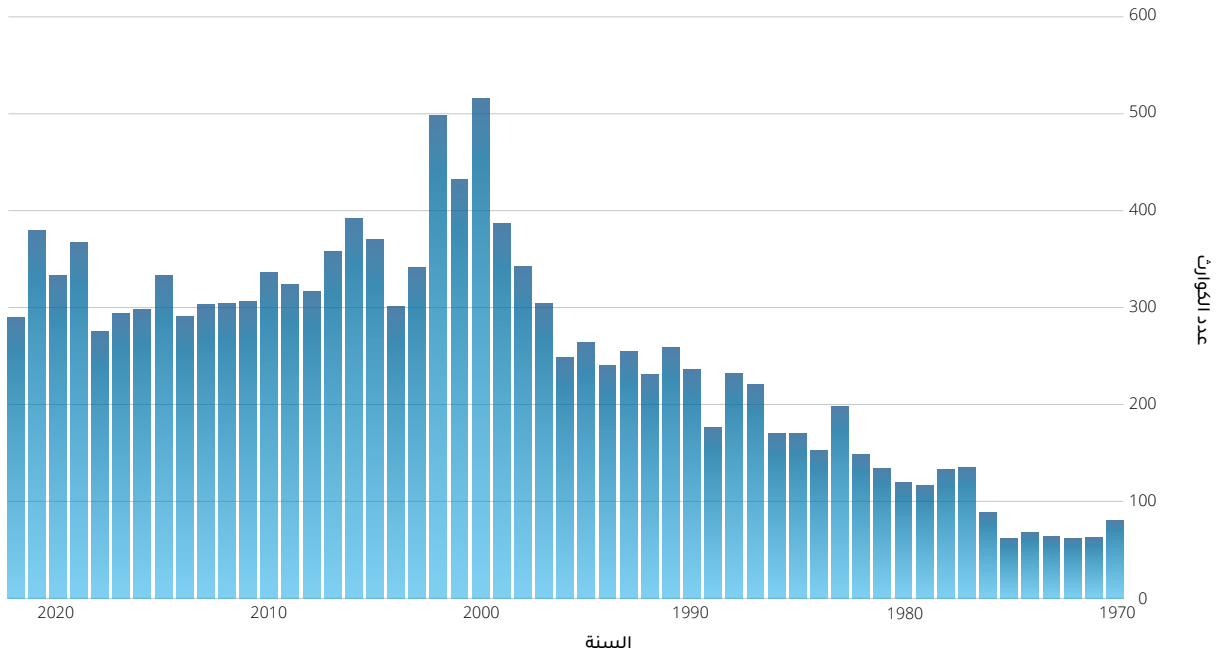
ملاحظات: تشمل فئة «كوارث مناخية» الأعاصير والحرائق وموجات الحر وموجات البرد وحالات الجفاف والفيضانات وهبوب العواصف والأمطار والفيضانات المفاجئة. وتشمل فئة «كوارث من نوع آخر» انعدام الأمن الغذائي، وحركة السكان، والاضطرابات المدنية وحالات الطوارئ المعقدة. أما فئة «غير مخددة» فتشير إلى عدم تسجيل نوع الكارثة في قاعدة البيانات

2.8 تقع الكوارث بشكلٍ متكرّرٍ على الصعيد العالمي

منذ العام 1970 ازداد معدّل عدد الكوارث السنويّة الناجمة عن الأخطار الطبيعيّة. ويُعتبر التوجّه واضحًا على الرغم من التقلّب الكبير الذي يظهر من سنة إلى أخرى.

الجدير بالملاحظة أنّ مجموعة البيانات هذه لا تشمل جائحة كوفيد-19 كما أنها لا تشمل قائمة شاملة بالكوارث الوبائيّة الأخرى إذ أنّ بعضها غير مسجّل في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT). ويُعتبر من الصعب مقارنة حالات تفشّي الأمراض بالكوارث الأخرى، لا سيّما عندما تنتشر هذه الأمراض على النطاق العالمي وهو ما حدث في حالة وباء كوفيد-19. على سبيل المثال، لو تمّ اعتبار الجائحة كارثةً واحدةً طويلة الأمد لما أحدثت فرقًا واضحًا في التوجّهات العامة الظاهرة في الرسم البياني - في حين أنها في الواقع أكبر كارثة شهدتها البشريّة في مثل هذه الفترة الزمنيّة المحدّدة.

الرسم 10.8: عدد الكوارث الناجمة عن الأخطار الطبيعيّة المسجّلة سنويًا على مستوى العالم في الفترة الممتدّة بين 1970 و2021



المصدر: EM-DAT. ملاحظات: الأوبئة، بما فيها وباء كوفيد-19 ليست مدرجة في مجموعة البيانات مع الإشارة إلى أنّ النزاعات غير مدرجة أيضًا.

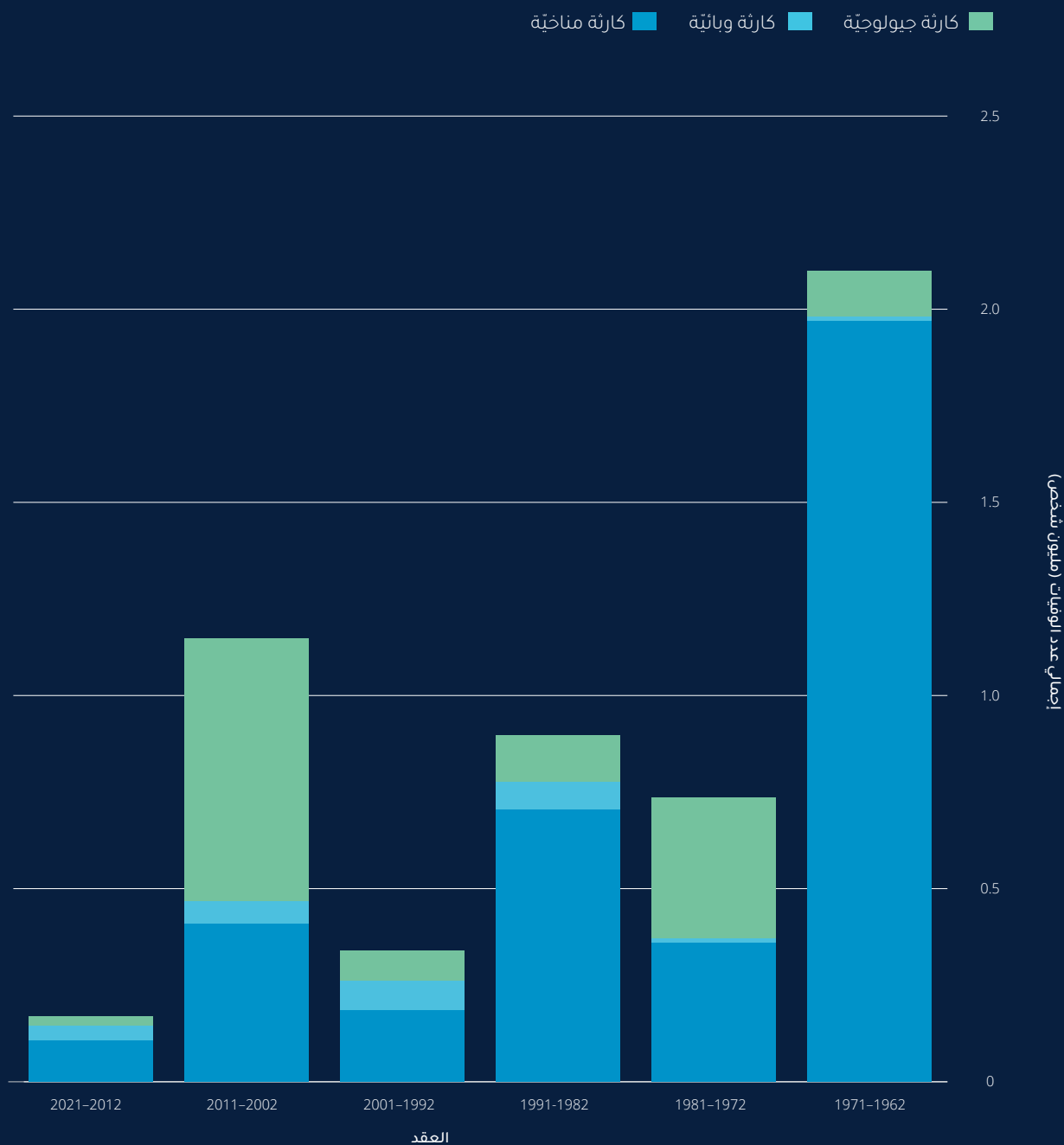
لقد سُجِّل انخفاضٌ طفيفٌ في معدّل عدد الكوارث في العقد الماضي (أي بين 2012 و2021). ولا يزال سبب ذلك غير واضح ويظهر العديد من التفسيرات المحتملة. فقد يعود ذلك جزئيًا إلى تحسين إدارة مخاطر الكوارث ما أدّى إلى تحسين قدرة بعض المجتمعات على الصمود في وجه الأخطار الطبيعية (Formetta and Feyen, 2019). وتماشياً مع ذلك، يقدّم القسم التالي دليلاً على انخفاضٍ مماثلٍ في عدد الوفيات المرتبطة بالكوارث وهو يعود إلى تحسين إدارة مخاطر الكوارث. كذلك، الجدير بالذكر أنّ تغيّر المناخ وعوامل أخرى تؤثر على زيادة تواتر بعض الأخطار الطبيعية وشدّتها إلّا أنّ تحسين إدارة مخاطر الكوارث قد يحدّ من عدد تلك الأخطار التي تتحوّل إلى كوارث. ويُعتبر هذا التفسير مثيّرًا للاهتمام ولكن على الأرجح أنّه غير كامل. فقد يحدّ تحسين إدارة الكوارث من تأثيرات الأحداث إلّا أنّه من غير المرجّح أن يتسبّب في عدم الإبلاغ عنها إلّا إذا كانت الأحداث بسيطةً ربّما. كذلك، لا يمكن استبعاد احتمالات أخرى فقد يعود الانخفاض الواضح في عدد الكوارث إلى مشاكل في عمليّة الإبلاغ مثل عدم الإبلاغ عن الكوارث الصغيرة والانحياز إلى الأحداث الواقعة في البلدان ذات الدخل المرتفع (راجع الفصل 5). كذلك، قد يكون السبب هو التأثيرات العشوائية وعامل الصدفة. ونظرًا إلى أنّ الأخطار المتعلقة بالمناخ هي السبب الرئيسي وراء الكوارث فمن المحتمل للدورات الممتدّة على عدّة سنوات أن تؤثر على النظام المناخي مثل تذبذب شمال الأطلسي وظاهرة النينو - التذبذب الجنوبي على تواتر الأخطار مثل الفيضانات وحالات الجفاف (Emerton et al, 2017; Najibi and Devineni, 2018). فعادةً يحتاج علماء المناخ إلى بيانات تمتدّ لعقودٍ عديدةٍ لإثبات توجّه حقيقي طويل المدى، فالانخفاض المسجّل من عقدٍ إلى آخر لا يُعتبر دليلًا قاطعًا على وجود انخفاض حقيقي.

ومن الممكن أن تكون العوامل الثلاثة جميعها (تحسين إدارة مخاطر الكوارث، والثغرات في الإبلاغ، والدورات المناخية القصيرة المدى) قائمة. وبغض النظر عن التفسير الحقيقي، فقد شهد العقد الماضي عددًا كبيرًا جدًّا من الكوارث مقارنةً بالسنوات الستين الماضية.

في المقابل انخفض العدد الإجمالي للوفيات العالمية الناتجة عن الكوارث منذ ستينيات القرن الماضي، وفقًا لقاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT). وذلك على الرغم من تعرّض عدد متزايد من الأشخاص لأخطار مرتبطة بالمناخ والطقس وعلى الرغم من ازدياد شدّة هذه الأخطار وتواترها (Irfan, 2022). ويُعتبر التحسّن في التنبؤ بالأحوال الجوية وبالتالي في أنظمة الإنذار المبكر من الأسباب الرئيسية المساهمة في انخفاض معدّل الوفيات إلى جانب تنفيذ عمليات الإجلاء المتقدّمة للحياة وعمليات الإنقاذ (WMO, 2021).

ومع ذلك فإنّ تقسيم البيانات بحسب العقود يشير إلى أنّ نسبة الانخفاض الكبرى كانت بين الستينيات والسبعينيات بسبب الانخفاض الكبير في عدد الوفيات الناجمة عن الكوارث المرتبطة بالمناخ ومنذ تلك الفترة لم يعد هناك توجّه واضح. إضافةً إلى ذلك، لا تتضمّن مجموعة البيانات 5.94 مليون حالة وفاة مؤكّدة ناجمة عن وباء كوفيد-19 في العامين 2020 و2021 ما سيؤدّي إلى تضخيم معدّل الوفيات الخاصّ بالفترة الممتدّة بين 2012 و2021 بشكلٍ ملحوظٍ.

الرسم 11.8: إجمالي عدد الوفيات الناجمة عن الكوارث المسجلة عالميًا لكل عقد وقد تم تقسيمها بحسب نوع الكارثة



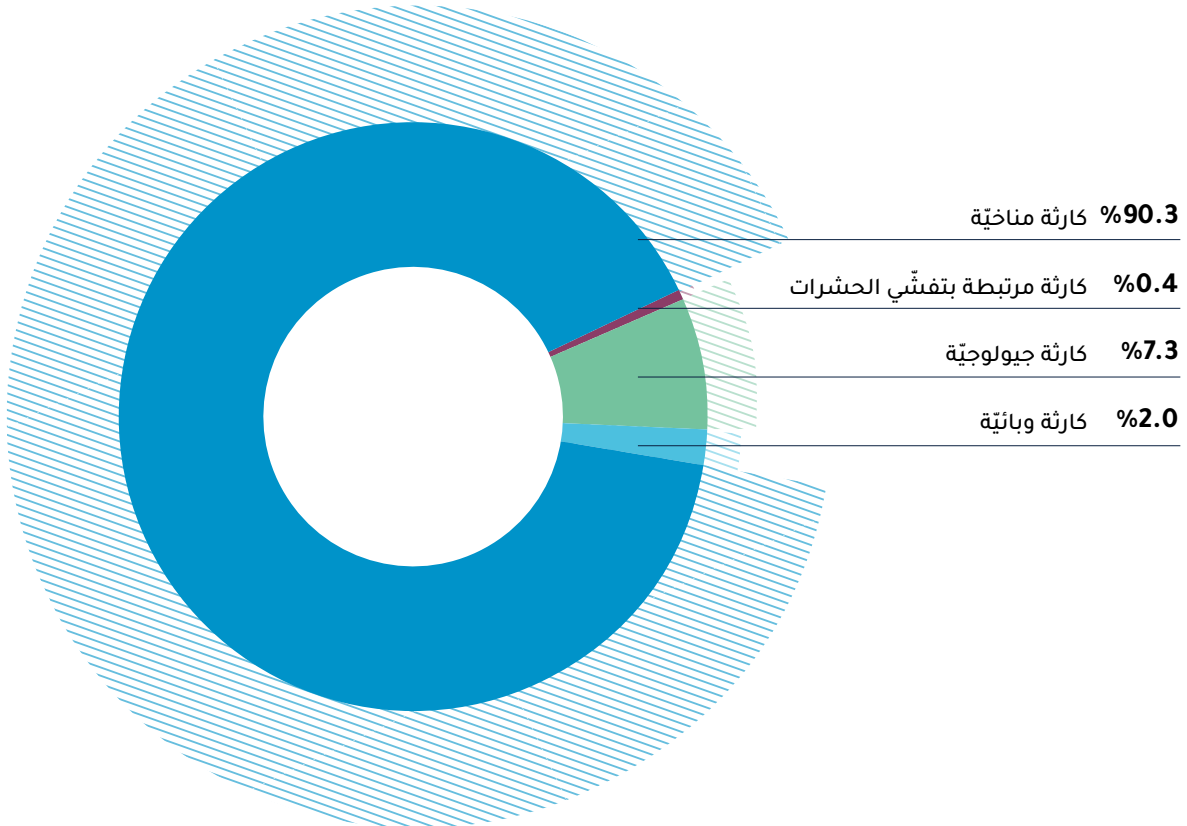
المصدر: EM-DAT
ملاحظات: الأوتة، بما فيها وباء كوفيد-19 ليست مدرجة في مجموعة البيانات مع الإشارة إلى أن النزاعات غير مدرجة أيضًا.

1.2.8 الكوارث الطبيعية المسجلة في العامين 2020 و2021 والمصنفة بحسب نوع الكارثة

ارتفعت نسبة الأخطار المتعلقة بالمناخ أكثر وأكثر في 2020 و2021. وفي هذين العامين، كانت 90.3 في المئة من الكوارث الطبيعية المسجلة ناجمة عن الأخطار المرتبطة بالمناخ والطقس، أما الأخطار الجيولوجية مثل الزلازل والنشاط البركاني فقد بلغت نسبتها 7.3 في المئة. والجدير بالذكر أن الأخطار الباقية نتجت عن الأوبئة (باستثناء وباء كوفيد-19) وعن تفشي الحشرات مثل الجراد.

ويزيد ذلك من الدلائل المشيرة إلى ارتفاع نسبة الأخطار المرتبطة بالمناخ. وقد أفاد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر في التقرير عن الكوارث في العالم للعام 2020 أن 76 في المئة من الكوارث المُبلَّغ عنها في السنتين كانت مرتبطة بالمناخ والطقس إلا أن هذه النسبة ارتفعت إلى 83 في المئة في الفترة الممتدة بين 2010 و2019 و2020 (IFRC, 2020). وقد أظهرت عملية إعادة تحليل البيانات المحدثة لهذا التقرير الواردة في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) أن هذه النسبة في العقد الماضي بلغت في الواقع 84 في المئة. وتشير البيانات المتعلقة بالعامين 2020 و2021 إلى استمرار هذا التوجه.

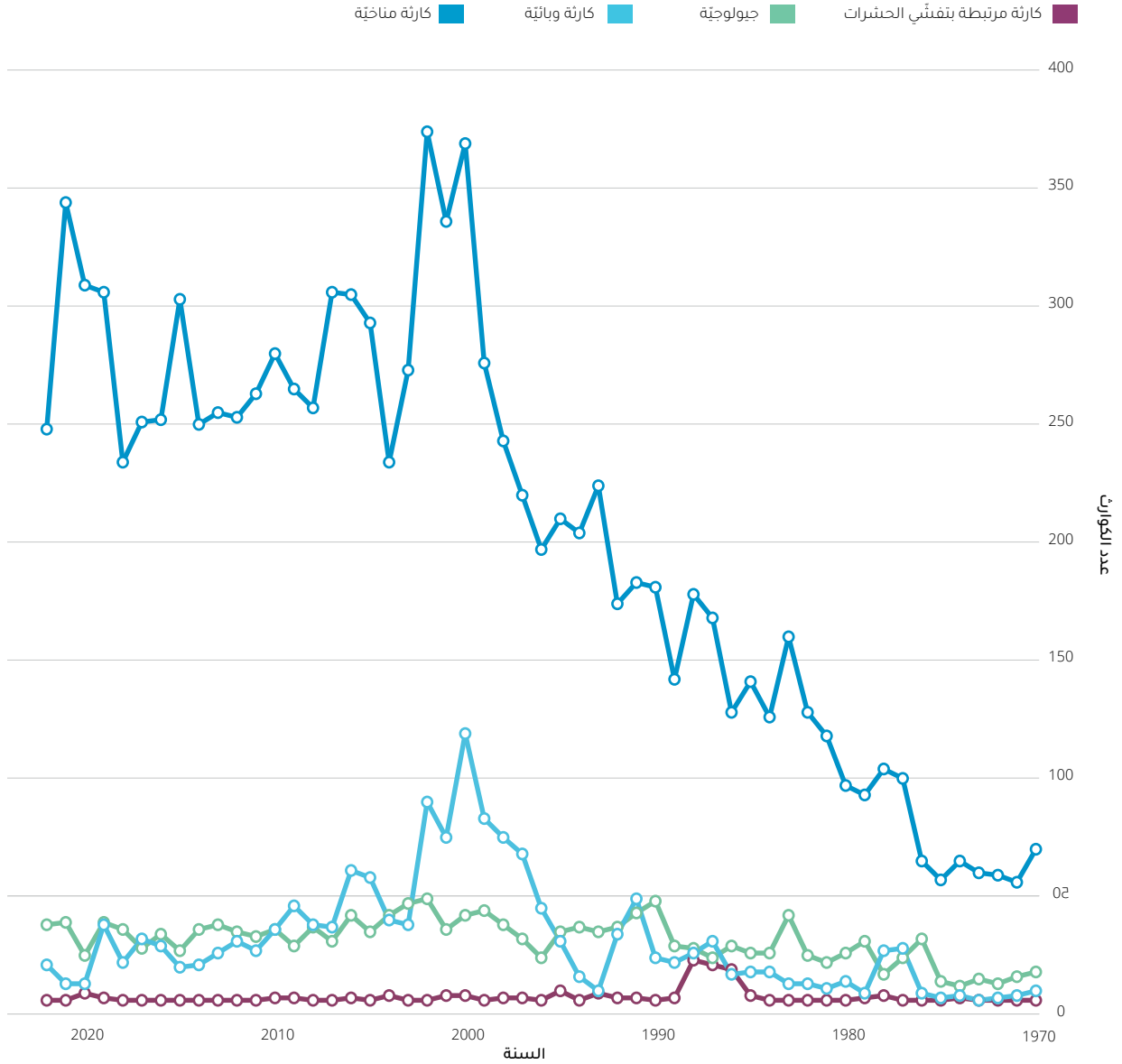
الرسم 12.8: الكوارث الطبيعية المسجلة في العامين 2020 و2021 والمصنفة بحسب نوع الكارثة



المصدر: EM-DAT
شكّلت الأخطار المرتبطة بالمناخ والطقس أكبر مصدر للكوارث حتى الآن

يوضّح تحليل التوجّهات في أنواع الكوارث على مدى العقود الخمسة الماضية ما يحدث فعليًا. فلا يزال عدد الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس يزداد في حين أنّ الأخطار الجيولوجية بقيت كما هي. كذلك، لا تُظهر قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) أي توجّه متّخذ في الأوبئة أو حالات تفشّي الحشرات. غير أنّ هذا الأمر يعود إلى إغفال مثل هذه الأخطار البيولوجية في السجّلات بشكلٍ متكرّرٍ. وتشير خطوط أخرى من الأدلة إلى أنّ تفشّي الأمراض قد أصبح أكثر تواترًا خلال العقود القليلة الماضية (راجع الفصل 1).

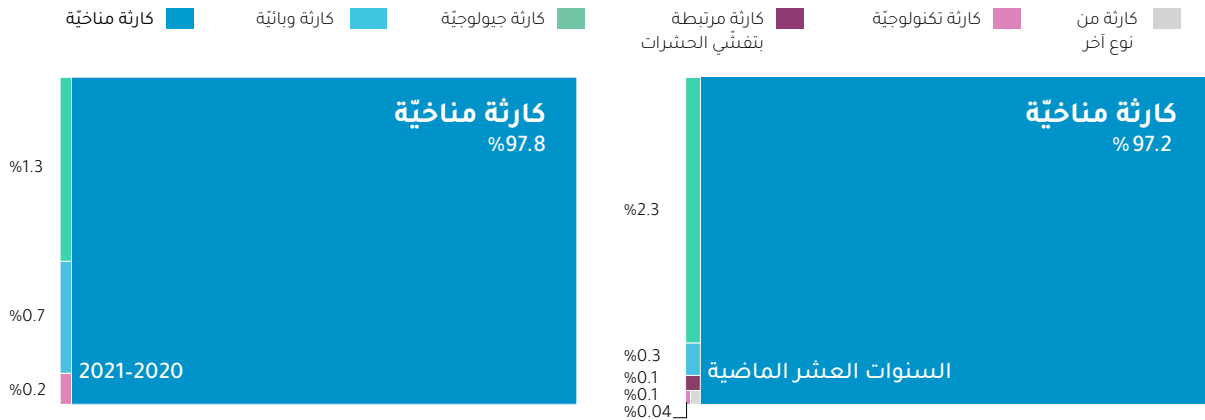
الرسم 13.8: عدد الكوارث الواقعة في الفترة الممتدّة بين 1970 و2021 المصنّفة بحسب النوع وحسب السنة



المصدر: EM-DAT
ملاحظات: ازداد عدد الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس سنويًا خلال هذه الفترة. في حين أنّ عدد الكوارث المرتبطة بالأخطار الجيولوجية لم يتغيّر.

يمكن الملاحظة أنّ الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس هي أيضًا الكوارث الأكثر تأثيرًا على الأشخاص المتضررين من الكوارث. على مدى السنوات الاثنتي عشرة الماضية بقيت نسبة المتضررين من الكوارث المرتبطة بالمناخ أو الطقس ثابتة بين 97 و98 في المئة. ويبلغ معدّل الأشخاص المتضررين من الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس في كلّ عام حوالي 100 مليون شخص. كذلك، تسبّب الكوارث المرتبطة بالأخطار الجيولوجية بثاني أكبر نسبة من الأشخاص المتضررين من الكوارث.

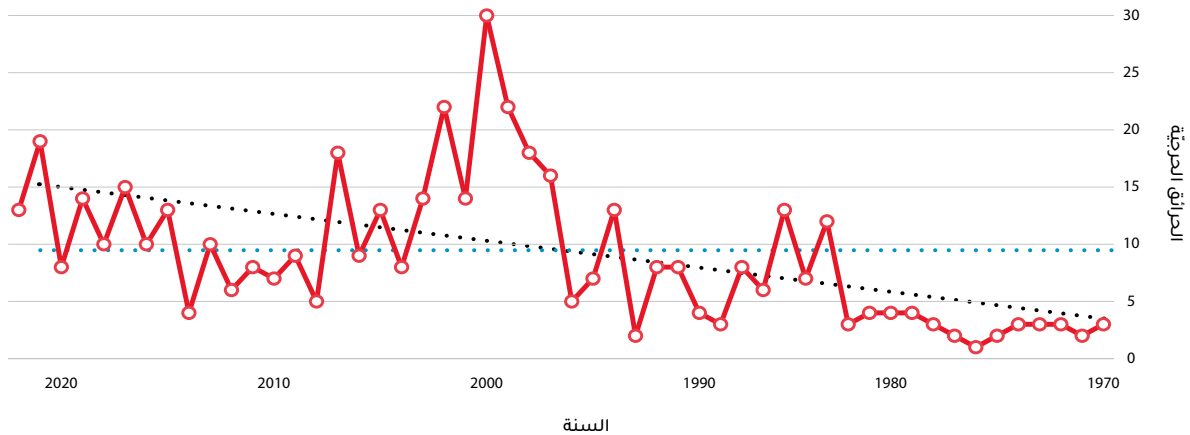
الرسم 14.8: النسبة المئوية لإجمالي عدد الأشخاص المتضررين من الكوارث كلّ عام والمصنّفين بحسب نوع الكارثة



المصدر: EM-DAT

تماشيًا مع هذه التحليلات، ظهر خلال العقود الخمسة الماضية توجّه تصاعدي في عدد الكوارث التي تسببها الحرائق الحرجية والتي ترتبط بالمناخ والطقس. ويُعتبر هذا التوجّه واضحًا على الرغم من التفاوتات المرتفعة بين سنة وأخرى. كذلك، فإنّ نسبة ظهور الحرائق الحرجية الحالية أعلى من المستويات التي لوحظت من الفترة الممتدة من الستينيات إلى التسعينيات.

الرسم 15.8: الكوارث السنوية الناجمة عن الحرائق الحرجية، الفترة الممتدة بين 1970 و2021



المصدر: EM-DAT

ملاحظة: الخط الأسود المنقط هو التوجّه السائد منذ العام 1970 والخط الأزرق المنقط هو معدّل السنوات الخمسين الماضية.

2.2.8 بات تفشي الأمراض أكثر شيوعًا

على مدى العقود القليلة الماضية شهدت البشرية خطرًا متزايدًا لتفشي الأمراض (راجع التعاريف). وتُعتبر جائحة كوفيد-19 المثال الأكثر درامية ويُعتبر بارزًا من حيث العدد الهائل من الحالات والوفيات. إننا نَجِدُ الجدير بالذكر أنه جزء من توجهٍ أوسع نطاقًا.

جمعت دراسة أُجريت في العام 2014 بيانات حول الأمراض للفترة الممتدة من 1980 إلى 2013 (Smith et al, 2014). وقد تناولت هذه الدراسة 12102 حالة تفشي لـ 215 مرضًا معديًا يصيب البشر. وبعد التحكم في حالات الالتهاب مثل عملية إجراء تحسينات في مراقبة الأمراض وجد الباحثون ارتفاعًا كبيرًا في العدد الإجمالي لحالات تفشي الأمراض وتنوعها. وفي أوائل الثمانينيات ظهر أقل من 1000 حالة تفشي للأمراض سنويًا ولكن بحلول أواخر العام 2010 تضاعف هذا الرقم ثلاث مرات ليخطئ الـ 3000 حالة. وقد تسببت الأمراض الحيوانية المنشأ أي الأمراض التي تُنقل من الحيوانات إلى البشر في 56 في المئة من حالات تفشي الأمراض.

كذلك، ظهر في تحليل أجرته منظمة الصحة العالمية ما يلي: «إن أوبئة الأمراض المعدية تظهر في كثير من الأحيان وتنتشر بشكلٍ أسرع وأكبر من أي وقت مضى في الكثير من المناطق المختلفة حول العالم». وقد حدّد التحليل 1307 حدثًا وبائيًا قد وقع بين 2011 و2017 أي ما يعادل 187 حدثًا وبائيًا في السنة (WHO, 2018).

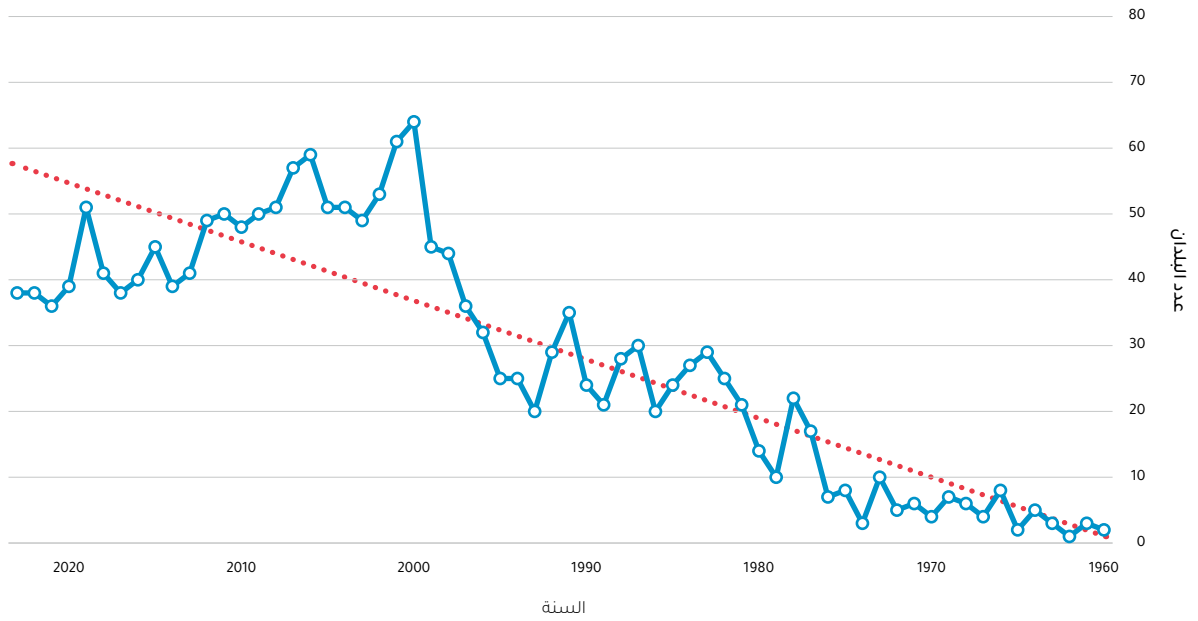
ومؤخرًا حدّدت إحدى المراجعات التي وُضعت عن وجود «موجة تفشي لأمراض معدية حادة» في القرن الحادي والعشرين (Baker et al, 2021). فتشمل هذه الموجة حالة تفشي فيروس كورونا المسبب لمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS) في العام 2003 وجائحة إنفلونزا الخنازير في العام 2009 وتفشي فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS) في العام 2012 ووباء إيبولا المنتشر في الفترة الممتدة من 2013 إلى 2016 في غرب إفريقيا ووباء زيكا في العام 2015.

ويشير الخبراء إلى أسباب مختلفة لهذه التوجهات الوبائية ويربطها Baker et al, 2021 بتغييرات جذرية في المكان الذي يعيش فيه الأشخاص ومدى تنقلهم. منذ العام 2007 تزداد الكثافة السكانية ويعيش عدد أكبر من الناس في المناطق الحضرية بدلًا من المناطق الريفية. وتجدر الإشارة إلى أن هذا العامل يخلق ظروفًا مثالية لانتشار المرض بشكلٍ سريع. كذلك، تضاعفت رحلات الطيران منذ العام 2000 ما سمح بانتشار المرض بشكلٍ سريع عبر الدول. وتشمل العوامل الأخرى تغيير المناخ الذي يؤثر على ظهور مسببات الأمراض الجديدة أو المعدلة وعودة ظهور مسببات الأمراض القديمة ومدى ضعف الأشخاص تجاهها. تجدر الإشارة إلى أنه غالبًا ما تتطلب عملية إنتاج الغذاء وجود حيوانات بأعداد كبيرة في ظروف غير صحية. وتؤثر أنواع أخرى من الكوارث على مدى ضعف الأشخاص تجاه مسببات الأمراض وذلك عن طريق سوء حالة الصرف الصحي والتغذية وضعف إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية.

3.8 تتداخل الكوارث أكثر وأكثر

نظرًا لزيادة حالات تفشي الأمراض والكوارث المتعلقة بالمناخ والطقس تشهد البلدان بشكل متزايد كارثتين أو أكثر تقع في وقت واحد. على مدى السنوات الستين الماضية ازداد عدد البلدان التي عانت من مثل هذه الكوارث المتداخلة. فنعرّف الكوارث المتداخلة على أنها حالات تقع فيها كارثتان في البلد نفسه مع وقوع الكارثة الثانية قبل انتهاء الكارثة الأولى. ويمكن أن تتخذ هذه الكوارث المتزامنة أشكالاً عدّة: مثلًا أضرار الرياح الناتجة عن عاصفة مقرونة بفيضان منفصل أو موجة حرّ مقرونة بحريق حرجي.

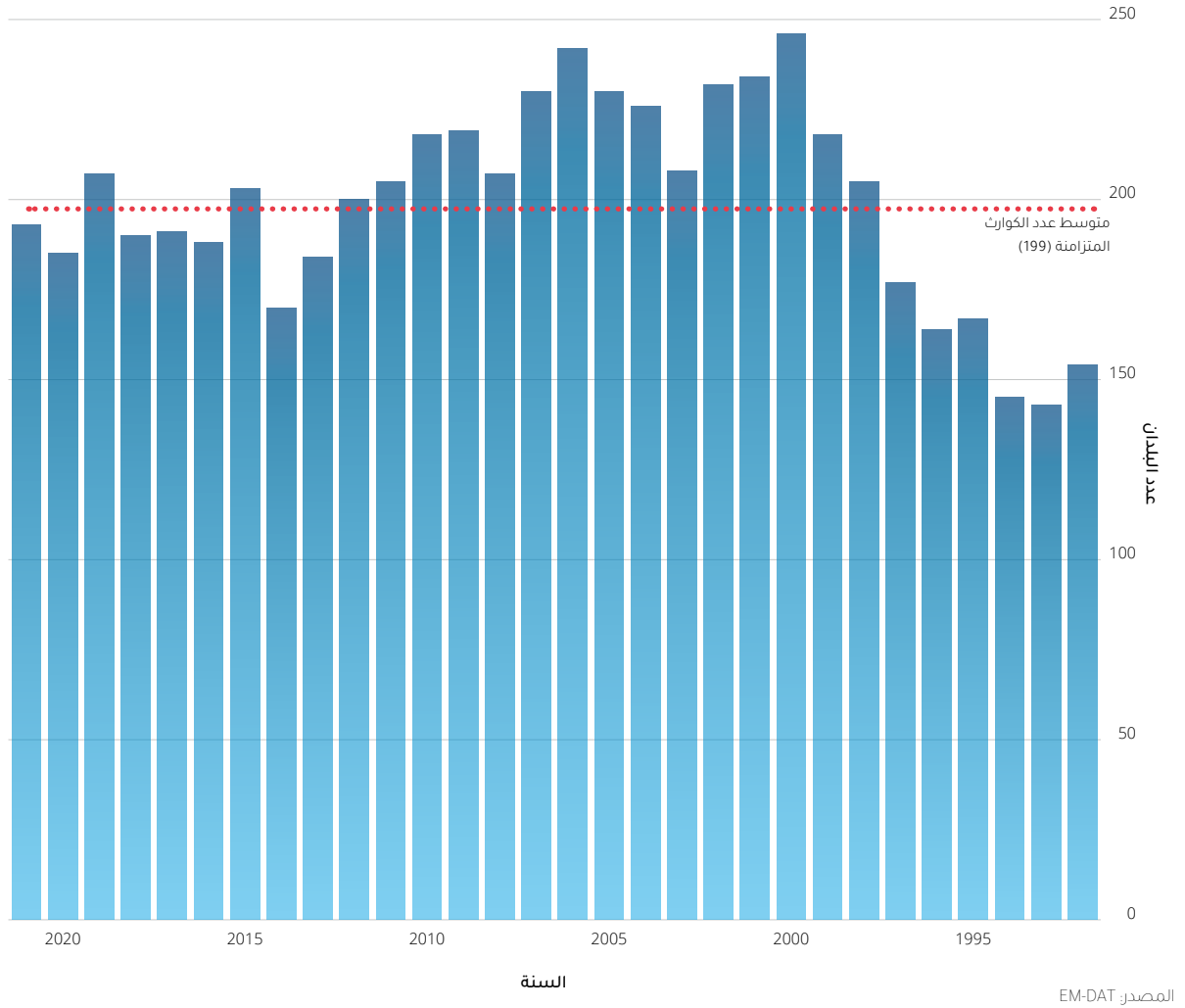
الرسم 16.8: عدد البلدان التي تعرّضت لكارثتين متداخلتين أو أكثر على الأقلّ مرّة واحدة في السنة. في الفترة الممتدة من 1970 إلى 2021



المصدر: EM-DAT

على مدى السنوات الثلاثين الماضية، تضرّر ما يعادل 44 دولة تقريبًا كلّ سنة بكوارث متزامنة مرّة واحدة على الأقلّ في ذلك العام. كذلك، شهدت السنوات الثلاثين الماضية كوارث بمعدّل 199 كارثة متزامنة كلّ عام أي ما يتخطّى معدّلات العقود السابقة. ويبقى هذا المعدّل المرتفع للكوارث المتزامنة واضحًا على الرغم من التباين الكبير من عام لآخر.

هذا لا يشير بالضرورة إلى تضرّر السكان أنفسهم نظرًا إلى أنّه من الممكن أن تقع كوارث في مناطق مختلفة من البلاد لا سيما إذا كانت ذات مساحة كبيرة. ولكن من المحتمل أن تؤثر الكوارث المتزامنة على قدرة البلد على الاستجابة.



ويدفع هذا الأمر إلى التساؤل حول ما إذا كانت الكوارث المتزامنة تضرب المجتمعات نفسها داخل كلّ بلد. فغالبًا ما لا تكون البيانات مفصلة بما يكفي للحصول على إجابة ولكن قد تظهر بعض الأدلّة في هذا السياق. وتشير البيانات المستمدّة من قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) إلى أنّه في كلّ عام على مدار السنوات العشرين الماضية تعرّضت 20 دولة على الأقلّ لكارثتين متزامنتين أو أكثر في المستوى الإداري الفرعي نفسه. من المحتمل أن تصيب الكارثتان المتزامنتان السكان نفسهم وأن تسبّبا صعوبات شديدة للمستجيبين الإنسانيين.

1.3.8 تأثيرات أشدّ خطورة للكوارث المتداخلة

إذا وقعت كارثتان في الوقت نفسه وفي المكان نفسه فمن المتوقّع أن يكون لكلّ منهما تأثير أكبر من تأثير كلّ منهما بشكلٍ منعزلٍ وتدعم البيانات المتعلّقة بالكوارث هذا الواقع. من خلال النظر على مدى السنوات الستين الماضية في معدّل عدد الأشخاص المتضرّرين من أيّ نوع من الكوارث وجد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أنّ الكارثة التي تقع مع كارثة أخرى في الوقت نفسه وفي البلد نفسه غالبًا ما يكون لها تأثير أكبر سواء من حيث عدد الأشخاص المتضرّرين أو عدد الوفيات.

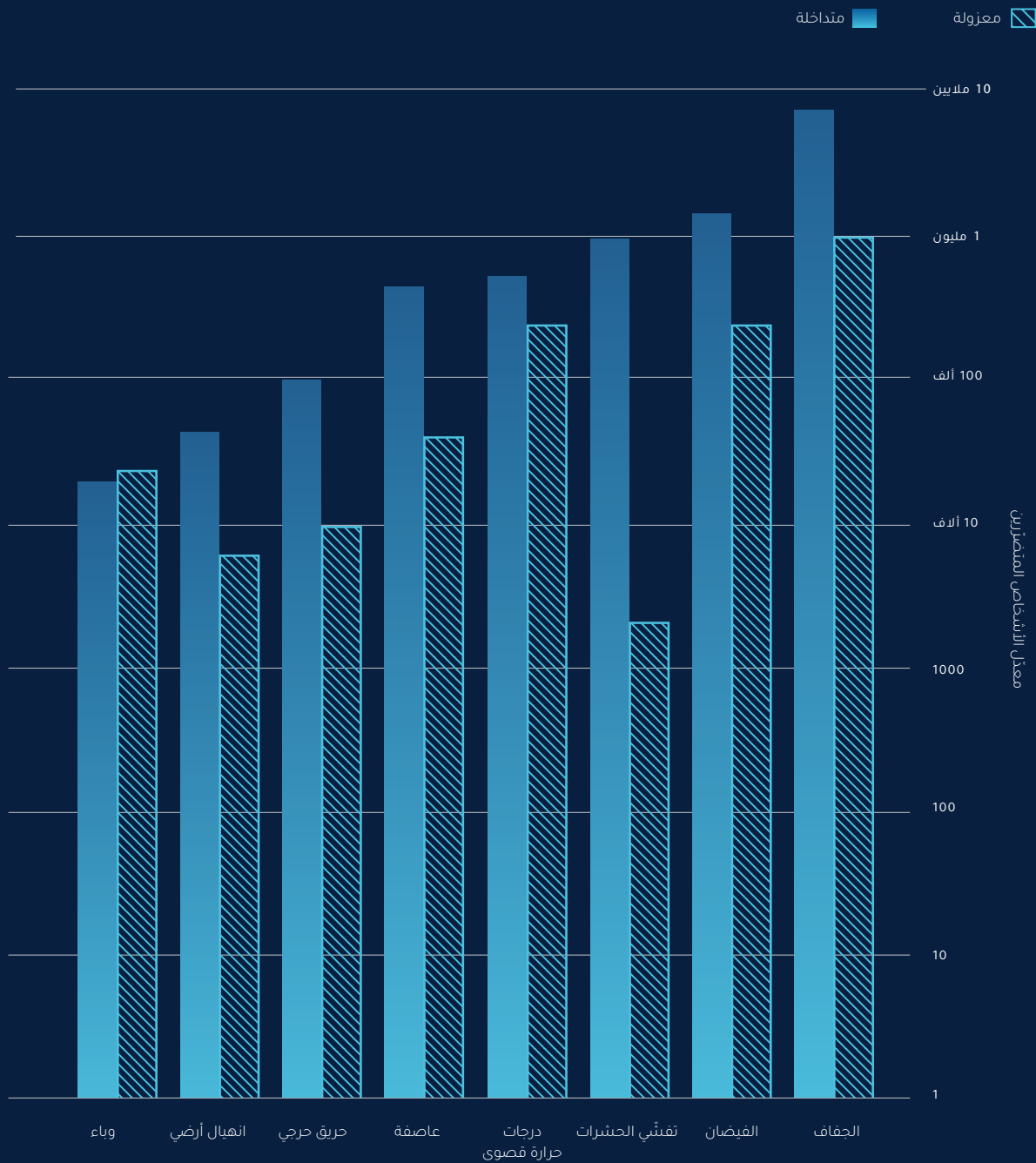
ويظهر استثناء واحد في كلّ تحليل: فتشير البيانات إلى أنّ الأوبئة المتداخلة لم تؤثر على عدد أكبر من الأشخاص مقارنةً مع الأوبئة المعزولة وإلى أنّ العواصف المتداخلة لم تسبّب بوفاة الأشخاص أكثر من تلك المعزولة. وليس من الواضح سبب عدم توافق هذين النموذجين إلا أنّه من الممكن أن يكون ناتجًا عن بيانات ناقصة و/أو ضوضاء إحصائية.

إضافةً إلى ذلك، يجب أخذ تحذيرين في الاعتبار. أوّلًا، أنّه من المرجّح أن تتداخل الكوارث التي تمتدّ على مدى فترة زمنية أطول مع الكوارث الأخرى، كما أنّه من المرجّح أن تؤثر على عدد أكبر من الأشخاص. ثانيًا، من المرجّح أيضًا أن تتداخل الأحداث العالية الشدّة من النوع نفسه بسبب التقلّبات الموسميّة على سبيل المثال، وقعت أكبر الحرائق الحرجيّة خلال فصل الصيف وأكبر العواصف بعد وقوع ظاهرة ال نينيو. في المقابل، يُرجّح أن تكون الأحداث المنخفضة الشدّة معزولة.

علاوة على ذلك، ينبغي الأخذ في الاعتبار اثنين من المحاذير التي لم يكن من الممكن التحكم فيهما أثناء استخدام البيانات المتاحة.

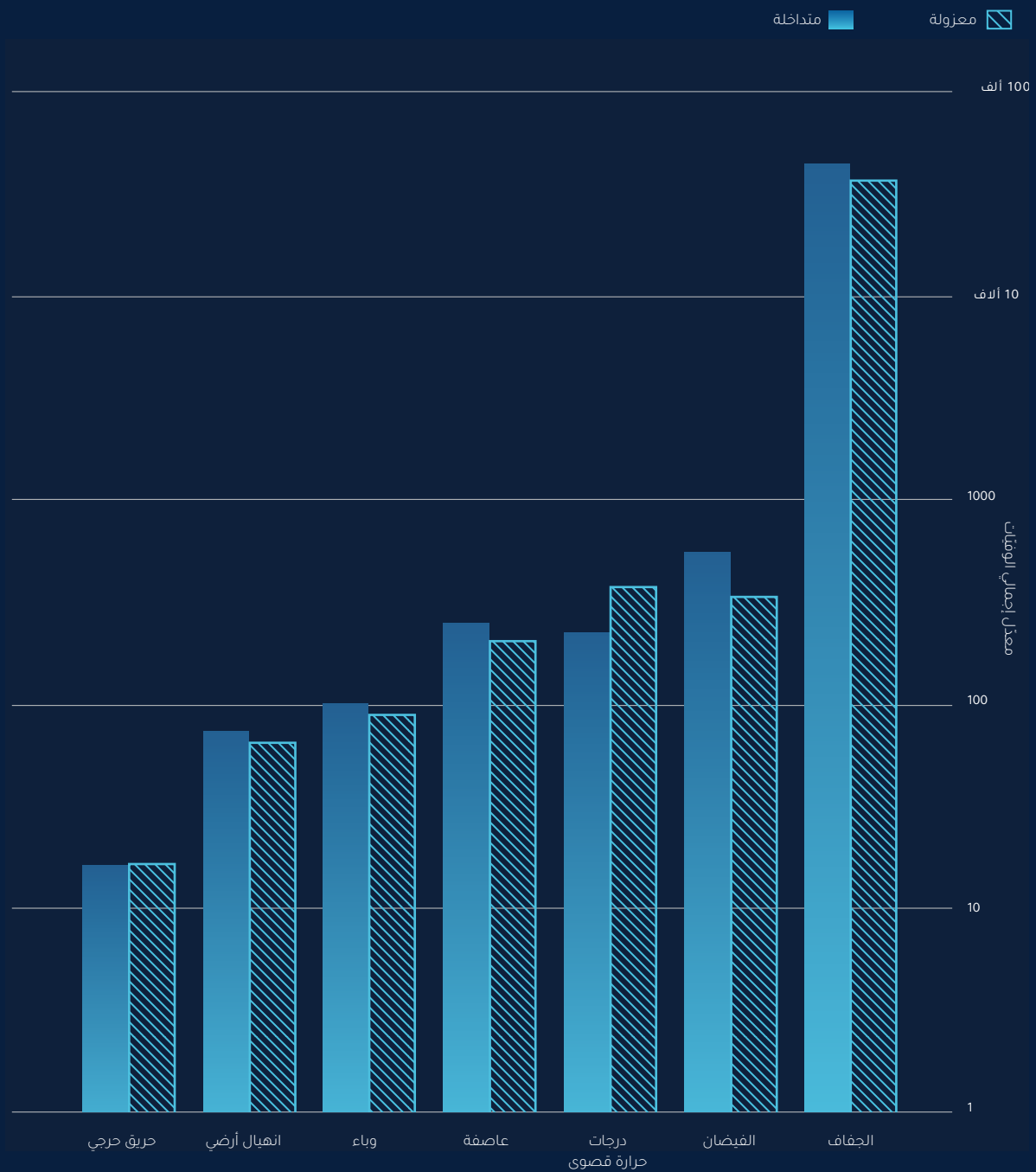
- أوّلًا، من المرجّح أن تتداخل الكوارث التي تحدث على مدى فترة زمنية أطول مع كوارث أخرى، ومن المرجّح أيضًا أن تؤثر على عدد إجمالي أكبر من الأشخاص.
- ثانيًا، من المرجّح أن تتداخل الأحداث عالية الحدة من نفس النوع بسبب التقلّبات الموسمية. على سبيل المثال، تحدث أكبر حرائق الغابات خلال فصل الصيف وأكبر العواصف بعد ظاهرة النينيو. وفي المقابل، من المرجّح أن تكون الأحداث منخفضة الشدّة معزولة.

الرسم 18.8: معدّل عدد الأشخاص المتضرّرين من كوارث من أنواع مختلفة منها الكوارث المعزولة والكوارث المتداخلة مع كوارث أخرى من أيّ نوع



المصدر: EM-DAT
ملاحظة: البيانات مأخوذة من السنوات الستين الماضية.

الرسم 19.8: معدّل الوفيات الناجمة عن أنواع مختلفة من الكوارث أي الكوارث المعزولة والمتداخلة مع كوارث أخرى من أي نوع



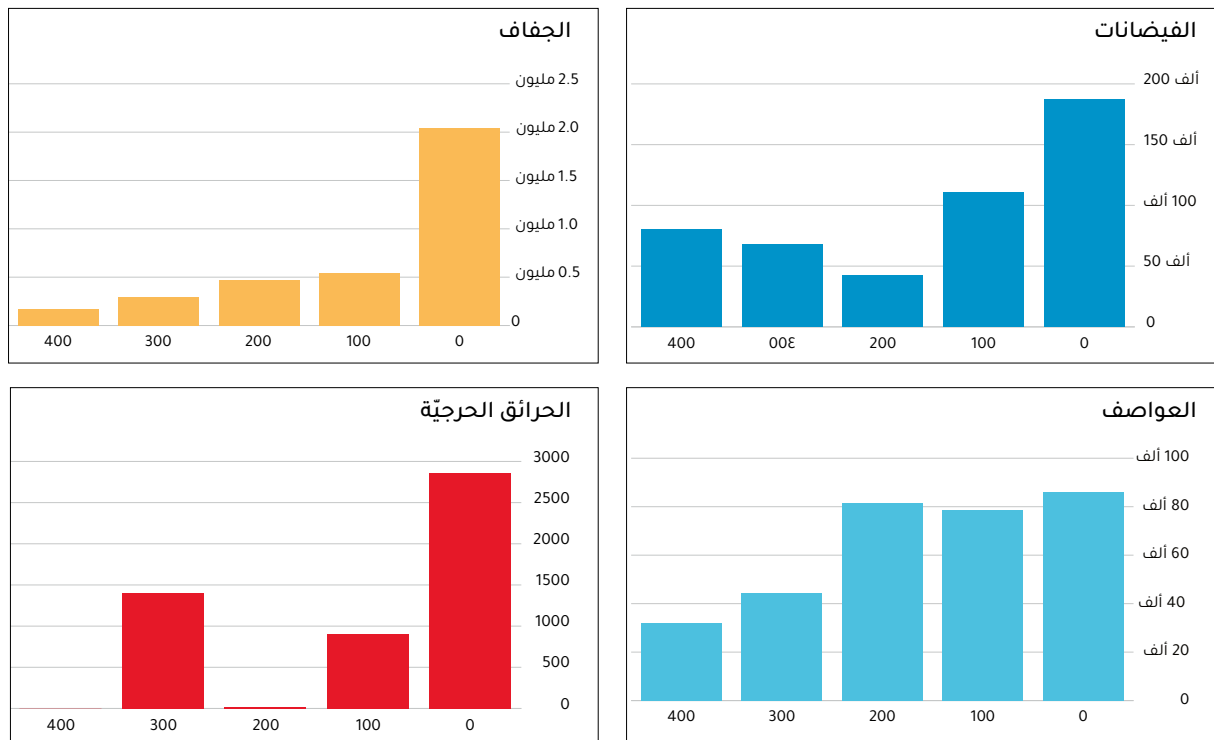
المصدر: EM-DAT
ملاحظة: البيانات مأخوذة من السنوات الستين الماضية.

2.3.8 الكوارث المتداخلة والمتعاقبة في المنطقة الجغرافية نفسها

لاحظنا أنّ تأثيرات الكوارث قد تتصخّم في حال وقعت اثنتان أو أكثر في البلد نفسه وفي الوقت نفسه، إلا أنّ بعض البلدان تتمتع بمناطق جغرافية كبيرة وبالتالي من الممكن ألا تكون الكوارث قريبة جغرافياً. نحاول في هذه التحليلات التحكم في هذا الالتباس. فنقوم بذلك من خلال التركيز على الكوارث التي تقع في الدائرة الإدارية من المستوى الأول في البلد مثل المحافظة. ومن المرجّح أن تكون مثل هذه الكوارث قريبة من الناحية الجغرافية.

أولاً، ننظر بشكل منفصلٍ إلى الكوارث المناخية والهيدرولوجية وكوارث الأرصاد الجوية. عندما تقع هذه الكوارث في إحدى الدوائر الإدارية من المستوى الأول في بلدٍ ما بالتزامن مع وقوع كارثة أخرى أو بعد فترة وجيزة من وقوعها، يرتفع عدد الأشخاص المتضررين. فيحدث هذا الأمر بغض النظر عن الشكل الذي تتخذه الكارثة الأخرى. كلّما كانت الفترة الفاصلة بين الكارثتين أقصر كلما ازدادت أهمية التوجّه. والجدير بالذكر أنّ التحليل لا يكشف عن سبب تضرّر المزيد من الأشخاص.

الرسم 20.8: معدّل عدد الأشخاص المتضرّرين من الفيضانات، والجفاف، والعواصف والحرائق الحرجية، بالاستناد إلى عدد الأيام الفاصلة بين وقوع الكارثة السابقة في الدائرة الإدارية نفسها من المستوى الأول في البلد

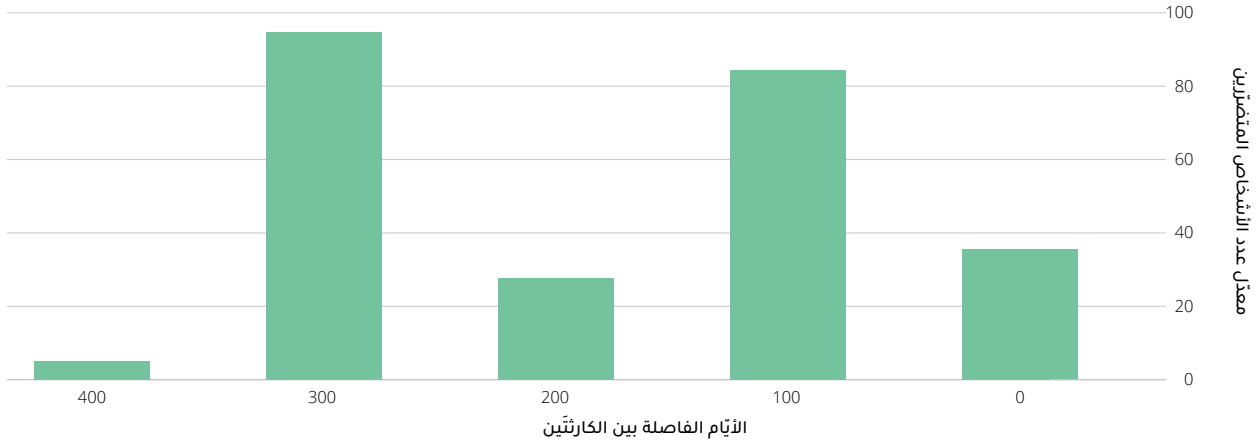


المصدر: EM-DAT

ملاحظات: يشمل التحليل 2452 كارثة وقعت في 182 دولة خلال فترة 30 عامًا. ويتمّ جمع الفترات الزمنية وتقسيمها بحسب كل 100 يوم مع عرض العمود الواقع في أقصى اليمين فاصل زمني لدورة كاملة من المواسم. وتؤثر الكوارث على المزيد من الأشخاص في حال عفت كارثة أخرى بوقت قصير. ويلاحظ النمط نفسه في الفيضانات وحالات الجفاف والعواصف والحرائق الحرجية.

لا تتم ملاحظة هذا التوجّه عالميًا. فوفقًا للبيانات المستمّدة من قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) لا تؤثر الزلازل على أكبر عددٍ من الأشخاص عندما تقع في غضون 100 يوم من وقوع كارثة أخرى وإنما إذا كان الفاصل الزمني بين الكارثتين أطول وبالتالي لا نحظى حتى الآن بتفسير واضح لهذه النتيجة.

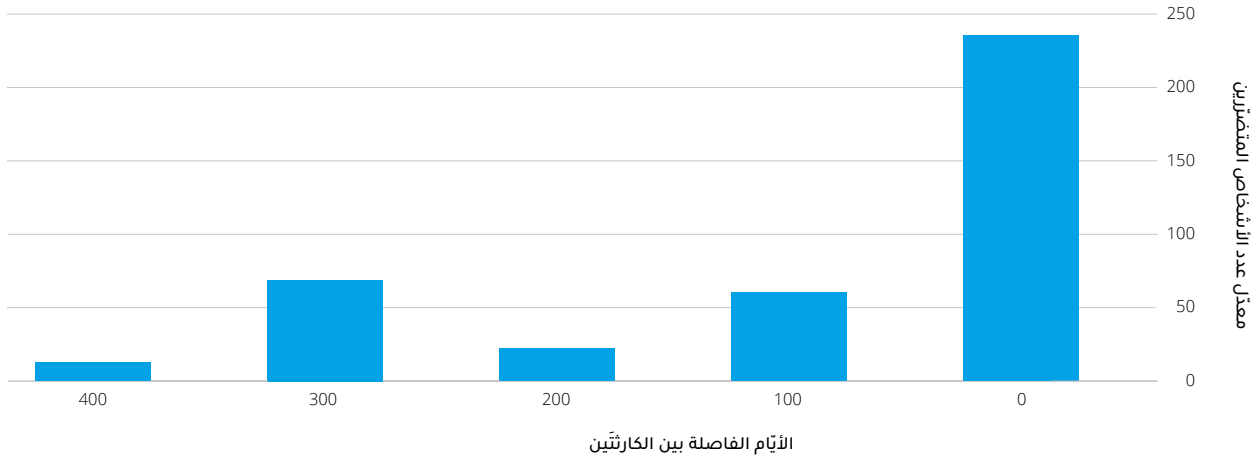
الرسم 21.8: معدّل الأشخاص المتضرّرين من الزلازل بحسب عدد الأيام التي تفصل الزلزال عن الكارثة السابقة في المنطقة الإدارية من المستوى الأول نفسها في بلدٍ معيّن.



المصدر: EM-DAT
ملاحظة: يتمّ تجميع الفواصل الزمنية وتقسيمها بحسب كل 100 يوم مع عرض العمود الواقع في أقصى اليمين دورة كاملة من المواسم.

أخيرًا، يشير تحليل المتابعة إلى أنّ كوارث الفيضانات تكون حادة بشكلٍ خاص عندما يسبقها فيضان أيضًا لا كارثة من نوع آخر. ويشير هذا التحليل إلى أنّ الفيضانات المتعاقبة بشكلٍ سريع تزيد من شدة تأثيرات بعضها البعض.

الرسم 22.8: معدّل الأشخاص المتضرّرين من الفيضانات بحسب عدد الأيام التي تفصل الفيضان عن الفيضان السابق في المنطقة الإدارية من المستوى الأول نفسها في بلدٍ معيّن.



المصدر: EM-DAT

3.3.8 كانت الكوارث مرتبطة بزيادة عدد الأشخاص الذين أصيبوا بمرض كوفيد-19

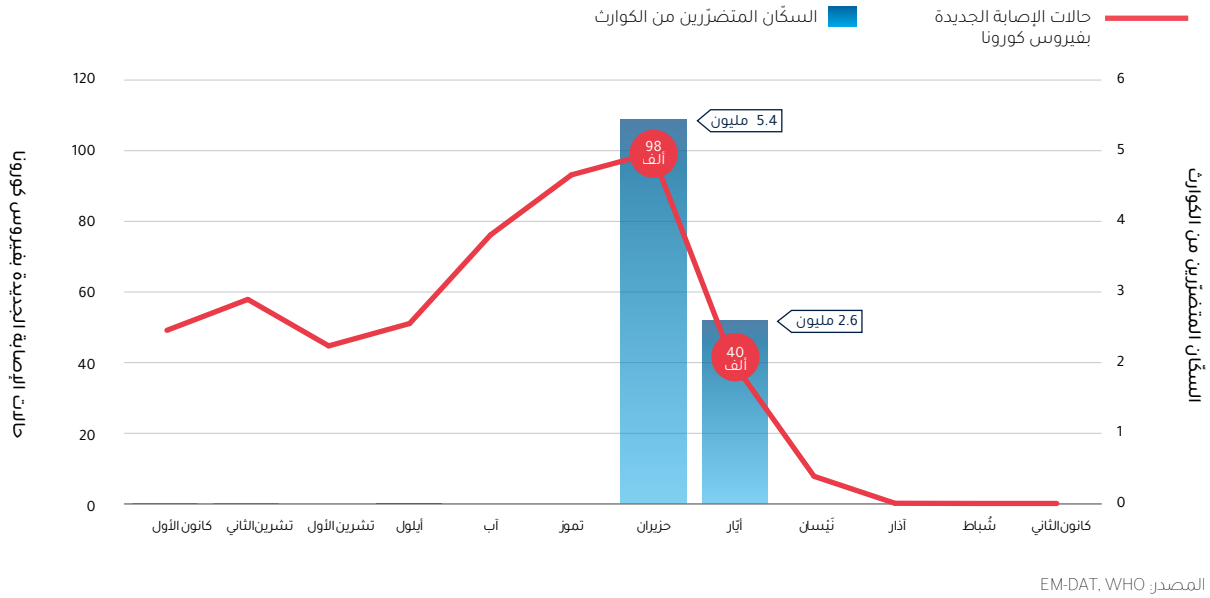
هناك أدلة على أنّ الكوارث أدّت في بعض الأحيان إلى تفاقم جائحة كوفيد-19. وقد حدّد الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر حالات متعدّدة ظهرت فيها كارثة مرتبطة بارتفاع عدد الأشخاص المصابين بمرض كوفيد-19.

وقد تمّت ملاحظة إحدى هذه الحالات في بنغلاديش في العام 2020. فقد تعرّضت البلاد لإعصار أمفان وهو إعصار مداري من الفئة الخامسة في أيار/مايو 2020 (Ellis-Petersen and Ratcliffe, 2020). كذلك، وقعت فيضانات شديدة مرتبطة بالرياح الموسميّة في حزيران/يونيو من ذلك العام (IFRC, 2021). وازداد عدد حالات كوفيد-19 بسرعة خلال هذه الفترة ليتمّ تسجيل أكبر عدد من الحالات في حزيران/يونيو قبل أن ينخفض في الخريف.

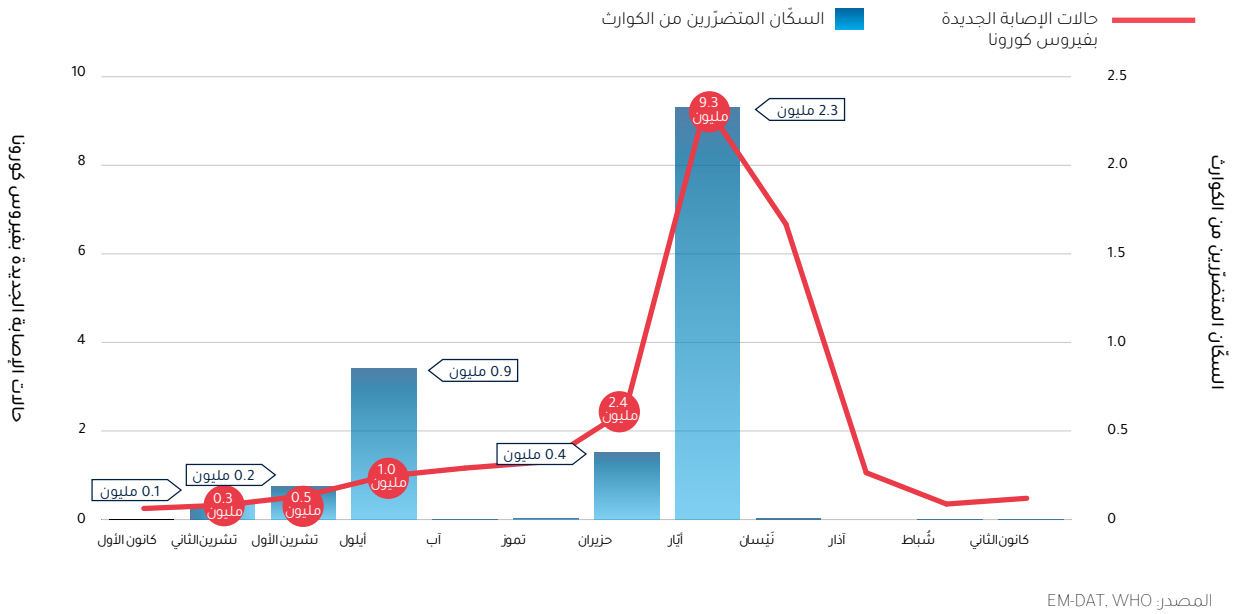
وقد ظهر نمط مماثل في الهند حيث ارتفعت حالات الإصابة بفيروس كوفيد-19 في أيار/مايو 2021 أي خلال الفترة التي شهدت فيها البلاد إعصار ياس (BBC News, 2021). كذلك، تَمَّت ملاحظة هذا الوضع مرتين في بوليفيا وفي شهري كانون الثاني/يناير وشباط/فبراير 2021 تزامنت الفيضانات مع ارتفاع حالات الإصابة بفيروس كوفيد-19. وبعد وقوع الفيضان الثاني في كانون الأول/ديسمبر من ذلك العام بلغ عدد الإصابات بفيروس كوفيد-19 ذروته في كانون الثاني/يناير 2022 (ECPHAO, 2021). وقد شهدت جزر المالديف وتونس حالات مماثلة.

غير أنّ الوضع قد اختلف في تونس، فقد أغلقت الدولة حدودها في أوائل العام 2020 لمنع انتشار فيروس كورونا. وقد وقع فيها إحصار هارولد في 6 نيسان/أبريل 2020 وعانت أضرار جسيمة إلا أنّها بقيت صامدة دون تسجيل أي حالة كوفيد-19 طوال ذلك العام والعام الذي يليه. غير أنّ في 15 كانون الثاني/يناير 2022 ثار بركان هونغا هونغا هاباي بقوة ما تسبّب في اضطراب واسع النطاق. فتحت الدولة حدودها للسماح بدخول المساعدات الدولية وشهدت في غضون أسابيع ارتفاعاً سريعاً في عدد حالات كوفيد-19 المسجّلة (BBC News, 2022).

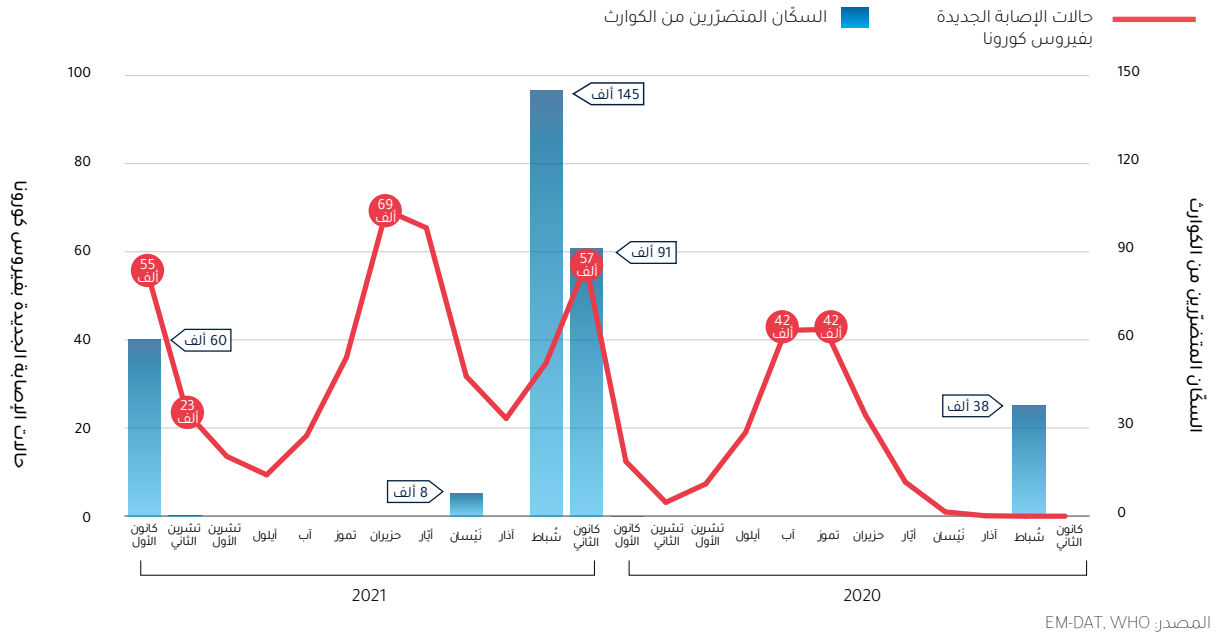
الرسم 23.8: حالات الإصابة بفيروس كوفيد-19 ارتفعت في بنغلاديش في حزيران/يونيو 2020 حيث تسبب إعصار أمفان الواقع في أيار/مايو والفيضانات المرتبطة بالرياح الموسمية الواقعة في حزيران/يونيو بإلحاق الضرر بالملايين من الأشخاص



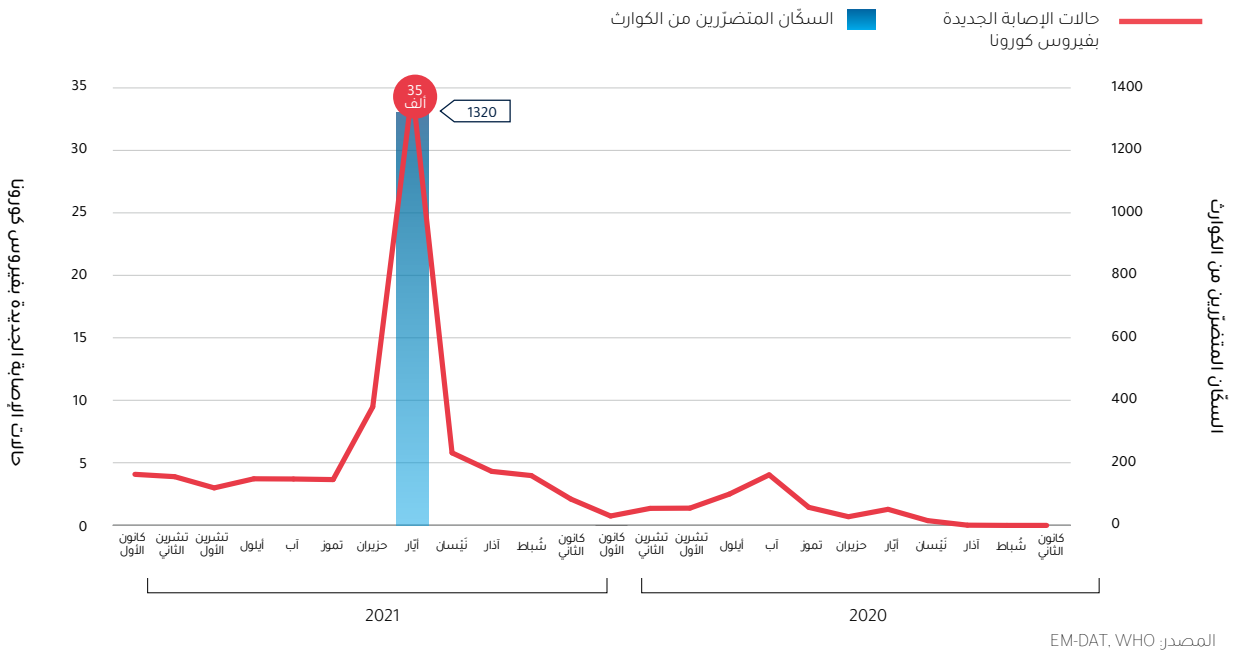
الرسم 24.8: بلغ عدد حالات كوفيد-19 في الهند ذروته عندما تأثرت البلاد بإعصار ياس في أيار/مايو 2021



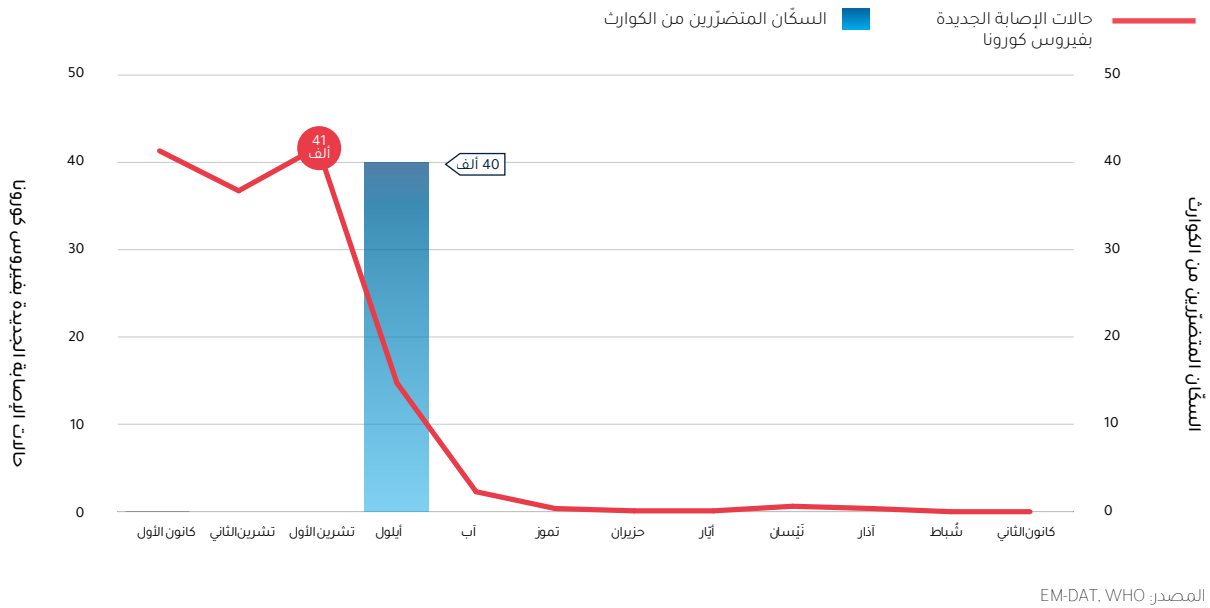
الرسم 25.8: ضربت الفيضانات المتكررة بوليفيا خلال جائحة كوفيد-19، وتزامنت في بعض الأحيان مع ارتفاع أعداد حالات كوفيد-19



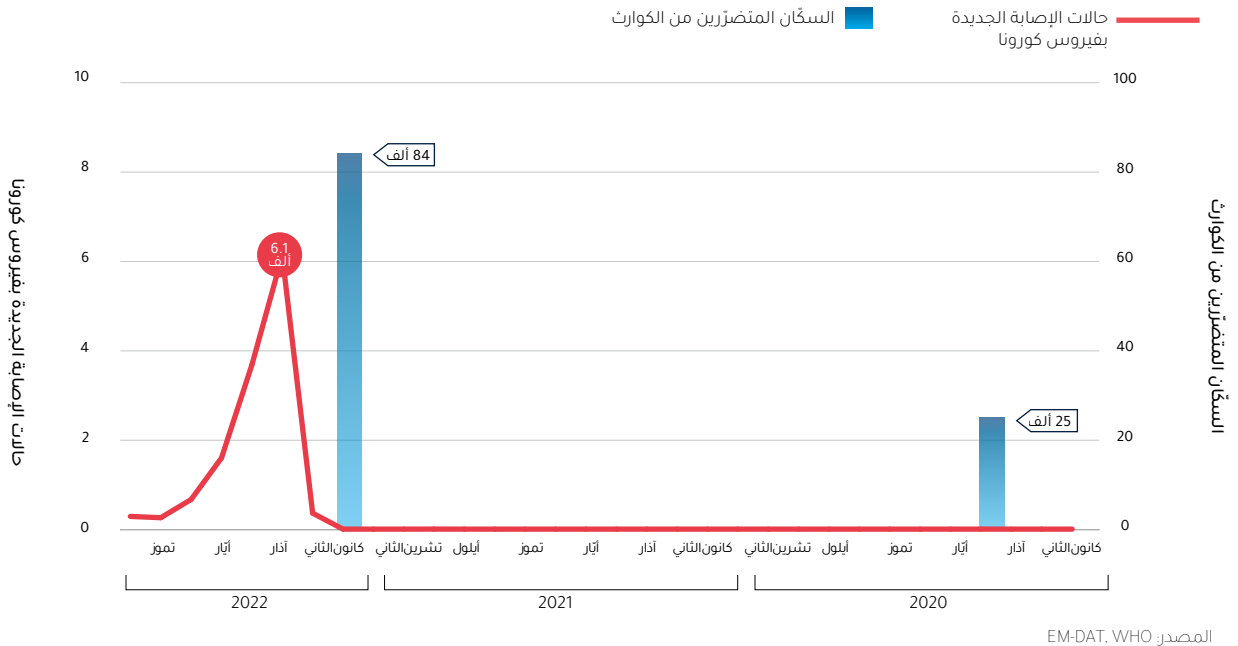
الرسم 26.8: شهدت جزر المالديف ارتفاعها الوحيد في حالات كوفيد-19 بعد الإعصار المداري توكاني في 16 أيار/مايو 2021



الرسم 27.8: لم تشهد تونس ارتفاعًا كبيرًا في حالات الإصابة بفيروس كوفيد-19 سوى بعد وقوع فيضان في 5 سبتمبر/أيلول 2020



الرسم 28.8: لم تشهد تونس حالة إصابة بكوفيد-19 طوال العامين 2020 و2021 حتى وصل عقاب الإغاثة الدوليين في أعقاب ثوران بركان هونغا هونغا هاباي في كانون الثاني/يناير 2022



الاستنتاجات

تُعتبر جائحة كوفيد-19 بارزة باعتبارها الكارثة الأشدّ خطورة التي ضربت البشرية منذ عقودٍ عديدةٍ لا سيما في القرن الحادي والعشرين. فيفوق عدد الوفيات الناجمة عن وباء كوفيد-19 منذ العام 2020 بشكلٍ كبيرٍ عدد الوفيات الناجمة عن الكوارث الأخرى غير المرتبطة بالنزاع في العقود القليلة الماضية.

ومع ذلك استمرت الكوارث الأخرى في الوقوع بالتزامن مع تفشّي وباء كوفيد-19. وفي العامين 2020 و2021 كانت منطقة آسيا والمحيط الهادئ المنطقة الأكثر تضرراً من حيث كلّ المقاييس: عدد الكوارث وعدد الأشخاص المتضررين وعدد الوفيات.

يُعتبر وباء كوفيد-19 كذلك جزءاً من توجّه عام سائد في حالة زيادة الأخطار والكوارث المتكرّرة. وارتفع عدد الكوارث التي تقع كلّ عام على مدى العقود الخمسة الماضية. وقد ارتفعت نسبة هذه الكوارث الناجمة عن الأخطار المرتبطة بالمناخ والطقس خلال العقود القليلة الماضية بحسب قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT). كذلك، ارتفع عدد حالات تفشّي الأمراض والأوبئة على مدار السنوات الأربعين الماضية وفقاً لدراسات عدّة. لا يمكن ملاحظة هذه الزيادة في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) ولكن يعود ذلك إلى المحدوديّة في ذكر تفشّي الأمراض في قاعدة البيانات. وفي المقابل، لم يتغيّر عدد الكوارث التي تسببها الأخطار الجيولوجيّة على نطاقٍ واسعٍ.

هذا الارتفاع في عدد الكوارث المرتبطة بالمناخ والطقس وفي حالات تفشّي الأمراض يعني أنّ الكوارث تتداخل بشكلٍ متزايدٍ في الزمان و/أو المكان أو تقع في الواحدة تلو الأخرى بشكلٍ سريعٍ. على مدى السنوات الستين الماضية، ارتفع عدد حالات البلدان التي تعرّضت لكارثتين أو أكثر في العام نفسه.

عندما تتداخل الكوارث أو تقع الواحدة تلو الأخرى بشكلٍ سريعٍ، قد تؤدي إلى تفاقم تأثيرات بعضها البعض. والجدير بالذكر أنّ الأدلّة تشير إلى أنّ الكوارث تؤثر على المزيد من الأشخاص إذا سبقتها كارثة أخرى، أو إذا حدثت كارثة أخرى في الوقت نفسه وفي البلد نفسه لا سيما في حال وقعت الكارثة في الدائرة الإداريّة نفسها من المستوى الأوّل في البلد. كذلك، تظهر حالات كثيرة يبدو فيها أنّ الكوارث الناجمة عن الأخطار الطبيعيّة قد أدّت إلى ارتفاع حادّ في عدد حالات كوفيد-19.

أمّا الاستنتاج المثير للقلق فهو أننا بتنا نعيش الآن في عالمٍ متعدّد المخاطر حيث ستواجه المجتمعات في كثير من الأحيان مخاطر متعدّدة مثل تفشّي الأمراض ووقوع الفيضانات وظهور موجات الحرّ. وبشكّل ذلك تحدّيّاً كبيراً في ما يتعلّق بالتأهب لهذه الكوارث.

مصادر البيانات الرئيسية المستخدمة في هذا الفصل

يتمّ استمداد **البيانات المتعلقة بالأخطار والتأثيرات** في أغلب الأحيان من قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) (EM-DAT) (EM-DAT). وتجدر الإشارة إلى أنّ قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) هي قاعدة بيانات أحداث الطوارئ التابعة لمركز أبحاث الأوبئة الناجمة عن الكوارث (CRED) في الجامعة الكاثوليكية في لوفان. فتجمع معلومات عن الكوارث من وكالات الأمم المتحدة ومنظمات غير حكومية وشركات تأمين ومعاهد بحوث كما تجمع بيانات ثانوية من وكالات الأنباء. والجدير بالذكر أنّ استخدام مصدر البيانات هذا يسهّل مقارنة الكوارث من خلال منهجية جمع البيانات نفسها. ولا تتضمن البيانات الواردة في قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) الحرب أو النزاع أو المجاعة المرتبطة بالنزاع كحالات كوارث. ولا تتضمن قاعدة بيانات أحداث الطوارئ (EM-DAT) البيانات المتعلقة بوباء كوفيد-19.

يتمّ أخذ البيانات المتعلقة **بِسكان البلدان** من قاعدة بيانات البنك الدولي باستخدام مؤشّر Population, total (عدد السكان، إجمالي) (World Bank Databank, no date). في جميع الحالات استخدمنا بيانات السكان للعام 2021. وقد تمّ استخدام بيانات السكان لاحتساب نسب الأشخاص المتضررين.

وتمّ أخذ **مستويات دخل الدولة** من مجموعة البيانات الخاصة بالبنك الدولي المتعلقة «بمجموعة الإقراض (إقراض الدخل)» (World Bank Data Help Desk, no date).

أما **الأرقام المتعلقة بوباء كوفيد-19** فيتمّ استمدادها من لوحة المعلومات الخاصة بفيروس كوفيد-19 التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO, no date). وتعرض لوحة المعلومات العدد الرسمي اليومي لحالات كوفيد-19 والوفيات الناجمة عن هذا الوباء وجرعات اللقاحات وفقاً لما تذكره البلدان والأقاليم والمناطق.

ويجب توخّي الحذر عند تفسير جميع البيانات المقدّمة. فمن المتوقّع وجود اختلافات بين منتجات المعلومات التي تنشرها منظمة الصحة العالمية وسلطات الصحة العامة الوطنية والمصادر الأخرى التي تستخدم معايير إدماج مختلفة وأوقات مختلفة لانقطاع البيانات. وتجدر الإشارة إلى أنّه يتمّ اتخاذ الخطوات اللازمة لضمان الدقة والموثوقية إلا أنّ جميع البيانات تخضع للتدقيق والتغيير بشكل مستمرّ. وتخضع جميع التهم لتباينات في اكتشاف الحالات والتعريفات والفحوصات المخبرية واستراتيجية التلقيح واستراتيجيات الإبلاغ.

- Baker RE et al (2021) Infectious disease in an era of global change. **Nature Reviews Microbiology**, 20, pp. 193-205. <https://doi.org/10.1038/s4157900639--021-z>
- BBC News (2021) **Cyclone Yaas: Severe storm lashes India and Bangladesh**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-india-57237953>
- BBC News (2022) **Tonga enters Covid lockdown after aid delivered**. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60210867>
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators (2022) Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. **The Lancet**, 399(10334), pp. 1513-36. [https://doi.org/10.1016/S01403-02796\(21\)6736-](https://doi.org/10.1016/S01403-02796(21)6736-)
- ECPHAO (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations) (2021) **ECHO Daily Flash, 22 December 2021**. <https://erccportal.jrc.ec.europa.eu/ECHO-Products/Echo-Flash#/daily-flash-archive/4379>
- Ellis-Petersen H and Ratcliffe R (2020) **Super-cyclone Amphan hits coast of India and Bangladesh**. The Guardian, 20 May 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/super-cyclone-amphan-evacuations-in-india-and-bangladesh-slowed-by-virus>
- Emerton R et al (2017) Complex picture for likelihood of ENSO-driven flood hazard. **Nature Communications**, 8, 14796. <https://doi.org/10.1038/ncomms14796>
- EM-DAT (Emergency Events Database) (no date) **Université catholique de Louvain (UCL) - Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED)**. <https://www.emdat.be/>
- Formetta G and Feyen L (2019) Empirical evidence of declining global vulnerability to climate-related hazards. **Global Environmental Change**, 57, 101920. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2019.05.004>
- Fragile States Index (no date) **Global Data**. <https://fragilestatesindex.org/global-data/>
- IFRC (2020) **World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together**. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2020>
- IFRC (2021) **Final report: Bangladesh: Monsoon floods (n° MDRBD025)**. <https://adore.ifrc.org/Download.aspx?FileId=409929>
- IFRC GO (no date) **Global: COVID-19 pandemic**. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#details>

Irfan U (2022) **Why disasters are getting more severe but killing fewer people**. Vox. <https://www.vox.com/23150467/natural-disaster-climate-change-early-warning-hurricane-wildfire>

Najibi N and Devineni N (2018) Recent trends in the frequency and duration of global floods. **Earth System Dynamics**, 9, pp. 757-83. <https://doi.org/10.5194/esd-92018-757->

ReliefWeb (no date) **Niger: Cholera Outbreak - Aug 2021 (EP-2021000130--NER)**. <https://reliefweb.int/disaster/ep-2021000130--ner>

Smith KF et al (2014) Global rise in human infectious disease outbreaks. **Journal of the Royal Society Interface**, 11, 20140950. <http://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (no date) **Small Island Developing States**. <https://en.unesco.org/sids/about#list>

USGS EHP (United States Geological Survey Earthquake Hazards Programme) (no date) **M 7.2 - Nippes, Haiti**. <https://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eventpage/us6000f65h/executive>

WHO (World Health Organization) (2018) **Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases**. <https://www.who.int/publications/i/item/managing-epidemics-key-facts-about-major-deadly-diseases>

WHO (World Health Organization) (2022) **The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality**. <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

WHO (World Health Organization) (no date) **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. <https://covid19.who.int/>

WMO (World Meteorological Organization) (2021) **WMO Atlas of Mortality and Economic Losses from Weather, Climate and Water Extremes (1970-2019) (WMO-No. 1267)**. https://library.wmo.int/index.php?lvl=notice_display&id=21930#.Y2JI9oLP1fW

World Bank Databank (no date) **Population, total**. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

World Bank Data Help Desk (no date) **World Bank Country and Lending Groups**. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

المنهجية

أُعد هذا التقرير انطلاقًا من مجموعة وثائق تضمنت تحاليل علمية فنية ووثائق سياسات وتقارير مؤسسية ودراسات حالة وأبحاث على المستويات كافة. وشملت المصادر تقارير ودراسات حالة متعددة صادرة عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وتحليلات أعدتها جهات فاعلة رئيسية في مجالات الصحة والتنمية والعمل الإنساني ومن بينها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي والأمم المتحدة وغيرها. وأبحاث أكاديمية في مجالات شملت الصحة العامة وإدارة مخاطر الكوارث والتنمية والعمل الإنساني. تستعرض المقدمة بإيجاز أهم المصادر الخارجية.

أكدت المقابلات مع الممارسين والموظفين والمتطوعين العاملين في الميدان الاستنتاجات المستخلصة من هذه المصادر وحديثها ووضعها في سياقها. أُجريت المقابلات في أغلب الأحيان ضمن مجموعات شملت ممثلين عن الفرق المتخصصة في الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر وعن مختلف الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

راجع المتخصصون في الاتحاد الدولي والإدارة العليا وممثلو الجمعيات الوطنية وخبراء خارجيين من النظراء مسودات الفصول.

الفصل الثالث: تحليل التبرعات باللقاحات

قارنا التبرعات باللقاحات التي حصلت عليها الدول من مختلف مستويات الدخل. توفرت بيانات التبرع باللقاحات في جدول متابعة السوق الخاصة بوباء كوفيد-19 التابع لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) (UNICEF, no date). وُدِّمَت هذه البيانات مع فئات الدخل التابعة للبنك الدولي والخاصة بالبلدان المانحة والمستفيدة (World Bank Data Help Desk, no date) وصُنِّفَت الجهات المانحة والمستفيدة كبلدان مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة الدخل. وُجِّمَ إجمالي الجرعَات لكل فئة.

قارن تحليل ثانٍ بين حاجات البلدان المستفيدة من اللقاحات والجرعات التي حصلت عليها بالفعل. توفرت فئات الدخل هنا أيضًا من البنك الدولي وتوفرت البيانات المتعلقة بكميات اللقاحات المقدمة كنسبة مئوية من سكان البلد المستفيدين من اليونيسف (UNICEF, no date). دُمِّجَت هذه البيانات مع بيانات عدد الجرعات التي تم التبرع بها وتسليمها (UNICEF, no date) وإجمالي عدد سكان كل بلد في عام 2020 (World Bank Databank, no date). وحددت هذه الخطوة متوسط الجرعات المتبرَّع بها بالمقارنة مع نسبة السكان غير الملحقين الذين يحتاجون بالتالي إلى جرعات.

تناول تحليل ثالث معدلات التلقيح بحسب فئة الدخل وتُرجمَت النتائج إلى رسم بياني وخريطة. توفرت البيانات في صفحة التلقيح على موقع عالمنا في البيانات (Our World in Data, no date) واستُخرجت معدلات التلقيح بحسب التاريخ والبلد وحُدِّدَت لكل بلد ضمن فئة الدخل التي ينتمي إليها.

الاتجاهات في منهجية بيانات الكوارث

أعدّ مركز أبحاث الأوبئة الناجمة عن الكوارث التابع للجامعة الكاثوليكية في لوفان قاعدة البيانات الدولية للكوارث. وتجمع قاعدة البيانات معلومات عن الكوارث من مصادر عامة، ووكالات الأمم المتحدة ومن بينها منظمة الصحة العالمية، والمنظمات غير الحكومية، وشركات التأمين، ومعاهد الأبحاث، والبيانات الثانوية من وكالات الأنباء. تتوفر تفاصيل إضافية في قاعدة البيانات الدولية للكوارث (EM-DAT, no date).

تغطي بيانات قاعدة البيانات الدولية للكوارث أربع فئات شاملة من الكوارث:

• الظواهر المتعلقة بالمناخ والطقس

« الجوية: العواصف مثل الأعاصير المدارية والعواصف فوق المدارية والعواصف الحملية (مثل الزوابع وعرام العواصف والتبرد والبرق والعواصف الشديدة والعواصف الهوائية الخطية والعواصف الشتوية) ودرجات الحرارة المتطرفة (موجات البرد وموجات الحر).

« المائية: الفيضانات مثل الفيضانات النهرية والمطرية/المفاجئة، والانهييارات الأرضية والانهييارات الوحلية المتعلقة بالظواهر المائية.

« المناخية: الجفاف وحرائق الغابات.

• **الجيوفيزيائية:** الزلازل والأنشطة البركانية والانهييارات الأرضية الناتجة من حركة الكتل.

• **البيولوجية:** الأوبئة (حالات التفشي الطارئة فحسب) وغزو الحشرات وحوادث الحيوانات.

• **التكنولوجية:** حوادث النقل (حوادث الجو والقوارب والقطارات والطرق) التي تشمل أيضًا حوادث قوارب المهاجرين والحوادث الصناعية (بما في ذلك الانفجارات النووية وانهيار السدود).

يجب أن تستوفي الكارثة معيار واحد على الأقل من المعايير التالية لإدراجها في قاعدة البيانات الدولية للكوارث:

• أدت إلى **مقتل** 10 أشخاص على الأقل.

• أسفرت عن **تضرر** 100 شخص أو أكثر.

• أدت إلى إعلان **حالة الطوارئ**.

• دفعت إلى طلب **المساعدة الدولية**.

جرى تنزيل بيانات قاعدة البيانات الدولية للكوارث المستخدمة في هذا التقرير في 1 أيلول/سبتمبر 2022.

تترافق بيانات قاعدة البيانات الدولية للكوارث مع بعض القيود الرئيسية:

• **الأضرار:** تفتقر قاعدة البيانات إلى المعلومات المتعلقة بالأضرار والتكلفة المترتبة عن الكوارث. لا يحتوي معظم السجلات (78%) على هذه المعلومات.

• **الأشخاص المتضررون:** لا يُبلّغ عن أرقام شاملة لعدد القتلى والمتضررين نتيجة الكوارث. لا يحتوي ثلث السجلات (33%) على عدد الأشخاص المتضررين ولا يحتوي 21% منها على عدد الوفيات. وتبرز أيضًا بعض التناقضات في تصنيف

المتضررين. تعرّف قاعدة البيانات الدولية للكوارث المتضررين «بالأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة فورية في خلال فترة الطوارئ، أي الذين يتطلبون احتياجات البقاء الأساسية مثل الغذاء والماء والمأوى والصرف الصحي والمساعدة الطبية الفورية». ولكن استُخدمت على ما يبدو تعريفات أكثر شمولاً لبعض الكوارث وركزنا نتيجة ذلك على أرقام الكوارث والوفيات، بهدف الحد من هامش التفسير.

• **معلومات عن الأخطار الأخرى:** البيانات عن حدة (حجم) الكوارث المتعلقة بالمناخ والطقس محدودة. لا تشمل بيانات نصف (53%) ظواهر درجات الحرارة المتطرفة و58% من حرائق الغابات و65% من الفيضانات معلومات عن حدتها القابلة للقياس. بالإضافة إلى ذلك، لا تحدد ww15 من السجلات المدة الدقيقة للأخطار. ولا توفر أيضًا معلومات وافية عن الموقع الدقيق: 90% من السجلات لا تتضمن إحداثيات المواقع بحسب النظام العالمي لتحديد المواقع.

• **النزاعات:** لا تشمل قاعدة البيانات الدولية للكوارث الحروب أو الصراعات أو المجاعة الناتجة من النزاعات ككوارث.

• **وباء كوفيد-19:** لا تتضمن قاعدة البيانات الدولية للكوارث بيانات عن وباء كوفيد-19.

يجب التنبيه عند احتساب أعداد الظواهر، أو البلدان المتضررة، باستخدام قاعدة البيانات الدولية للكوارث، لأن ظواهر الكوارث تُسجّل بحسب البلد في قاعدة البيانات، وستظهر نتيجة ذلك كارثة واحدة تؤثر في بلدان متعددة أكثر من مرة. ولاحتساب عدد الظواهر المستقلة، جرى توليد عامل محدّد فريد بناء على الحقول التالية المتوفرة في قاعدة البيانات: «نوع الكارثة» و«عواقبها» و«السنة». ثم جُمع إجمالي عدد الأشخاص المتضررين والقتلى باستخدام هذا العامل المحدّد الفريد. للتحقق من صحة هذه الظواهر، تم التحقق من البيانات عن طريق مقارنتها مع قاعدة بيانات الكوارث التابعة لبوابة ريليف ويب (ReliefWeb, no date).

صُنِّفت الظواهر التي أسفرت عن مقتل 10 أو أكثر أو تضرر 100 شخص أو أكثر كظواهر «مهمة». تستند التحليلات في الفصلين الثاني والثالث إلى الكوارث المصنفة «مهمة» ليس إلا.

من أجل مقارنة تأثير الكوارث وفقًا لتزامنها أم لا، قارنا نوع الكارثة عينه في التقسيم الإداري من المستوى الأول عينه في كل بلد. وسمحت هذه الخطوة بالمقارنة ضمن مساحات جغرافية ومناخات وبيئات متشابهة.

المراجع

EM-DAT (Emergency Events Database) (no date) **Université catholique de Louvain (UCL) - Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED)**. <https://www.emdat.be/>

Our World in Data (no date) **Coronavirus (COVID-19) vaccinations**. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

ReliefWeb (no date) **All Disasters**. <https://reliefweb.int/disasters>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (no date) **COVID-19 Market Dashboard**. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>

World Bank Databank (no date) **Population, total**. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

World Bank Data Help Desk (no date) **World Bank Country and Lending Groups**. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

المبادئ الأساسية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

الإنسانية

إن الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، التي انبثقت من الرغبة في إغاثة الجرحى في ميدان القتال دون تمييز، تسعى، بصفتها حركة ذات طابع دولي وطني، إلى تجنب المعاناة الإنسانية وتخفيفها أينما وجدت. وتهدف إلى حماية الحياة والصحة وضمان احترام الإنسان، وتشجع على التفاهم المتبادل والصداقة والتعاون وتحقيق السلام الدائم بين جميع الشعوب.

عدم التحيز

لا تمارس الحركة أي تمييز على أساس الجنسية أو العرق أو المعتقدات الدينية أو الوضع الاجتماعي أو الآراء السياسية. وهي تسعى إلى تخفيف معاناة الأفراد وفقاً لاحتياجاتهم فقط، وإلى إعطاء الأولوية لأشد حالات الضيق إلحاحاً.

الحياد

لكي تحتفظ الحركة بثقة الجميع، تمتنع عن تأييد أي طرف من الأطراف في الأعمال العدائية أو المشاركة، في أي وقت، في الخلافات ذات الطابع السياسي أو العرقي أو الديني أو الأيديولوجي.

الاستقلال

الحركة مستقلة، وبالرغم من أن الجمعيات الوطنية تعمل كهيئات مساعدة في الخدمات الإنسانية التي تقدمها حكوماتها وتخضع لقوانين بلدانها، إلا أن عليها أن تحافظ دائماً على استقلالها الذاتي بحيث تكون قادرة على التصرف في كل الأوقات وفقاً لمبادئ الحركة.

الخدمة التطوعية

الحركة منظمة إغاثة تطوعية لا تبغي الربح بأي شكل من الأشكال.

الوحدة

لا يمكن أن تكون هناك سوى جمعية واحدة للصليب الأحمر أو الهلال الأحمر في البلد الواحد. ويجب أن تكون الجمعية مفتوحة للجميع، وأن يمتد عملها الإنساني إلى جميع أراضي البلد.

العالمية

الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر هي حركة عالمية تتمتع فيها كل الجمعيات بوضع متساو وتتحمل نفس المسؤوليات وعليها نفس الواجبات في مساعدة بعضها البعض.

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر هو أهم شبكة إنسانية في العالم تضم **192 جمعية وطنية من جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر** وحوالي **16.5 مليون متطوع** حاضر في المجتمعات المحلية قبل وقوع الأزمات أو الكوارث وخلالها وبعدها. إننا نعمل في مناطق العالم التي يصعب الوصول إليها وأشدها تعقيدا حيث نُنقذ أرواح الناس ونشجع صون الكرامة البشرية. إننا نساعد المجتمعات المحلية على أن تصبح أماكن أقوى وأكثر قدرة على الصمود حيث يمكن للناس أن يحيا حياة سالمة وصحية وحيث تتاح لهم فرص الازدهار.

