

Dyskurs o normalności Nr 6-7 (251) czerwiec-lipiec 2020

[http://www.sprawynauki.edu.pl/archiwum/dzialy-wyd-
elektron/312-ekonomia-el3/4340-koronawirus-a-co-z-biednymi](http://www.sprawynauki.edu.pl/archiwum/dzialy-wyd-
elektron/312-ekonomia-el3/4340-koronawirus-a-co-z-biednymi)

Koronawirus - a co z biednymi?

Katarzyna A. Nawrot

Wybuch koronawirusa na przełomie pierwszej i drugiej dekady XXI wieku postawił cały świat do góry nogami. Narracja ewoluowała od zainteresowania sytuacją w Chinach, gdzie wirus ma swój początek, poprzez kwestie bezpieczeństwa dostaw w globalnych łańcuchach wartości, krytykę multilateralnych instytucji bezradnych w obliczu pandemii, kompromis pomiędzy ratowaniem gospodarki a walką z wirusem, po skutki w krajach najbiedniejszych. I chociaż dyskusja nad rozwiązaniami i ich konsekwencjami nadal trwa, nie ma wątpliwości, że skutki obecnej sytuacji najdotkliwiej odczują kraje rozwijające się.

Jak dotąd uczeni są zgodni co do tego, że jedynym sposobem walki z wirusem i spłaszczenia krzywej transmisji, aby zmniejszyć presję na systemy opieki zdrowotnej i dać czas na dalsze testy i ewentualnie szczepionkę, jest zachowanie dystansu fizycznego i mycie rąk tak często, jak to możliwe, przynajmniej przez 30 sekund. My, mieszkańcy Północy, bierzemy za pewnik, że używamy do tego mydła, nie wspominając o

dostępności wody ciepłej, bądź zimnej z niewyczerpywalnego źródła – kranu.

Ale jak to zrobić **w krajach globalnego Południa**, gdzie dystans fizyczny jest po prostu niemożliwy, dostęp do bezpiecznego źródła wody to luksus, podstawowe potrzeby ludzkie ledwo zaspokojone, a ludzie codziennie walczą o przetrwanie, bezpieczeństwo swoich dzieci i osób starszych? **Nie jest to jednak walka z koronawirusem, ale z ubóstwem i głodem.**

Według danych Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju w 2019 r. 44,7% ludności Afryki Subsaharyjskiej żyło poniżej granicy ubóstwa wynoszącej 1,90 USD dziennie (w kategoriach parytetu siły nabywczej), a 35,1% w ubóstwie kwantyfikowanym przy pomocy wielowymiarowego indeksu ubóstwa MPI (*multidimensional poverty index*), uwzględniającego niedorozwój w obszarach edukacji, żywotności i standardu życia. Liczba ta waha się od około 1% w Egipcie do 77,6% na Madagaskarze, 76,6% w Demokratycznej Republice Konga, 66,3% w Republice Środkowoafrykańskiej...

Oznacza to, że **w wielu krajach kontynentu większość społeczeństwa nie posiada dostępu do podstawowych dóbr niezbędnych do życia**, takich jak godne lokum, mieszkanie z podłogą, dostęp do bezpiecznego źródła wody, toalety czy elektryczności. Połowa z 1,3 miliarda osób biednych to dzieci poniżej 18 roku życia, a jedna trzecia to dzieci poniżej 10 roku życia. I chociaż Afryka jest młodym kontynentem z medianą wieku poniżej 20 lat dla większości krajów, co daje nadzieję na walkę z wirusem, niedożywienie nie wzmocni odporności mieszkańców. Organizacje międzynarodowe przewidują, że w wyniku kryzysu COVID-19 **miliony ludzi znajdzie się w skrajnym ubóstwie. Prognozy są różne – od 30 mln do nawet 300 mln ludzi.**

Systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach rozwijających się nie napawają optymizmem i uzupełniają wyłaniający się obraz rozpacz. Szacuje się, że w Afryce Subsaharyjskiej przypada około 2 lekarzy na 10

tys. mieszkańców, a w krajach najslabiej rozwiniętych średnio 2,5. Według danych UNDP opublikowanych w Human Development Report 2019, na 10 tys. osób przypadało jedno łóżko szpitalne w Mali, 2 na Madagaskarze, a 3 w Nepalu, Senegalu, Etiopii, Gwinei; około 7 w Indiach.

W Stanach Zjednoczonych znajduje się 29 łóżek szpitalnych (na 10 tys. osób), a 28 w Wielkiej Brytanii, czyli około 3 na 1000 osób. Kontrastuje to z liczbą 132 łóżek w Korei Północnej, którą w rankingu wyprzedza jedynie Japonia (134). W następnej kolejności z 115 łózkami plasuje się Korea Południowa, a dalej Białoruś (110), Niemcy (83) i Rosja (82). Kryzys ujawnił powszechną marginalizację ochrony zdrowia, słabości systemów opieki zdrowotnej w krajach niezależnie od kontynentu czy poziomu dochodów, a także brak traktowania zdrowia jako globalnego dobra wspólnego.

Dewastacja dochodów

Wiele krajów rozwijających się podjęło **działania w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa** relatywnie wcześnie w porównaniu do krajów rozwiniętych, gdzie rządy licznych państw zignorowały rady naukowców. W Indiach wprowadzono ogólnonarodowe zamknięcie kraju na trzy tygodnie, co było dużym zaskoczeniem, gdy *lockdown* został ogłoszony przez premiera Modiego we wtorek 24 marca z natychmiastowym skutkiem od północy. Blokada w całym kraju rozpoczęła się tego samego dnia w Kolumbii. Analogiczne decyzje podjęły rządy w Peru i Ugandzie. Peru, Brazylia i Chile wkrótce po tym ogłosiły pomoc finansową dla najbardziej potrzebujących.

Podjęte kroki natychmiast ujawniły czubek góry lodowej potencjalnych tragedii. **Większość społeczeństwa w krajach rozwijających się pracuje w gospodarce nieformalnej.** Według Międzynarodowej Organizacji Pracy w Afryce 85,8% zatrudnienia jest nieformalne. Odsetek ten wynosi 68,2% w Azji i na Pacyfiku, 68,6% w krajach arabskich, 40,0%

w obu Amerykach, a 25,1% w Europie i Azji Środkowej. Ludzie w zasadzie żyją z dnia na dzień, przynosząc do domu to, co się uda sprzedać czy zarobić – może garść orzeszków, pomidora, drobną kwotę za przeniesienie bagażu zagranicznemu turyście... Rodzi się gniew i narasta zbiorowy żal w wyniku zamknięcia gospodarek, co może być punktem zapalnym dla masowych niepokojów społecznych w wielu zakątkach globu.

Miasta, które dla wielu miały być rajem, zapewniającym miejsca pracy i możliwości rozwoju, **okazały się być obszarami największych dewastacji w rezultacie pandemii**. Wyobrażenie tego, co może się zdarzyć w wielu megamiastach w krajach rozwijających się, można zaobserwować obecnie w Nowym Jorku – jak dotąd najbardziej dotkniętym koronawirusem mieście na świecie.

W Dhace mieszka około 18 milionów ludzi, a gęstość zaludnienia szacuje się na ponad 40 tys. na km², Lagos liczy około 15 milionów, a Rio de Janeiro ponad 12 milionów, w tym z milionami osób żyjących w slumsach i favelach. Ocenia się, że 60% mieszkańców miast afrykańskich mieszka w slumsach, a średnio około jednej trzeciej w obszarach miejskich krajów rozwijających się. Setki tysięcy pracowników w Indiach zostało zmuszonych do powrotu z miast do swoich wiosek i do tego pieszej wędrówki przez setki kilometrów, w rezultacie braku transportu publicznego i możliwości przetrwania bez pracy i rządowego planu pomocy w miastach. Urzędnicy w Ugandzie ostrzegają przed opuszczaniem miast i zwiększaniem ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa na obszarach wiejskich.

Zapomniana Ebola...

Jakie działania powinny podjąć kraje rozwijające się, aby zatrzymać rozprzestrzenianie się wirusa? Czy są jakiegokolwiek recepty na epidemię dla globalnego Południa?

Można wyciągnąć lekcje z kryzysu związanego z wirusem Ebola. Rządy niektórych krajów afrykańskich stosują się obecnie do wytycznych WHO,

doceniając znaczenie doradztwa naukowego i technologicznego w sprawowaniu rządów, jak podkreślił **Ibrahima Socé Fall**, zastępca dyrektora generalnego ds. reagowania kryzysowego w Światowej Organizacji Zdrowia. Inne jednak – jak przykładowo Burundi – eksmitują przedstawicieli WHO ze swoich terytoriów.

Gdy w 2014 r. w Afryce wybuchła epidemia wirusa Ebola, to gubernator Lagos – **Babatunde Fashola** – mianował dr **Adekemi Oluwayemisi Sekonijako** swoją główną doradczynią naukową do kontroli chorób zakaźnych i być może był to wówczas jedyny afrykański przywódca wspierany przez doradcę naukowego. W 2016 r. Unia Afrykańska powołała Afrykańskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (AfricaCentres for Disease Control and Prevention – Africa CDC) w celu wymiany wiedzy i doświadczeń z interwencji w zakresie zdrowia publicznego w celu wzmocnienia potencjału i zdolności afrykańskich instytucji.

Jasnym przesłaniem podzieliła się **Ellen Johnson Sirleaf**, laureatka Pokojowej Nagrody Nobla i pierwsza afrykańska kobieta prezydent, sprawująca rządy w Liberii podczas wybuchu epidemii wirusa Ebola w latach 2014–2016. W swoim oświadczeniu w związku z kryzysem koronawirusa podkreśliła: „Nastąpiły uchybienia w początkowej reakcji na wirusa, od Azji po Europę do obu Ameryk. Wskazówki zostały pominięte. Czas został zmarnowany. Informacje były ukryte, zminimalizowane i zmanipulowane. Zaufanie zostało złamane”. Potem odważnie dodała: „Popełniłam te same błędy. (...) Ale poprawiliśmy się i zrobiliśmy to razem”. I rzeczywiście, nie budzi wątpliwości, że walka z wirusem musi być oparta na wiedzy naukowej, ale działania będą podejmowane i kierowane przez ludzi. Dlatego tak ważna jest rola społeczności lokalnych i działania oddolne.

Przykłady dobrych praktyk można znaleźć w Singapurze, Tajwanie czy Korei Południowej. W tych krajach zastosowano połączenie masowych testów, aplikacji mobilnych pozwalających wyeliminować ogniska rozprzestrzeniania się wirusa wraz z rzetelnym raportowaniem

przypadków zarażenia przez społeczeństwo, nie wspominając o jakości istniejących tam systemów opieki zdrowotnej. Przykłady tych krajów pokazują, jak ważne jest uczciwe informowanie społeczeństwa w budowaniu zaufania i odporności w czasie kryzysu zamiast wywoływania paniki i strachu. Takie działania mogą tylko prowadzić do budowania społeczności współpracujących ze sobą, wspierających się i odpowiedzialnych obywateli.

Nie sposób jednak nie zauważyć, że **pominięcie wykluczonych społecznie**, zmarginalizowanych, „niewidzialnych” na co dzień obywateli może prowadzić do tragedii. Pokazuje to obecnie przykład Singapuru, gdzie imigranci zarobkowi stali się ogniskiem nawrotu epidemii, która w trakcie drugiej fali przybrała niewyobrażalną skalę.

Pokazuje to jak bardzo pandemia koronawirusa obnażyła naszą rzeczywistość, uzewnętrzniając **nierówności rozwojowe** we wszystkich możliwych wymiarach – globalnym, regionalnym, narodowym, ludzkim. To co wiemy na pewno, to że w powirusowym świecie – o którym tyle się mówi, nawet jak jeszcze nie widać końca pandemii – najwięcej dowiemy się o samych sobie.

Pieniądze to za mało

Wsparcie finansowe - i to na ogromną skalę - jest bardzo potrzebne w krajach rozwijających się. Już zadeklarowane zasoby organizacji międzynarodowych, takich jak Bank Światowy czy Międzynarodowy Fundusz Walutowy, nie będą wystarczające i konieczne mogą być **znaczne umorzenia długów w krajach globalnego Południa**. Należy mieć na uwadze, że znacznie zmniejszy się pomoc dotkniętych wirusem krajów wysoko rozwiniętych, przekazy pieniężne oraz przychody z turystyki międzynarodowej.

Pomocnymi działaniami w opanowywaniu pandemii może być połączenie cyklicznych okresów dystansu fizycznego z jednoczesną ochroną osób

najbardziej narażonych, przy zapewnieniu działalności gospodarczej dla większości społeczeństwa.

Maski ochronne i rękawiczki powinny być obecnie w produkcji na skalę globalną i rozprowadzane we wszystkich zakątkach świata, które ich potrzebują – przynajmniej do momentu znalezienia i dystrybucji odpowiedniej szczepionki. Kwestia równego dostępu do szczepionki będzie kluczowa. Nie należy zapominać, że o ile mieszkańcy krajów najbiedniejszych mogą przeżyć koronawirusa nawet bez rękawiczek i masek, o tyle nie przeżyją bez wody.

Może przyszedł **najwyższy czas na zmiany**, reformy, rewizję polityki rozwojowej, dostosowania i adaptację w sposób bardziej zrównoważony i uwzględniający najuboższych? Bez względu na wszystko, naszym ludzkim obowiązkiem jest pomóc mieszkańcom globalnego Południa poradzić sobie z obecną pandemią, w przeciwnym razie **wszyscy będziemy odpowiedzialni za globalną ludzką tragedię.**

W końcu wszyscy żyjemy na jednej planecie i nie będziemy bezpieczni, dopóki zostawimy bez pomocy choć jedną istotę ludzką, jeśli nie okażemy globalnej jedności, solidarności i empatii. Powiązania współczesnej gospodarki światowej – ujawnione, jak nigdy przedtem w historii ludzkości wraz z rozprzestrzenianiem się COVID-19 w 2020 r. – nie pozostawiają żadnych wątpliwości, że musimy przejść przez to wspólnie, czy to jako członkowie naszych społeczności, mieszkańcy miast czy globalni obywatele.



Fot. Krawcy z Kasalli, Sudan

Na początku epidemii koronawirusa okazało się, że na całym świecie jest ogromny deficyt maseczek ochronnych – zalecanych do ochrony podczas pandemii – a produkowanych niemal wyłącznie w Chinach.



Fot. Mieszkańcy Dhaki, Bangladesz

Dhaka – stolica Bangladeszu, megamiasto liczące 18 milionów mieszkańców o największej gęstości zaludnienia na świecie sięgającej 40 tys. osób na km² z kilkumilionowym slumsem w centrum miasta. Dystans fizyczny nie jest możliwy dla większości społeczeństwa globalnego Południa.



Fot. Szpital dla kobiet w Mwanzie, Tanzania

Przeciążone systemy zdrowotne w krajach rozwijających się są normą niezależnie od pandemii koronawirusa. W Tanzanii przypada 0,4 lekarza i 7 łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców.

Źródło: zdjęcia pochodzą ze zbiorów prywatnych Katarzyny A. Nawrot