

Distr.: General
9 February 2016
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة السبعون

البند ١٢٥ من جدول الأعمال

الصحة العالمية والسياسة الخارجية

حماية البشرية من الأزمات الصحية في المستقبل

تقرير الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية



الرجاء إعادة استعمال الورق

080316 040316 16-01747 (A)



المحتويات

الصفحة

٤	تمهيد
٧	موجز
١٤	التوصيات
٣٠	أولاً - مقدمة
٣٢	ألف - جائحة إيبولا التي ضربت غرب أفريقيا في عام ٢٠١٤ - مأساة كان يمكن توقُّعها
٣٧	باء - العبء الناشئ عن الأمراض المعدية على الصعيد العالمي
٤٠	جيم - للآزمات الصحية آثار اجتماعية واقتصادية أوسع نطاقاً
٤٣	دال - الأمراض المعدية - إنما هي أمراض الفقر
٤٤	هاء - عالم على غير أهبطه
٤٦	ثانياً - المستوى الوطني
٤٨	ألف - استيفاء شروط القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية وتعزيز النظم الصحية
٥٤	باء - بناء قوة عاملة صحية فعالة
٥٦	جيم - التصدي لتحديات الإدارة
٥٧	دال - تعزيز مشاركة المجتمعات المحلية
٦٠	هاء - تدريب الجيش على أداء المهام الصحية والإنسانية
٦١	واو - كفالة استمرار الخدمات الصحية الأساسية
٦٢	زاي - معالجة الجوانب الجنسية للآزمات الصحية
٦٣	ثالثاً - المستويان الإقليمي ودون الإقليمي
٦٦	رابعاً - الصعيد الدولي

٦٧	ألف - تعزيز آلية منظمة الصحة العالمية للاستعراض الدوري من أجل الامتثال لمتطلبات القدرات الأساسية الواردة في اللوائح الصحية الدولية
٧٠	باء - تعزيز القدرات التنفيذية لمنظمة الصحة العالمية
٧٨	جيم - تعزيز التنسيق على نطاق منظومة الأمم المتحدة في مجال الاستجابة العالمية للأزمات الصحية
٨٣	خامسا - المسائل الشاملة
٨٣	ألف - التنمية والصحة
٨٩	باء - البحث والتطوير
٩٧	جيم - التدابير المالية والاقتصادية
١٠٦	سادسا - المتابعة والتنفيذ
	المرفقات
١٠٩	الأول - مسرد المصطلحات
١٢٠	الثاني - التواريخ الهامة في مراحل الأزمة والاستجابة لها
١٢٥	الثالث - تكوين الفريق
١٢٧	الرابع - الاجتماعات المنعقدة
١٢٩	الخامس - البحوث التي صدر تكليف بإجرائها
١٣٠	السادس - مراجع مختصرة
١٣٦	السابع - شكر وتقدير

تمهيد

عندما أُصيب الطفل إميل وامونو من غينيا بداء إيبولا ومات وهو في ربيعته الثاني في ٢٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣، لم ينتبه أحد ساعتها إلى أن ذلك إنما كان بداية سلسلة من الأحداث ستؤدي فيما بعد إلى هلاك أكثر من ١١ ٠٠٠ شخص، أحداث بثت حالة من الخوف في جميع أنحاء العالم، واستنفر لها العالم جهودا كلفت بلايين الدولارات.

ولم يكن داء إيبولا الذي انتشر في غرب أفريقيا سوى واحد من عدة أوبئة شهدتها القرن الحادي والعشرون حتى الآن. فقد مرت بنا أربع جوائح كبرى، هي داء متلازمة الشرق الأوسط التنفسية الذي تفشى في المملكة العربية السعودية وجمهورية كوريا، ووباء فيروس الإنفلونزا (H1N1)، وفيروس إنفلونزا الطيور (H5N1)، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة. وهذه الجوائح كلها علامات ساطعة تعطي فكرة عما يتهدد البشرية من أخطار سببها الأمراض المعدية.

وفي هذا السياق، أنشأ الأمين العام للأمم المتحدة في نيسان/أبريل ٢٠١٥ الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية ليقترح الفريق توصيات تفيد في تعزيز النظم الوطنية والدولية لمنع حدوث الأزمات الصحية في المستقبل والتصدي لها بفعالية، آخذا بعين الاعتبار الدروس المستفادة من جهود التصدي لداء إيبولا.

وقد ركز الفريق اهتمامه على الأزمات الصحية الناشئة عن حالات تفشي الأمراض المعدية التي تهدد بالانتشار على الصعيد الدولي، سواء ما كان منها جديدا أو حادا أو عائدا إلى الظهور. واعتبر الفريق المهمة المسندة إليه مهمة استشرافية يقترح من خلالها تدابير بالغة الأهمية تساعد في تحسين العمل الرامي إلى منع اندلاع الأزمات الصحية في المستقبل والتصدي لها. ولا ينبغي قراءة التقرير وكأنه انتقاد لما بُذل من جهود في التصدي لوباء إيبولا، فهذا شأن يوجد من الدراسات الأخرى ما هو أنسب من الناحية التقنية لتناوله. ومع ذلك، فقد أمعن الفريق النظر في هذه الدراسات واتخذ من الجهود العالمية التي بُذلت لمواجهة تفشي داء إيبولا منطلقا لمداولاته.

وقد اتضح للفريق، بعد مشاورات مكثفة، أن الخطورة الشديدة للجوائح الصحية الكبرى غالبا ما لا تُقدر حق قدرها، وأن درجة تأهب العالم للمواجهة وقدرته على ذلك على قدر من الضعف يُرثى له. ومن المحتمل أن تتجاوز الأوبئة في المستقبل وباء إيبولا الذي اجتاحت غرب أفريقيا سواء من حيث نطاق تفشيه أو مفعوله المدمر. فقد علم الفريق بانشغال

شديد أنه من غير المستبعد أن يظهر فيروس إنفلونزا شديد الأمراض بإمكانه أن يودي بحياة الملايين في وقت وجيز ويحدث خرابا اجتماعيا واقتصاديا وسياسيا.

ولذلك يوصي الفريق باتخاذ سلسلة من التدابير لتعزيز الهياكل الصحية العالمية حتى تكون أقدر على التصدي لخطر الأوبئة.

والفريق مقتنع أنه لا بديل للصحة العالمية عن قيادة موحدة تكون لها موارد مهمة وتتولى تحديد الأولويات الصحية العالمية وتسهر على تنفيذها. ومنظمة الصحة العالمية هي الجهة التي ينبغي لها أن تتولى هذا الدور القيادي. ويلاحظ الفريق أن قدرات منظمة الصحة العالمية على مواجهة حالات الطوارئ لا تزال معدومة حتى الآن، وأن المحاولات الرامية إلى إصلاح المنظمة باءت في معظمها بالفشل. وإذا كانت المسؤولية عن تنفيذ الإصلاحات تقع إلى حد بعيد على عاتق أمانة منظمة الصحة العالمية، فإن المنظمة لا تلقى من الدول الأعضاء فيها سوى دعم ضعيف. ففي عام ٢٠١١، قالت المديرية العامة للمنظمة في تقرير إلى جمعية الصحة العالمية عن مستقبل تمويل المنظمة "إن منظمة الصحة العالمية تجتهد نفسها مثقلة بالالتزامات، مشتتة الجهود، وفي حاجة إلى إصلاحات. فمنهجية وضع الأولويات ليست على درجة كافية من الانتقائية ولا هي ذات توجه استراتيجي واضح". وإذا لم تنجح جهود إصلاح المنظمة، فإن أول جائحة وبائية قادمة ستودي بآلاف الأرواح التي ما كانت لنهلك. فلربما كانت هذه آخر فرصة لتمكين منظمة الصحة العالمية من امتلاك قدرات فعالة للتأهب لحالات الطوارئ والتصدي لها، مع ما يلزم لذلك من قيادة سياسية. وإذا وقع فشل آخر في القيام بالمتعين، ربما صار من اللازم النظر في إمكانية استحداث آليات تصد مؤسسية بديلة تابعة للأمم المتحدة.

وما أكثر ما يخيم الإحساس بالرضا عن الذات وترك العمل بعد أن تمر فترات الذعر العام التي يخلفها انتشار الأوبئة. فوباء الإنفلونزا الذي انتشر في عام ٢٠٠٩، على سبيل المثال، دفع إلى إجراء استعراض مماثل لمدى التأهب على الصعيد العالمي، ولكن معظم التوصيات التي تضمنها الاستعراض ظلت حبرا على ورق. ولو وجدت تلك التوصيات طريقها إلى التنفيذ لأمكن إنقاذ آلاف الأرواح في غرب أفريقيا.

ومن حق الضحايا علينا أن نمنع تكرار هذه المأساة. وهذا عمل يتطلب متابعة سياسية دؤوبة ابتغاء إقامة هيكل متين تتصدى من خلاله للأزمات الصحية. ومن هذا المنطلق، يقترح الفريق إنشاء مجلس رفيع المستوى معني بأزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي، كما يقترح عقد مؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي للحفاظ على الحماس في العمل ورصد التقدم المحرز في تنفيذ الإصلاحات اللازمة.

ويعرب الفريق عن امتنانه للأمين العام على ما أبداه من بعد نظر بسعيه إلى إعداد العالم للأزمات الصحية، ويأمل أن تساعد التوصيات الواردة في هذا التقرير على تفادي كثير من الخسائر البشرية في المستقبل.

(توقيع) جاكايأ مريشو كيكويي
جمهورية تنزانيا المتحدة
الرئيس

إيبولا جائحة تدق ناقوس الخطر

لقد كانت جائحة إيبولا التي تفشت في عام ٢٠١٤ مأساة إنسانية أزهدت آلاف الأرواح وخلفت معاناة مؤلمة وتركت ندوبا غائرة في جماعات بشرية من سكان غينيا وسيراليون وليبيريا. إلا أن ما حدث كان بالإمكان تفاديه. فلقد كان ممكنا عمل الكثير لوقف انتشار الوباء وهو لا يزال في بدايته. والآن يجب اعتبار تلك الأزمة صيحة تنبيه لتكثيف العمل على الصعيد العالمي لمنع الأزمات الصحية في المستقبل.

ولقد تبين من الإخفاقات المتعددة التي وقعت في أثناء التصدي لوباء إيبولا أن العالم لا يزال غير مهيا للتصدي للتهديد الذي تشكله الأوبئة. فبسبب الافتقار إلى قدرات الرصد الأساسية في غرب أفريقيا ظل الفيروس ينتشر أول الأمر في غفلة من الناس طيلة ثلاثة أشهر. وعندما انكشف الأمر، قلل الخبراء من شأن الوباء واستصغرت السلطات. ومع أن جهات من قبيل منظمة أطباء بلا حدود ظلت تطلق تحذيرات من خطورة الوضع، بقيت حكومات البلدان الثلاثة الأكثر تضررا ومنظمة الصحة العالمية تؤكد أن انتشار الوباء سيُتحكم فيه قريبا. ولم تعلن منظمة الصحة العالمية أن تفشي وباء إيبولا يشكل حالة طوارئ للصحة العامة مثيرة للانفعال الدولي إلا بعد أن بلغ عدد المصابين ٦٠٠ ١ شخص، ليبدأ حينها اهتمام العالم بالمسألة.

ولما اعتُبر الوباء تهديدا عالميا، قام العالم بحشد موارد وقدرات لم يسبق لها مثيل، وكان من ذلك إيفاد وجود عسكري أجنبي وقرار الأمين العام إنشاء أول بعثة للأمم المتحدة معنية بحالات الطوارئ الصحية. غير أن تلك الجهود أعاقها نقص الأفراد المدربين من ذوي الخبرة والمستعدين للذهاب إلى البلدان المتضررة، وعدم كفاية الموارد المالية، وقلة المعرفة بأساليب التدخل الفعالة، وعدم مشاركة المجتمعات المحلية بفعالية، وسوء التنسيق. وكانت نتيجة هذا البطء والتخبط موت آلاف البشر.

واليوم وبعد مرور أكثر من سنتين على أول وفاة تحدث بسبب الوباء، قتل الداء ١١ ٣١٦ شخصا، وأُبلغ عن إصابة ٢٨ ٦٣٨ شخصا*. وأدى الوباء أيضا إلى خسائر اقتصادية في البلدان الأكثر تضررا تقدر بمبلغ ٢,٢ بليون دولار، وهو ما عصف بتقدم أُحرز بشق الأنفس نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

* حالة البيانات في ١٧ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦. اطلع عليها في ٢٢ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ في

.www.who.int/csr/disease/ebola/en

عبء الأمراض المعدية على الصعيد العالمي

لقد مرت على العالم قرون وهو يتعرض للجائحات والأوبئة التي تخلف في كثير من الأحيان آثارا مدمرة. ففي عام ١٩١٨، أودت جائحة من إنفلونزا H1N1 بأرواح ما يقدر بنحو ٥٠ مليون شخص. واليوم، لا يزال عدد من الأمراض المعدية الأخرى يودي بحياة الملايين من البشر. وقد ثبت من الحالات الأخيرة لتفشي داء الإنفلونزا (H5N1 و H1N1) والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية أن النظم الصحية المتطورة في البلدان المتقدمة النمو يمكن أن تقف هي نفسها عاجزة أمام ظهور أمراض جديدة أو ناشئة.

ومع أن فيروس إيبولا كان له أثر مدمر في غرب أفريقيا، فهو ليس أعنى ما عرفته البشرية من مسببات الأمراض. فقد أظهرت محاكاة بالنموذج الرياضي أعدتها مؤسسة بيل وميلندا غيتس أن سلالة فتاكة من فيروس الإنفلونزا المنقول بالهواء يمكن أن يصل إلى جميع عواصم العالم الرئيسية في غضون ٦٠ يوما ويقتل أكثر من ٣٣ مليون شخص في ٢٥٠ يوما.

وعلى الرغم من الأخطار الجسيمة التي تشكلها الأوبئة، فإن ما يُبذل على الصعيد العالمي من جهود للتأهب لها ظلت غير كافية إلى حد يرثى له. فالصك القانوني العالمي الذي كان ثمرة مفاوضات لكفالة الإنذار المبكر والتصدي للأوبئة، اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)، لم ينفذه بالكامل سوى الثلث من الدول الـ ١٩٦ الأطراف فيه. وبالمثل، لا تُخصص سوى نسبة صغيرة من الاستثمار العالمي في مجال البحث والتطوير للقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص المتعلقة بالأمراض المعدية الناشئة التي تؤثر على العالم النامي في المقام الأول.

نداء للعمل

ستظهر في المستقبل تهديدات وبائية يحتمل أن يكون لها آثار مدمرة. وبيدنا أن نهب للعمل دون إبطاء لنكون قادرين على التغلب على التهديدات المستقبلية وحماية البشرية، وإلا ظللنا عرضة لخسارة ملايين الأرواح وتحمل آثار مدمرة اجتماعية وسياسية واقتصادية.

ويقدم الفريق هاهنا ٢٧ توصية ليُعمل بها على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي، تشتمل على كثير من التدابير التي تهم جميع مستويات الإدارة وتتطلب التعاون مع جميع قطاعات المجتمع. وهناك ثلة من التدابير الملموسة التي لا تخلو من تعقيد ولكن يمكن اتخاذها فوراً بالتعاون بين الشركاء من الحكومات والمؤسسات الدولية والمجتمع المدني والقطاع

الخاص، في إطار من التأزر الذي يفرض نفسه بالحاح متجدد. وستفضي هذه التدابير ذات الأولوية إلى بناء القدرات العالمية اللازمة لإدارة الأزمات الصحية في المستقبل والتعجيل بتنفيذ توصيات الفريق.

أولاً، يجب أن تقيم منظمة الصحة العالمية مركزاً جديداً للتأهب والتصدي لحالات الطوارئ وأن تكفل للعالم قدرة دائمة تمكنه من التعرف الفوري على تهديدات الأمراض المعدية الناشئة والتصدي لها. ويجب أن يكون للمركز قدرة حقيقية على تولي القيادة والتوجيه، وعلى الحصول على الموارد البشرية والتشغيلية المتخصصة اللازمة لتنفيذ أعمال التصدي للطوارئ الصحية، وأن تكون له القدرة على تصوير بيانات الرصد المتحقق منها وإتاحتها في الزمن الحقيقي. وينبغي للمركز أن يستفيد من أفضل التكنولوجيات المتاحة لجعل المجتمع العالمي قادراً على تحديد أي تهديد ناشئ وتعبه والتصدي له بفعالية.

ثانياً، يجب أن تفي جميع البلدان بمحمل الالتزامات المترتبة على اللوائح الصحية الدولية. وحيثما غابت القدرات ذات الصلة، ينبغي تقديم الدعم اللازم للإسراع بتنفيذ مجموعة أساسية من التدابير. وينبغي أن تندرج هذه التدابير ضمن السلطة المباشرة لرؤساء الحكومات، وأن تشمل إنشاء آليات للتأهب للأوبئة والتصدي لها، مع تحديد واضح لمهام القيادة والتوجيه في هذه الآليات، وتوظيف وتدريب مهنيي الصحة والعاملين في الصحة المجتمعية، وإنشاء نظام رصد شامل يكون له مختبر وطني.

ثالثاً، ينبغي إتاحة القدر الكافي من التمويل. وينبغي تقديم المساعدة إلى البلدان التي تحتاج إلى المزيد من الدعم لكي تتمكن من الامتثال للوائح الصحية الدولية، ويجب في الوقت نفسه تزويد منظمة الصحة العالمية والمركز الجديد للتأهب لحالات الطوارئ والتصدي لها بالموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات العالمية. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي إنشاء صندوق لدعم البحث والتطوير المتعلقين بلقاحات الأمراض المعدية المهمة وعلاجاتها وعمليات تشخيصها.

ولضمان اتخاذ مجموعة من التدابير الرئيسية، تدعو توصية تحتل مكانة مركزية من عمل الفريق إلى إنشاء مجلس رفيع المستوى معني بأزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي في إطار الجمعية العامة ليتولى القيادة السياسية في مجال التأهب على الصعيد العالمي، ورصد تنفيذ الإصلاحات، والمساعدة في التحضير لمؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي يُعقد في عام ٢٠١٨.

لقد كان تفشي داء إيبولا صرخة دقت ناقوس الخطر. ويجب على قادة العالم أن يتحركوا الآن لتنفيذ التوصيات الواردة في هذا التقرير.

فروع التقرير

المستوى الوطني (التوصيات ١ إلى ٤)

يقف المجتمع المحلي في الخطوط الأمامية في أي جائحة، والدولة هي الجهة الرئيسية المسؤولة والتي ينبغي مساءلتها عن إصدار الإنذارات اللازمة في حال أي أزمة والقيام بالتصدي لها. ويتطلب المستويان المحلي والوطني للصحة العالمية تنمية القدرات الأساسية اللازمة للقيام بفعالية بأنشطة التأهب والتصدي.

ولقد تبين من جهود التصدي لداء إيولا أن عدم كفاية تنفيذ الالتزامات الوطنية التي تفرضها اللوائح الصحية الدولية، وضعف النظم الصحية، وتحديات الحوكمة، وضعف التعاون مع المجتمعات المحلية، أعاق قدرة السلطات الوطنية على وقف انتشار الفيروس.

ولذلك فإنه من الضروري اتخاذ التدابير الرئيسية التالية على الصعيد الوطني: تفعيل القدرات الأساسية المطلوبة في اللوائح الصحية الدولية؛ وتكوين قوى عاملة فعالة في المجال الصحي؛ ومعالجة تحديات الحوكمة؛ والرفع من مستوى مشاركة المجتمعات المحلية؛ ومعالجة الجوانب الجنسانية من الأزمات الصحية.

المستويان الإقليمي ودون الإقليمي (التوصية ٥)

إذا كانت المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية قد ساعدت في التصدي لأزمة إيولا بقدرات ابتكارية وخبرات، فإن نقص التأهب والترتيبات المعدة سلفاً ساهم في تأخير جهود التصدي وتعقيد تحديات التنسيق.

وينبغي للمنظمات الإقليمية أن تطور أو تعزز القدرات الدائمة اللازمة للمساعدة في الوقاية من الأزمات الصحية والتصدي لها، مع التركيز بشكل خاص على المجالات التي تستطيع أن تقدم فيها قيمة مضافة ذات شأن في جهود التصدي الوطنية.

المستوى الدولي (التوصيات ٦ إلى ٩)

لقد ألفت أزمة داء إيولا الضوء أيضاً على بعض الثغرات الحرجة في المنظومة الدولية للتصدي للأزمات الصحية. ويُشار هنا على وجه الخصوص إلى ضعف آلية رصد الامتثال للوائح الصحية الدولية فيما تشترطه من قدرات أساسية. ويؤثر غياب التقييمات المستقلة في الجهود الدولية الرامية إلى دعم أكثر البلدان ضعفاً لكي تكون لها القدرات اللازمة على التأهب للأزمات ورصدها وكشفها والتصدي لها. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدم امتلاك منظمة الصحة العالمية لقدرة قوية على التصدي وعدم الوضوح بشأن ترتيبات القيادة والتنسيق المشتركة بين الوكالات في التعامل مع الأزمات الصحية أدى إلى تأخر

التصدي بما ينبغي من فعالية. وقد دفع هذا التأخير الأمين العام إلى اتخاذ قرار غير مسبوق بإنشاء أول بعثة للأمم المتحدة معنية بحالة من حالات الطوارئ الصحية.

وينبغي اتخاذ تدابير عاجلة لمعالجة هذه الثغرات وتعزيز القدرة العالمية على كشف الأزمات الصحية في مراحلها الأولى والتصدي لها بالسرعة اللازمة. ولذلك يتعين العمل بترتيب أكثر صرامة في الاستعراض الدوري لحالة الامتثال للوائح الصحية الدولية فيما تشترطه من قدرات أساسية، وتقوية القدرات التشغيلية لمنظمة الصحة العالمية، وتعزيز آليات التنسيق التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لتحسين التصدي للأزمات الصحية.

المسائل الشاملة (التوصيات ١٠ إلى ٢٥)

التمنية والصحة

إن مسببات الأمراض يمكن أن تظهر في أي بلد في العالم، إلا أن سوء الأحوال المعيشية يجعل البلدان النامية أشد ضعفا إزاء الآثار الناجمة عن تفشي الأمراض المعدية. فالحالة المتدنية لظروف النظافة الصحية يمكن أن تزيد من سرعة انتشار الأمراض، ثم يأتي ضعف النظم الصحية ليحد من القدرة على وقف انتشارها.

ويبحث الفريق جميع الدول الأعضاء على تحقيق أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما في مجال الصحة. ويشير إلى أن خطر الأزمات الصحية الناشئة من الأمراض المعدية قد ورد في الهدف ٣-٣، ويبحث الدول الأعضاء على جعل عملية رصد ومتابعة الأهداف الإنمائية للألفية تأخذ في الحسبان الامتثال للوائح الصحية الدولية فيما تشترطه من قدرات أساسية باعتبار ذلك عنصرا حاسما في منع تفشي الأمراض المعدية. ويوصي الفريق كذلك بأن تعمل منظمة الصحة العالمية بالتعاون وثيق مع الجهات الفاعلة الإنمائية لكفالة التكامل بين البرامج الإنمائية والجهود الرامية إلى بناء نظم الرعاية الصحية والصحة العامة.

البحث والتطوير

من المهم للغاية أن تتاح تدابير طبية مضادة ذات فعالية، بما في ذلك اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص، ذلك أنها ضرورية لمنع تفشي الأمراض المعدية والتصدي لها. غير أن الضعف الشديد لا يزال هو سمة الاستثمار في البحث والتطوير الطبيين في كل ما له صلة بالأمراض التي يغلب فيها أن تصيب الفقراء. فمن مبلغ ٢١٤ بليون دولار هو قيمة ما استثمر في البحث والتنمية الصحيين على الصعيد العالمي في عام ٢٠١٠، خُصص أقل من ٢ في المائة للأمراض المهملة. وحتى عندما توجد لقاحات أو علاجات، فهي كثيرا ما يصعب على الفئات الضعيفة من السكان الحصول عليها أو لا تكون في متناولها.

وينبغي التدخل على صعيد السياسات العامة، بما في ذلك زيادة التمويل العام، بهدف توجيه المزيد من الموارد صوب البحث والتطوير في مجال الأمراض المهملة ومسببات الأمراض الخطرة الأخرى، ولا سيما في البلدان النامية. ولذلك يوصي الفريق بأن تشرف منظمة الصحة العالمية على إنشاء صندوق لدعم البحث والتطوير في لقاحات الأمراض المعدية المهملة وعلاجاتها وعمليات تشخيصها. وينبغي أن تُحدد الأولويات التي توجه لها جهود البحث والتطوير وفق قائمة أولويات لمسببات الأمراض تضعها منظمة الصحة العالمية. وبالإضافة إلى ذلك، يلاحظ الفريق أنه ينبغي اتخاذ المزيد من التدابير اللازمة لجعل الأدوية في متناول الجميع وبأسعار معقولة.

التدابير الاقتصادية والمالية

إذا أُريد إقامة هيكل عالمي للصحة يكون أكثر فعالية وأكثر تأهباً للتصدي للآزمات الصحية، فلا بد لذلك من زيادة الموارد المالية. والفريق يرى أن الاستثمارات ستكون مطلوبة في ثلاثة مجالات رئيسية. أولاً، من الضروري حشد التمويل المحلي والدولي لدعم تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من جانب ما تشترطه من قدرات أساسية. وينبغي لأقل البلدان نمواً ولغيرها من البلدان الضعيفة أن تحصل من الشركاء على المساعدة اللازمة في هذا الصدد. ثانياً، ولتزويد منظمة الصحة العالمية بقدرة فعالة على التأهب العملي والتصدي لحالات الطوارئ ينبغي زيادة التمويل المخصص للمنظمة عن طريق الأنصبة المقررة بنسبة ١٠ في المائة، إلى جانب إتاحة ما يكفي من الأموال الاحتياطية لحالات الطوارئ. ثالثاً، من اللازم إتاحة ما لا يقل عن بليون دولار في السنة لدعم البحث والتطوير المتعلقين بالتدابير الطبية المضادة لمسببات الأمراض التي يُحتمل كثيراً أن تتسبب في أزمات صحية. ومن شأن زيادة التنسيق الاستراتيجي للموارد القائمة وإتاحة موارد تمويل جديدة للنهوض بهذه الأولويات أن يرفع من مستوى الفعالية ويجعل العالم أكثر أماناً.

ويلاحظ الفريق أيضاً أن ما يُفرض في أوقات الجوائح من قيود على المعاملات التجارية والسفر تسبب في أحيان كثيرة خسائر اقتصادية كبيرة للبلدان المتضررة وللعالم ككل. وهي أيضاً عامل يدفع الحكومات إلى التكتّم، وقد تعرقل جهود التصدي للآزمات. ولذلك يوصي الفريق ببحث التدابير التي من شأنها التخفيف إلى أدنى حد من اللجوء إلى فرض تلك القيود.

المتابعة والتنفيذ (التوصيتان ٢٦ و ٢٧)

إن عدم كفاية القيادة السياسية على المستويات القطري والإقليمي والدولي في التأهب للآزمات الصحية والتصدي لها يمكن أن يحد من فعالية جهود التصدي ويؤخرها. ويرى الفريق أن رؤساء الدول والحكومات يجب عليهم أن يعلنوا في وقت مبكر إجراءات حاسمة تتعلق بالأوبئة.

وعلاوة على ذلك، تعثرت محاولات سابقة لإصلاح الهيكل العالمي للصحة أو فشلت لانعدام الدعم السياسي.

ويرى الفريق وهو موقن أن ثمة حاجة إلى آلية سياسية رفيعة المستوى للحفاظ على ما هو قائم من حماس في العمل، ولكفالة تنفيذ الإصلاحات الحاسمة، وتقديم الدعم في تنظيم مؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي. ولذلك يقترح الفريق إنشاء مجلس رفيع المستوى معني بأزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي.

خلاصة

يعتقد الفريق موقناً أن توصياته، إن هي نُفذت، ستساعد على تعزيز الهيكل العالمي للصحة تحت قيادة منظمة الصحة العالمية. وباستنادها إلى الآليات القائمة، ستزيد توصيات الفريق من القدرة العالمية على رصد المخاطر وكشف الجوائح في بدايتها وتفعيل جهود التصدي بفعالية وبالسّعة اللازمة والموارد الكافية. وأما مقترحات الفريق الداعية إلى تخصيص الموارد اللازمة للبحث والتطوير فيما يتعلق بمسببات الأمراض ذات الأولوية فستؤدي إلى إتاحة وفرة من اللقاحات والعلاجات الحاسمة متى ما اشتدت الحاجة إليها.

التوصيات

المستوى الوطني

ملاحظة: لقد أثر عدم الامتثال للوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) من حيث ما تشترطه من قدرات أساسية في كل من درجة التأهب لأزمة داء إيبولا في غرب أفريقيا والتصدي لها، كما جعل ذلك العالم ضعيفا إزاء الجوائح من الأمراض المعدية.

التوصية ١

بحلول عام ٢٠٢٠، تكون الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية، من خلال ما يتطلبه الأمر من تعاون دولي، في تمام الامتثال لتلك اللوائح من جهة ما تشترطه من قدرات أساسية.

في إطار تنفيذ اللوائح الصحية الدولية من جهة ما تشترطه من قدرات أساسية، ينبغي للدول الأطراف، بقيادة رؤساء الدول والحكومات، أن تقوم بما يلي:

التأهب والتصدي

- إدراج التخطيط للتصدي للأزمات الصحية في الآليات والخطط الوطنية للحد من مخاطر الكوارث والتأهب والتصدي لها
- إشراك جميع أصحاب المصلحة المعنيين في تحديد القدرات والموارد اللازمة لجهود التصدي
- وضع خطط لمواجهة الجوائح وتنفيذ تمارين محاكاة لجميع العاملين في التصدي للأزمات، بما في ذلك قوات الأمن

الرصد

- إنشاء آلية رصد من منظور "الصحة واحدة" لجمع المعلومات عن الصحة العامة وتحليلها بطريقة أقرب ما تكون إلى الزمن الحقيقي، وذلك باستقاء البيانات من جميع شرائح المجتمع
- ضمان إخطار المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج منظمة الصحة العالمية لإدارة تفشي الأوبئة والطوارئ فوراً بجميع الأحداث الصحية غير العادية (مركز منظمة الصحة العالمية للتأهب لحالات الطوارئ والتصدي لها - انظر التوصية ٧)

المختبرات

- إنشاء ما لا يقل عن مختبر واحد للصحة العامة الوطنية مزود بالتجهيزات اللازمة لتحليل العينات البيولوجية، أو القيام بدلا من ذلك بكفالة الوصول إلى مختبرات إقليمية مشتركة
- إقامة نظام وطني لنقل العينات بسرعة وفي ظروف آمنة إلى المختبرات المناسبة، بما في ذلك عبر الحدود

الموارد البشرية

- وضع بروتوكولات للعاملين في حالات الطوارئ لضمان الكافي من الحماية والتدريب والمعدات والأجور والسلامة المهنية
 - تشكيل قوة عاملة لحالات الطوارئ من خلال تدريب جميع العاملين في المجال الصحي في القطاعين العام والخاص على بروتوكولات الطوارئ
- ملاحظة: من أهم العقبات التي تعترض تنفيذ نظام ناجح لرصد تفشي الأوبئة والتصدي لها على مستوى المجتمعات المحلية أنه لا وجود لمدرّبين من مهنيي الصحة.

التوصية ٢

- تزيد الحكومات من الاستثمار في تدريب مهنيي الصحة وتنشئ نظاما للعاملين في مجال الصحة المجتمعية تكون مناسبة للظروف القطرية.
- إتاحة الحكومات الوطنية وشركائها التمويل الكامل لتدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية
 - تقديم الحوافز التي تساعد على انتشار العاملين في مجال الصحة بطريقة استراتيجية في المناطق الفقيرة والنائية
 - الاعتراف بالعاملين في مجال الصحة المجتمعية وإدماجهم باعتبارهم فئة من القوى العاملة ذات أدوار هامة في الوقاية والرصد والتصدي
- ملاحظة: لقد أدى الفهم الناقص للسياق الثقافي وسوء إعداد الخطاب التواصل إلى عرقلة جهود التصدي على صعيد المجتمع المحلي.

التوصية ٣

تعزز الحكومات والجهات المسعفة عملها في المجتمعات المحلية وتقوم بترشيده، وتشجع هذه المجتمعات على تولي زمام المبادرة، وتبني معها علاقات قائمة على الثقة.

- تقديم السلطات الوطنية وشركائها الدعم في تطوير واستخدام القدرات الوطنية في مجال البحوث الاجتماعية، إضافة إلى إقامة شبكة دولية من علماء الاجتماع القادرين على التعبئة في حالة الأزمة
- إدراج مبادئ المشاركة الفعالة من المجتمعات المحلية في جميع برامج تدريب المسعفين الوطنيين والدوليين
- استفادة السلطات الوطنية وشركائها من الإمكانيات التي ينطوي عليها التعاون فيما بين بلدان الجنوب في هذا المجال
- وضع استراتيجيات للتواصل، مع إيلاء الاعتبار الواجب للسياق الثقافي

ملاحظة: كثيرا ما يكون تضرر المرأة من الأمراض المعدية تضررا غير متناسب، لأن الغالب أن المرأة هي أول من يتولى تقديم الرعاية في الأسرة. وعلاوة على ذلك، تكون المرأة شديدة الضعف إزاء الآثار الاقتصادية السيئة التي يسببها تفشي الأمراض، لأن الأغلب في حالتها أن تكون ممن يعملون في القطاع غير الرسمي. وبالإضافة إلى ذلك، وبغض النظر عن الظهور اللافت لبعض القيادات النسائية في صفوف مقدمي الإسعافات، كان تمثيل المرأة ناقصا في جميع الجهود الوطنية والدولية التي بُذلت في التصدي لأزمة داء إيبولا.

التوصية ٤

ينبغي أن يراعى البعد الجنساني ويُعتنى به فيما يبذل من جهود في التأهب لتفشي الأوبئة والتصدي لها.

- لما كان الغالب أن تكون المرأة هي أول من يتولى مهام تقديم الرعاية، فإنه ينبغي توجيه اهتمام خاص إلى احتياجاتها
- إيلاء اهتمام خاص لحالة المرأة في إطار الجهود الرامية إلى معالجة الأثر الاقتصادي للأوبئة وتأثيرها على سبل العيش
- وجوب إشراك النساء في جميع مستويات التخطيط والعمليات من أجل كفالة فعالية الاستجابة وملاءمتها

المستويان الإقليمي ودون الإقليمي

ملاحظة: لقد أدى الدعم الذي قدمته المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية في جهود التصدي لوباء إيبولا إلى تعزيز القدرات التشغيلية إلى حد كبير، بيد أن عملية إيصال المساعدات كانت بطيئة وافتقرت إلى التنسيق في بعض الأحيان.

التوصية ٥

تقوم المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية، بدعم من منظمة الصحة العالمية، باستحداث قدرات دائمة لرصد الأزمات الصحية ومنع وقوعها والتصدي لها، أو تقوم بتعزيز القائم من هذه القدرات. ويشمل ذلك القيام بما يلي:

- تعزيز خطط الطوارئ والتأهب لسيناريوهات الأزمات الصحية على الصعيد الإقليمي، وكذلك الترتيب المسبق لإبرام اتفاقات بشأن توفير الإمدادات اللوجستية في حالات الطوارئ والحصول على التراخيص الطبية ذات الصلة، بحيث يمكن تفعيل تلك الاتفاقات بسرعة في حال وقوع أزمة صحية
- إدارة وتشغيل القدرات المشتركة على الصعيد الإقليمي في مجال منع الكوارث ومواجهة حالات الطوارئ، بما في ذلك مختبرات السلامة البيولوجية المتقدمة
- تعزيز القدرات البحثية والتعاون البحثي على الصعيد الإقليمي
- تعهد قائمة بأسماء الخبراء الطبيين ومهنيي الإسعاف يكونون جاهزين للتدخل السريع على الصعيد الإقليمي
- تيسير تبادل الخبرات والدروس المستفادة فيما بين الشركاء الإقليميين
- تعهد قائمة متفق عليها لمسببات الأمراض التي يُحتمل أن تؤدي إلى حدوث أزمات صحية في المنطقة، بدعم من منظمة الصحة العالمية
- إنشاء آلية إقليمية لتحديث ودعم اللوائح الصحية الدولية من أجل تعزيز الامتثال داخل المنطقة
- تيسير التمارين بالحاكاة على الصعيدين الإقليمي ودون الإقليمية لأغراض الاستجابة للأزمات الصحية، لا سيما في المناطق الحدودية

المستوى الدولي

ملاحظة: بعد مضي أكثر من ثلاث سنوات على الموعد النهائي الأصلي للامتنال لمتطلبات القدرات الأساسية التي تقتضيها اللوائح الصحية الدولية (والموافقة على تمديده لفترتين)، لم يعلن سوى ثلث الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية أنها قد استوفت متطلبات القدرات الأساسية المقررة في اللوائح الصحية الدولية.

التوصية ٦

تعزز منظمة الصحة العالمية استعراضها الدوري لمدى الامتنال للوائح الصحية الدولية من جهة ما تشترطه من قدرات أساسية.

- تقوم الدول الأطراف سنوياً، بالتشاور مع الجهات الفاعلة غير الحكومية، بموافاة أمانة منظمة الصحة العالمية بتقييم خطي لحالة استيفائها القدرات الأساسية المقررة في اللوائح الصحية الدولية.
- يخضع كل بلد لاستعراض دوري على أساس التناوب، وبمرور أربع سنوات يكون الاستعراض قد شمل جميع الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية.
- بالنسبة للبلدان قيد الاستعراض، تتخذ منظمة الصحة العالمية الترتيبات لإجراء تقييم ميداني مستقل لمدى الوفاء بمتطلبات القدرات الأساسية المقررة في اللوائح الصحية الدولية، ويجري هذا التقييم بالتنسيق مع أي استعراضات أخرى، إن وُجدت.
- يقدم كل من التقييم الذاتي للبلد والتقييم الذي ترتب له منظمة الصحة العالمية إلى جمعية الصحة العالمية (أو لجنة تنشؤها الجمعية) لمناقشته.
- توجه الدعوة خلال الاستعراض إلى أحد كبار ممثلي البلد للتعليق على كلا التقريرين. وتتاح فرصة التعليق أيضاً لأعضاء آخرين في جمعية الصحة العالمية.
- في غضون ثلاثة أشهر من الاجتماع، تضع أمانة منظمة الصحة العالمية خطة عمل محددة التكاليف لكل بلد استناداً إلى المناقشات، باستخدام أداة منظمة الصحة العالمية لحساب التكلفة.
- بناء على هذا الاستعراض، تعد أمانة منظمة الصحة العالمية تقريراً جامعاً يتيح للعموم بشأن حالة استيفاء القدرات الأساسية المقررة في اللوائح الصحية الدولية على الصعيد العالمي، وترسم الخطوط العريضة لاستراتيجية تنفيذ تتضمن الاحتياجات من المساعدة الدولية.

- بمجرد أن تحقق دولة طرف الامتثال التام لمتطلبات القدرات الأساسية الواردة في اللوائح الصحية الدولية، يوسع نطاق عملية الاستعراض الدوري ليصبح تقييماً أشمل للمنظومة الصحية في البلد، استناداً إلى توجيهات تعدها منظمة الصحة العالمية. ويشمل هذا التقييم إعادة النظر في مدى التقيد بالقدرات الأساسية المقررة في اللوائح الصحية الدولية.

ملاحظة: قوام الثقافة المؤسسية لمنظمة الصحة العالمية هو أنها منظمة ذات طابع فني متخصص مهمتها وضع المعايير. وإذا كانت الدراية الفنية لمنظمة الصحة العالمية قد ساعدت على احتواء حالات سابقة من تفشي داء إيبولا، فإن المنظمة تفتقر حالياً إلى ما ينبغي من فهم وخبرة وقدرات لقيادة جهود تنفيذية واسعة النطاق في مواجهة الأوبئة. وأي تأخير من جانب منظمة الصحة العالمية في اتخاذ إجراء مبكر استجابةً لإبلاغ أولي عن تفشي وباء قد يؤدي إلى خسارة أرواح من الرجال والنساء والأطفال كان يمكن إنقاذها.

التوصية ٧

تبادر منظمة الصحة العالمية فوراً بتعزيز دورها القيادي، وتنشئ قدرة تشغيلية موحدة وفعالة.

- يحيط الفريق علماً بأن منظمة الصحة العالمية أنشأت برنامج إدارة تفشي الأوبئة وحالات الطوارئ، ولكن في ضوء الحاجة إلى قيادة موحدة، يقترح الفريق أن يتحول هذا البرنامج إلى مركز للتأهب لحالات الطوارئ والتصدي لها، وأن تكون له سلطة القيادة والرقابة
- يكون هذا المركز آلية المراقبة والقيادة المركزية في حالات الطوارئ الصحية. وينبغي تزويده بما يكفي من التمويل والموظفين، مع تحديد واضح للمسؤوليات داخل المؤسسة
- يتم إنشاء مجلس استشاري دائم لتوجيه أنشطة المركز. ويضم المجلس الاستشاري ممثلين من هيئات الأمم المتحدة والحكومات الوطنية، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الشريكة من أجل التشجيع على اتباع نهج متعدد القطاعات
- خلال الأزمات الصحية، يخول المركز كامل صلاحيات مجموعة الصحة في مواجهة الأزمة ويتولى التنسيق الوثيق مع الحكومة وجميع الجهات الفاعلة
- يضم المركز وحدة لإدارة نشر القوى العاملة تشمل الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها وبرامج الأفرقة الطبية الأجنبية، وتتولى تنسيق أعمال القوى

العاملة الصحية العالمية المعنية بحالات الطوارئ، وإيفاد الخبراء والأفرقة الطبية الأجنبية، حسب الاقتضاء

- يضع المركز بروتوكولا شفافا من أجل استنفار استجابة فورية للأوبئة والدعوة إلى العمل السياسي حيثما وجدت عقبات تؤخر العمل الدولي أو تمنعه
- يضم المركز أيضا منظومة بيانات مفتوحة تقوم بجمع البيانات العامة عن الأحداث الوبائية على الصعيد العالمي وإدارتها وتحليلها. ويكون المركز مسؤولا عن جعل هذه البيانات متاحة للجمهور في الزمن الحقيقي
- يدير المركز صندوق الطوارئ المقترح لمنظمة الصحة العالمية، وتكون لديه إمكانية الوصول إلى مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية
- يتعاون المركز بشكل وثيق مع المنظومات الصحية لمنظمة الصحة العالمية وإدارة الابتكار فيما يتعلق بالبحث والتطوير في مجال الأزمات الصحية
- يضع المركز، بالتعاون مع اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، إجراءات تشغيل موحدة للجهات الفاعلة الإنسانية العاملة في مجال التصدي للأزمات الصحية

ملاحظة: تتجاوز الإدارة الفعالة لأي أزمة صحية اختصاص وزارات الصحة أو منظمة الصحة العالمية بمفردها، وتحتاج إلى قيادة سياسية وتنسيق الاستجابة على نطاق منظومة الأمم المتحدة. وقد أظهرت أزمة تفشي وباء إيبولا في غرب أفريقيا الحاجة إلى إنشاء خطوط إبلاغ فعالة داخل منظومة الصحة العالمية، فضلا عن تحسين التنسيق في أي استجابة على نطاق المنظومة.

التوصية ٨

إذا تفشى وباء وكانت الحالة ضمن الدرجة الثانية أو الثالثة ولم تكن بعد قد صُنفت ضمن حالات الطوارئ بالإنسانية، يتم تفعيل تسلسل واضح للقيادة على نطاق منظومة الأمم المتحدة.

- يكون المدير العام لمنظمة الصحة العالمية مسؤولا أمام الأمين العام للأمم المتحدة عن أعمال الاستجابة
- يرفع المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية تقاريره مباشرة إلى المدير التنفيذي للمركز التابع لمنظمة الصحة العالمية لضمان اتساق المنظومة بأكملها

- يكون المدير التنفيذي للمركز منسق حالات الطوارئ المعين من قبل الأمين العام، وتناط به مهمة قيادة استجابة مشتركة بين الوكالات، إذا لزم الأمر
 - بالنظر إلى أن منظمة الصحة العالمية هي الوكالة التنفيذية الرائدة في مجال الاستجابة للأزمات الصحية، ينبغي للأمين العام أن يكفل التشغيل الكامل لنظام مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات في دعم منسق حالات الطوارئ بغرض قيادة استجابة مشتركة بين الوكالات، إذا لزم الأمر
 - يتم استعراض اختصاص اللجنة، بما في ذلك نظام المجموعات، لتعزيز الفعالية وحسن التوقيت والتنسيق والقدرة على معالجة الأزمات الصحية
- ملاحظة: كشف تفشي فيروس إيبولا حالة من عدم الاتساق في التصنيفات المستخدمة في تصنيف الأزمات الصحية والإنسانية، الأمر الذي أدى إلى انعدام الفعالية في الاستجابة.

التوصية ٩

يبادر الأمين العام بإدماج نظامي الإعلان عن الأزمات الصحية والإنسانية.

- تؤدي كل أزمة صحية مصنفة في الدرجة ٢ أو الدرجة ٣، وفقاً لإطار منظمة الصحة العالمية للاستجابة في حالات الطوارئ، إلى حفز عملية إعداد تقييم متعدد القطاعات مشترك بين الوكالات بصورة تلقائية وبأثر فوري

التنمية والصحة

ملاحظة: يعترف في الهدف ٣-٣ من أهداف التنمية المستدامة بخطر الأزمات الصحية الناجمة عن الأمراض المعدية. ومع ذلك، لا تشمل عملية رصد ومتابعة الأهداف في الوقت الراهن التقيد بمتطلبات القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية بوصفه عنصراً حاسماً في منع تفشي الأمراض المعدية.

التوصية ١٠

يجب أن يفي المجتمع الدولي بالتزاماته المتعلقة بأهداف التنمية المستدامة، مع التركيز بوجه خاص على أهداف قطاع الصحة.

- ينبغي للجنة الإحصائية، في المداولات التي تجريها بشأن مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، إيلاء النظر إلى قياس مدى الالتزام بمتطلبات القدرات الأساسية الواردة

في اللوائح الصحية الدولية وتعزيز النظم الصحية العامة باعتبارهما مؤشرين صوب تحقيق أهداف التنمية المستدامة في المجال الصحي

ملاحظة: توجه الغالبية العظمى من المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى قطاع الصحة نحو برامج رأسيّة تركز على فرادى المؤشرات الصحية. وبينما حقق هذا النهج مكاسب كبيرة نحو أهداف محددة، فإنه لم ينجح في تعزيز النظم الصحية الشاملة. ومن شأن تقديم نسبة أكبر من التمويل مباشرة إلى البلدان بطرق من بينها دعم الميزانية، حيثما أمكن، أن يؤدي إلى تمكين الحكومات الوطنية من معالجة أوجه القصور هذه.

التوصية ١١

يواصل الشركاء تقديم المساعدة الإنمائية الرسمية إلى قطاع الصحة وتوجيه نسبة أكبر منها لتعزيز النظم الصحية وفق خطة متفق عليها تقودها الحكومات.

- توجه المساعدة الإنمائية الرسمية توجيهها استراتيجيا استنادا إلى خطة خمسية تدريجية مدرجة في الميزانية لتعزيز النظم الصحية
- إضفاء سميّ الوضوح والاتساق على معايير الشفافية والحكم الرشيد في الإدارة المالية
- تعمل المنظمات غير الحكومية بنفس القدر من الشفافية والحكم الرشيد كما هو متوقع من الحكومات الوطنية

ملاحظة: لاحظ الفريق بشكل مباشر أن تعزيز النظم الصحية لن يكون كافيا دون توفير الدعم للبرامج الإنمائية التكميلية التي تركز على توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والكهرباء والرعاية الصحية الأساسية والاحتياجات الأخرى ذات الصلة.

التوصية ١٢

تعمل منظمة الصحة العالمية بشكل وثيق مع الجهات الفاعلة الإنمائية لكفالة دعم البرامج الإنمائية للنظم الصحية، ومن ثم مساعدتها على تحسين حصول الجميع بشكل منصف على خدمات صحية جيدة النوعية.

البحث والتطوير

ملاحظة: يوجد عدد من مسببات الأمراض التي تشكل خطرا يهدد البشرية ولم تبحث بصورة كافية، ولا يعرف من منها سيؤدي إلى تفشي وباء في المستقبل، وينبغي بالتالي إيلاؤه أولوية في البحث.

التوصية ١٣

تنسق منظمة الصحة العالمية عملية تحديد أولويات الجهود العالمية في مجال البحث والتطوير فيما يتعلق بالأمراض المهملة التي تنطوي على تهديد بالغ بالتحول إلى أزمات صحية.

- تنشئ أمانة منظمة الصحة العالمية، مستعينة بمشورة الأفرقة الاستشارية المعنية بالتحصين والبحوث، وتتعهد قائمة أولويات من الأمراض المعدية الأكثر تهديدا بإحداث أزمة صحية، ومن ثم تتطلب أن يولى لها الاهتمام على سبيل الأولوية في استحداث اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص السريع. وينبغي أن يستند ترتيب الأولويات إلى معايير محددة بوضوح
- تساعد منظمة الصحة العالمية على تحديد النظم التكنولوجية التي لديها القدرة على التعجيل بإنتاج اللقاحات والعلاجات للتصدي لتفشي الأمراض الناجمة عن مسببات أمراض أو سلالات جديدة

ملاحظة: يؤدي ارتفاع أسعار اللقاحات والعلاجات إلى عدم توافرها بتكلفة ميسورة لمن هم في أمس الحاجة إليها أو عدم قدرتهم على الحصول عليها حتى وإن وجدت. وثمة حاجة ماسة إلى ضمان إمكانية حصول مواطني البلدان المتأثرة بانتشار الأمراض المعدية على ما يكفي من اللقاحات.

التوصية ١٤

تُتخذ تدابير عاجلة لكفالة حصول الجميع على الأدوية واللقاحات وغيرها من منتجات إنقاذ الحياة وتوفيرها بتكلفة ميسورة.

- توفير أموال عامة إضافية لدعم إمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات وغيرها من منتجات إنقاذ الحياة وتوفيرها بتكلفة ميسورة نظرا للفجوة القائمة بين الحاجة إلى استعادة الاستثمارات وتمويل البحوث، والحاجة إلى الحصول على الأدوية بتكلفة معقولة
- تعزيز الجهود الرامية إلى ضمان القدرة على الحصول على المنتجات الطبية وتحمل تكاليفها من خلال التحالف العالمي للقاحات والتحصين والصندوق العالمي والمبادرات الأخرى مثل المرفق الدولي لشراء الأدوية
- زيادة استخدام المنتجات النوعية من أجل توفير الأدوية بأسعار معقولة

- توفير البلدان والشركاء إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بتكلفة ميسورة، وفقا لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة. وفي هذا الصدد، ينبغي الاستفادة باستمرار من أوجه المرونة الشاملة التي يتيحها اتفاق الجوانب المتصلة بالتجارة

ملاحظة: في حالة تفشي أحد الأوبئة، يتطلب استحداث تدابير طبية مضادة لعامل جديد مسبب للمرض توفير العينات على وجه السرعة لمختبرات البحث والتطوير في جميع أنحاء العالم. ومع ذلك، شهدت السنوات الأخيرة تزايد القلق إزاء التوزيع العادل للمنافع، بما في ذلك اللقاحات أو العلاجات، المستمدة من العينات المتاحة للبحث والتطوير. وبالرغم من وجود صكين يتناولان تقاسم المواد الحيوية (بروتوكول ناغويا بشأن الحصول على الموارد الجينية والتقاسم العادل والمنصف للمنافع الناشئة عن استخدامها الملحق باتفاقية التنوع البيولوجي، والإطار الخاص بالتأهب للإنفلونزا الجائحة)، لا يزال هناك قدر كبير من عدم اليقين القانوني بخصوص الشروط التي يتم بموجبها تقاسم عينات مسببات المرض الناشئة.

التوصية ١٥

تدعو منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء فيها إلى إعادة التفاوض بشأن الإطار الخاص بالتأهب لوباء الإنفلونزا ليشمل عوامل ممرضة جديدة أخرى، وإضفاء طابع الإلزام القانوني عليه، وتحقيق توازن مناسب بين الالتزامات والمنافع، وفقا لمبادئ بروتوكول ناغويا لعام ٢٠١٠ الملحق باتفاقية التنوع البيولوجي.

ملاحظة: هناك تفاوت كبير في قدرات البحث والتطوير بين الاقتصادات المتقدمة النمو والاقتصادات الصاعدة، وأقل البلدان نموا.

التوصية ١٦

تقود منظمة الصحة العالمية الجهود الرامية إلى مساعدة البلدان النامية على بناء قدرات البحث والتصنيع لاستحداث اللقاحات والعلاجات ومعدات التشخيص، بما في ذلك من خلال التعاون فيما بين بلدان الجنوب.

- تعجيل منظمة الصحة العالمية وشركائها بتوفير الدعم التقني والمالي لمبادرات من قبيل شبكة مؤسسات صناعة اللقاحات في البلدان النامية
- بذل الجهود للاستفادة من الخبرات المتاحة في بلدان الجنوب

- إنشاء ودعم برامج البحوث في المجالات البالغة الأهمية في العلوم البيولوجية والاجتماعية، وفي مجالي الخدمات البيطرية والهندسة والمجالات ذات الصلة

التمويل

ملاحظة: يشكل التمويل عائقا رئيسيا في استيفاء القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية. وبينما يدعو الفريق جميع البلدان إلى تخصيص نسبة أكبر من ميزانيتها الوطنية لقطاع الصحة، بما في ذلك لبناء القدرات الأساسية الواردة في اللوائح الصحية الدولية، فإنه يعترف أن العديد من البلدان، ولا سيما أقل البلدان نموا، ستحتاج أيضا إلى قدر كبير من المساعدة الدولية.

التوصية ١٧

يقود المدير العام لمنظمة الصحة العالمية جهودا عاجلة، بالشراكة مع البنك الدولي والمصارف الإنمائية الإقليمية والمنظمات الدولية الأخرى والشركاء والمؤسسات والقطاع الخاص، لحشد الدعم المالي والتقني لبناء القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية.

ملاحظة: تعتمد كافة أنشطة منظمة الصحة العالمية في مواجهة حالات الطوارئ حاليا على التبرعات، حيث لا توجد موارد دائمة متاحة للتو. ويؤدي الطابع الطوعي للمساعدة في حالات الطوارئ عادة إلى تأخر تدابير المواجهة وسوء تنسيقها. ولذا ينبغي تمويل الأنشطة الأساسية المتعلقة بالاستجابة في حالات الطوارئ في إطار منظمة الصحة العالمية من الاشتراكات المقررة.

التوصية ١٨

تزيد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في أنصبتها المقررة لميزانية منظمة الصحة العالمية بنسبة لا تقل عن ١٠ في المائة.

ملاحظة: سيتطلب تعزيز قدرات منظمة الصحة العالمية على الاستجابة في حالات الطوارئ قدرا كبيرا من الدعم المالي الإضافي.

التوصية ١٩

توجه نسبة ١٠ في المائة من جميع التبرعات المقدمة إلى منظمة الصحة العالمية - علاوة على تكاليف دعم البرامج - بصورة إلزامية لدعم مركز التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ.

ملاحظة: قامت منظمة الصحة العالمية مؤخرا بإنشاء صندوق للطوارئ بمبلغ ١٠٠ مليون دولار لتغطية الاحتياجات الفورية في حالات الطوارئ. ويعتبر هذا المبلغ غير كاف إذا وضعنا في الاعتبار أن الفرصة الأقوى لاحتواء تفشي الوباء تكمن في الاستجابة الفعالة المبكرة.

التوصية ٢٠

تقدم الدول الأعضاء تمويلا لا يقل عن ٣٠٠ مليون دولار إلى صندوق الطوارئ التابع لمنظمة الصحة العالمية بحلول نهاية عام ٢٠١٦.

- يتاح صندوق الطوارئ لاستخدام أعضاء مجموعة الصحة، بتنسيق من منظمة الصحة العالمية

- لضمان تمويل يمكن التنبؤ به، تمول الدول الأعضاء كل موارد الصندوق الاحتياطي وفقا لجدول أنصبتها المقررة الحالية على أن يمол الصندوق بالكامل بحلول نهاية عام ٢٠١٦ ويعاد تمويله فور نفاذ رصيده

ملاحظة: يؤثر عدم وجود أموال يمكن التنبؤ بها والتمويل عليها واستخدامها على وجه السرعة للتصدي للأزمات الصحية الكبرى على قدرة السلطات على الحيلولة دون انتشار الأمراض. ويمكن أن يضطلع مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية التابع للبنك الدولي بدور رئيسي في كفالة هذه القدرة على التنبؤ وحسن التوقيت.

التوصية ٢١

يعجل البنك الدولي بتنفيذ مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية.

- تسدد الأقساط السنوية المستحقة لمرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية لصالح أقل البلدان من موارد إضافية مقدمة من الشركاء
- تعطي السلطات الوطنية للبلد المتضرر أولوية للمدفوعات المستحقة السداد للمرفق، وفقا لخطط الاستجابة الوطنية، وتتولى المنظمات المعنية تقديم الدعم التقني

ملاحظة: لم يتوفر حافز مالي كبير يدفع الصناعة لاستحداث لقاحات للأمراض المعدية التي تؤثر على البلدان النامية بشكل غير متناسب.

التوصية ٢٢

تشرف منظمة الصحة العالمية على إنشاء وإدارة صندوق دولي لا يقل رصيده عن بليون دولار سنوياً لدعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والعلاجات ومعدات التشخيص السريع للأمراض المعدية المهمة.

- يهدف هذا الصندوق إلى بناء الحماية من الأزمات الصحية في المستقبل وينبغي أن يكمل الآليات القائمة التي تدعم جهود البحث والتطوير الرامية إلى تحديد اللقاحات، وأساليب التداوي والوسائل التشخيصية للأمراض المعدية المتوطنة مثل الملاريا والسل وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز
- يستخدم هذا الصندوق لحفز جهود البحث والتطوير في اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص السريع المدرجة في قائمة مسببات الأمراض المصنفة حسب الأولوية والتي تحددها اللجان الاستشارية لجمعية الصحة العالمية
- تستخدم الأساليب المستهدفة في تحفيز البحث والتطوير حسب كل مسبب من مسببات الأمراض، وذلك من أجل تحقيق نتائج سريعة بأقل التكاليف

ملاحظة: أدت عمليات إغلاق الحدود من جانب واحد والقيود المفروضة على السفر والتجارة إلى خسائر اقتصادية كبيرة وأعاق تدفق الإمدادات ومهنيي الإسعاف إلى البلدان المتضررة من داء إيبولا. وبتعليق عدد من الخطوط الجوية التجارية لرحلاتها كان من الضروري استخدام شبكات خاصة من اللوجستيات الإنسانية.

التوصية ٢٣

تنظر لجنة استعراض اللوائح الصحية الدولية في وضع آليات للإسراع بمعالجة الإجراءات الانفرادية التي تتخذها الدول والكيانات الأخرى وتكون مخالفة للتوصيات المؤقتة التي تصدرها منظمة الصحة العالمية في سياق الإعلان عن حالة طوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي.

ملاحظة: يؤدي رد الفعل الدولي إلى تعاظم الآثار المحلية لتفشي الأمراض المعدية حتى وإن اقتصر انتشارها على البيئة المحلية. ومن واقع التجربة في الآونة الأخيرة تبين أنه عندما يكون هناك بلد متضرر من تفشي أحد الأوبئة تبادر البلدان الأخرى في كثير من الأحيان بإغلاق حدودها أو فرض قيود على السفر، على نحو يتعارض في بعض الحالات مع الإرشادات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية وفقاً للوائح الصحية الدولية. ويمكن الطعن في هذه القيود المفروضة على التجارة سواء بموجب اللوائح الصحية الدولية أو إجراءات تسوية المنازعات التي تقرها منظمة التجارة العالمية.

التوصية ٢٤

تقوم منظمة التجارة العالمية ومنظمة الصحة العالمية بإنشاء لجنة خبراء مشتركة غير رسمية لدراسة التدابير الممكنة لتعزيز الاتساق بين اللوائح الصحية الدولية والأطر القانونية لمنظمة التجارة العالمية بشأن القيود التجارية المفروضة لأسباب تتعلق بالصحة العامة.

ملاحظة: استمع الفريق إلى شواغل بشأن تشتت الجهود الدولية الرامية إلى دعم النظم الصحية في العالم النامي مما يؤدي إلى تداخل الجهود ومتطلبات الإبلاغ وانعدام التنسيق والانخفاض الكبير في فعالية المعونة. وفي الوقت نفسه، أعرب العديد من الشركاء عن القلق إزاء عدم كفاية قدرات الإدارة المالية في العديد من البلدان النامية.

التوصية ٢٥

تمثل البلدان والجهات الشريكة لإعلان باريس بشأن فعالية المعونة وخطة عمل أكراتفاق شراكة بوسان، لا سيما فيما يتعلق بتنسيق الدعم ومواءمة الجهود والخضوع للمساءلة المتبادلة.

- تقوم جميع الجهات الفاعلة الدولية بإبلاغ الحكومات بانتظام بمساهماتها في المعونة المقدمة إلى البلدان وتنسيق برامجها مع الوزارات التنفيذية المعنية
- في حالة الاستجابة الطارئة يتولى منسق حالات الطوارئ مسؤولية دعم الحكومة في كفالة التنسيق الفعال للمساعدة الدولية

المتابعة والتنفيذ

ملاحظة: في عام ٢٠٠٩، أودى تفشي وباء فيروس الإنفلونزا (H1N1) بحياة ما يقدر بـ ٣٠٠ ٠٠٠ شخص. وفي أعقاب الاستجابة، أجرت منظمة الصحة العالمية استعراضاً لأداء اللوائح الصحية الدولية. وأوصى الاستعراض بتنفيذ العديد من الإصلاحات الشبيهة بتوصيات الفريق الرفيع المستوى، ولكن لم ينفذ أي منها. فقد أدى غياب قيادة سياسية تعطي الأولوية للتنفيذ، إضافة إلى عدم توافر الموارد الكافية، إلى عدم القيام بالإصلاحات. وتدعو الحاجة إلى إنشاء آلية سياسية رفيعة المستوى لرصد تنفيذ الإصلاحات التي تمت الموافقة عليها حديثاً، بما في ذلك توصيات الفريق.

التوصية ٢٦

تقوم الجمعية العامة للأمم المتحدة على الفور بإنشاء مجلس رفيع المستوى معني بأزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي لضمان أن يكون العالم متأهباً لأزمات الصحة العامة وقادراً على التصدي لها.

- يرصد المجلس الرفيع المستوى المسائل السياسية والمسائل غير المتعلقة بالصحة ذات الصلة بضرورات الوقاية والتأهب لأي وباء محتمل تكون له أبعاد عالمية ويمكن أن تكون لها آثار غير مسبوقه على الاقتصادات، وتنقل البشر والاستقرار، فضلاً عن الانتعاش. ويتولى المجلس إعادة تأكيد التوجيهات في أوقات الأزمات الصحية ويتدخل في الميادين التي يقع عليها الضرر خارج المجال الصحي
- يقوم المجلس الرفيع المستوى بعمليات الرصد ورفع التقارير بانتظام إلى الجمعية العامة بشأن تنفيذ التوصيات المعتمدة الصادرة عن الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية على الصعيد القطري والإقليمي والدولي
- يكفل المجلس الرفيع المستوى تنفيذ التوصيات المعتمدة للفريق الرفيع المستوى في الوقت المناسب
- يتألف المجلس الرفيع المستوى من ممثلين سياسيين لدول أعضاء يتراوح عددها بين ٤٥ و ٥٠ تنتخبهم الجمعية العامة
- يقدم المجلس الرفيع المستوى الدعم للأعمال التحضيرية الفنية لمؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي

التوصية ٢٧

يُعقد مؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة على الصعيد العالمي في عام ٢٠١٨ يركز على التأهب للأزمات الصحية والتصدي لها.

أولا - مقدمة

- ١ - أدت جائحة فيروس إيبولا عام ٢٠١٤ في غرب أفريقيا إلى خسائر فادحة في الأرواح زادت على ١١ ٠٠٠ حالة وفاة، وتسببت في معاناة لا حصر لها للمجتمعات المحلية في جميع أنحاء المنطقة.
- ٢ - وشكّلت المأساة نداء صحو للمجتمع العالمي إزاء التهديد المتمثل في الأوبئة. ولقد ابتليت البشرية بالأمراض المعدية على مدى التاريخ، فتسببت في إزهاق مئات ملايين الأرواح. وإذا كانت الإنجازات العلمية، مثل تقنيات التشخيص والعلاجات واللقاحات، قد أدت إلى الحد من بعض الأمراض أو القضاء عليها، فإنها لم تتمكن من احتواء التهديد الذي تمثله الأوبئة الناشئة عن عوامل ممرضة جديدة أو عوامل ممرضة عائدة إلى الظهور.
- ٣ - ولا يزال ينتشر كثير من العوامل الممرضة، وتنشأ بانتظام عوامل ممرضة جديدة. فتغير المناخ وفقدان التنوع البيولوجي والنمو السكاني وعولمة التجارة والسفر، كلها عوامل تجعل البشرية معرضة بشكل متزايد للأوبئة. ويبدو من جهود التصدي للجائحات التي تفشّت في الآونة الأخيرة، بما في ذلك جائحة إيبولا ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، أن العالم لا يزال في مستوى خطير من عدم الاستعداد للتصدي لتهديد الأوبئة. وقد أبرز الانتشار السريع لهذه الأمراض الحاجة الملحة إلى تعزيز الهياكل الصحية العالمية من أجل التصدي للجائحات المرضية في المستقبل.
- ٤ - وتحقيقا لهذه الغاية، أنشأ الأمين العام للأمم المتحدة في نيسان/أبريل ٢٠١٥ الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية ليقترح الفريق توصيات يمكن أن تعزز النظم الوطنية والإقليمية والدولية من أجل منع وقوع حالات طوارئ صحية في المستقبل وتحسين التصدي لها.
- ٥ - وركّز الفريق اهتمامه على الأزمات الصحية الناشئة عن تفشي الأمراض المعدية الجديدة أو العائدة إلى الظهور والتي تشكل تهديدا بالانتشار على الصعيد الدولي. وهذا لا يقلل من حجم حالات الطوارئ الصحية الناجمة عن أمراض غير معدية تؤدي بحياة ٣٨ مليون إنسان في السنة. ويدرك الفريق كذلك أن العديد من الأمراض المعدية، بما فيها الكوليرا (المهیضة) والملاريا (البُرْداء) والسل وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، تزهق ملايين الأرواح كل عام، ولذلك، فهي تدخل أيضا في فئة الأزمات الصحية الكبرى. ولكن، بما أن هذه الأمراض قد انتشرت بالفعل في جميع أنحاء العالم، فإن الاستراتيجية اللازمة لاحتوائها تختلف اختلافا كبيرا عن الاستراتيجية اللازمة للكشف المبكر والتصدي المبكر

لجائحات الأمراض الجديدة أو الأمراض الناشئة من جديد. وقد ركّز الفريق بوجه خاص على الحالات التي تشكّل فيها جائحات الأمراض المعدية السبب الجذري للأزمة، وليس النتيجة الناجمة عن حالة طارئة أعم (من قبيل حالة الطوارئ الإنسانية الناجمة عن نزاع، أو كارثة طبيعية). بيد أن العديد من استنتاجات الفريق تنطبق أيضا على معالجة الأزمات الصحية في سياق حالات طوارئ إنسانية أعم. ولم يبحث الفريق بطريقة مباشرة أعمال الإرهاب البيولوجي - أي الاستخدام المتعمد للعوامل المسببة للأمراض المعدية - وإن كان العديد من توصياته ستساعد في احتواء العواقب الناجمة عن هذه الأعمال.

٦ - وحلل الفريق جهود التصدي لجائحة إيبولا، فضلا عن الجائحات السابقة لأمراض معدية، ونظر في الطيف الواسع من الإجراءات والنظم اللازمة لتعزيز التأهب والرصد والإنذار والاستجابة في ما يتعلق بالأزمات الصحية.

٧ - ومنذ أيار/مايو ٢٠١٥، عقد الفريق مشاورات مكثفة مع مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة، بما في ذلك رؤساء أكثر البلدان تضررا، وممثلون للبلدان الداعمة لجهود الاستجابة ودول أعضاء أخرى، وممثلو منظومة الأمم المتحدة، ومؤسسات مالية متعددة الأطراف، والمصارف الإقليمية للتنمية، والمنظمات غير الحكومية، ومقدمو خدمات الرعاية الصحية، ومؤسسات أكاديمية وبحثية، والقطاع الخاص، وخبراء آخرون. وسافر الفريق أيضا إلى سيراليون وغينيا وليبيريا، وهي البلدان الثلاثة الأكثر تضررا من جائحة إيبولا، للتشاور مع أكثر من ١٠٠ خبير، بمن فيهم ممثلو الحكومات وجهات متصدرة لجهود الإسعاف، وزعماء تقليديون، وأفراد من المجتمعات المحلية. وعلاوة على ذلك، استعرض الفريق إسهامات خطية واردة من الدول الأعضاء المشاركة في الاستجابة، فضلا عن العديد من الوثائق والدراسات والتقارير. وعقد الفريق كذلك عدة اجتماعات مواضيعية بصيغة المائدة المستديرة، وأصدر تكليفا بإعداد مجموعة من ورقات البحوث الأساسية من قبل مؤسسات أكاديمية وممارسين. وتواصل الفريق أيضا عن كثب مع الخبراء الذين يُجرون استعراضات رئيسية أخرى.

٨ - ويمثل أثر الأوبئة على البشرية قصة غير مروية من المعاناة وملايين الأرواح المفقودة. ويأمل الفريق في أن تساعد توصياته في تعزيز هياكل الصحة العالمية للاستجابة على نحو أفضل للجائحات في المستقبل حتى لا تحدث مرة أخرى أبدا مأس مثل جائحة إيبولا في غرب أفريقيا.

ألف - جائحة إيبولا التي ضربت غرب أفريقيا في عام ٢٠١٤ - مأساة كان يمكن توقّعها

٩ - إيميل وامونو، من ميلاندو بغينيا، لم يكن قد تعدّى السنتين من العمر عندما أصيب بحمى قصيرة وشديدة وتوفي في ٢٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٣. ويبدو أن الفيروس، الذي يُحتمل أن يكون قد انتقل من خلال الاتصال بخفاش فاكهة مصاب، وأودى بحياة إيميل، قد انتشر بسرعة وأدى في النهاية إلى وفاة شقيقته فيلومين، ووالدته الحامل سينا، وجدّته كومبا. وعندما التمسست كومبا العلاج في المستشفى في غيكيدو القريبة، انتقلت العدوى إلى العاملين في مجال الصحة، ونقله هؤلاء، دون علمهم، إلى قرى أخرى.

١٠ - وفي نهاية كانون الثاني/يناير ٢٠١٤، أوفدت السلطات الغينية فريقا من العاملين المحليين في مجال الصحة إلى ميلاندو للتحقيق في الوفيات الغامضة، لكن الفريق لم يفلح في تشخيص المرض. ولم يُحدّد فيروس إيبولا ويُبلغ عنه إلى منظمة الصحة العالمية في جنيف حتى نهاية آذار/مارس ٢٠١٤. وبحلول ذلك الوقت، كان قد سُجِّل بالفعل ٤٩ حالة عدوى و ٢٩ حالة وفاة، وكان المرض قد انتشر بالفعل في سيراليون المجاورة.

١ - فيروس إيبولا

١١ - لقد بثّ فيروس إيبولا، منذ اكتشافه في الغابات الاستوائية الواقعة شمال جمهورية الكونغو الديمقراطية في عام ١٩٧٦، الخوفَ حيثما ظهر. وقد أدرك الباحثون الذين حددوا الفيروس أول مرة إدراكا عميقا طبيعة الفيروس القوية والشديدة العدوى، فاحتاروا مخالفة الممارسة المتبعة، وذلك بتسميته ليس باسم القرية التي اكتُشف فيها، ولكن باسم نهر إيبولا المجاور. وقد أملوا في أن يساعد ذلك على تخنيب سكان قرية يامبوكو الوصم والأعمال الانتقامية.

١٢ - وعلى الرغم من الطابع الفتاك لهذا العامل الممرض وانعدام البنية التحتية الطبية والمتعلقة بالصحة العامة في المناطق التي ظهر فيها أول ما ظهر، فإن جائحات إيبولا كانت محدودة النطاق نسبيا، إذ لم تكن تضرب سوى بلدة أو قرية واحدة أو اثنتين، ثم يتم احتوائها. ففي الفترة بين عامي ١٩٧٦ و ٢٠١٢، حدثت ٢٤ جائحة من هذه الجائحات في أفريقيا، معظمها في أوغندا وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجنوب السودان وغابون. وحدثت جائحتان من الجائحات الكبرى الثلاث في جمهورية الكونغو الديمقراطية: أدت أول جائحة ضربت يامبوكو إلى إصابة ٣١٨ شخص وموت ٢٨٠ آخرين، في حين أدت جائحة عام ١٩٩٥ في كيكويت إلى إصابة ٣١٥ ووفاة ٢٥٠ شخصا. وحدثت الجائحة الكبرى

الثالثة في أنحاء مختلفة بالقرب من مدينة غولو شمال أوغندا في عام ٢٠٠٠، وأدت إلى إصابة ٤٢٥ شخص وموت ٢٢٤ آخرين.

١٣ - وبالنظر إلى ذلك كله، ليس بمستغرب عندما أعلنت غينيا عن جائحة جديدة لمرض إيبولا في ٢٢ آذار/مارس ٢٠١٤، أن يعتبر العالم أن الجائحة سرعان ما ستتحسر كما حدث في الجائحات السابقة. ولكن هذه المرة كانت مختلفة.

٢ - التهوين من شأن التحدي

١٤ - في البلدان المتضررة، قللت السلطات الوطنية والمحلية في بادئ الأمر، ولأسباب سياسية، من أهمية التقارير التي تحدثت عن جائحة إيبولا. وعلم الفريق أيضا أن المنظمات غير الحكومية والجهات المقدمة للإسعافات قد سُمح لها بالقيام بعملها، ولكن لم يقدم لها دائما الدعم اللازم.

١٥ - وفي الوقت نفسه، أخطأت منظمة الصحة العالمية ووكالات أخرى في تقدير مدى خطورة الجائحة، فكانت استجابتها الأولية بعيدة كل البعد عن المطلوب. وبعد التأكد من جائحة إيبولا، وطوال آذار/مارس ٢٠١٤، أوفدت منظمة الصحة العالمية ٣٨ شخصا إلى غينيا. وعلى سبيل المقارنة، بلغ مجموع عدد موظفي منظمة الصحة العالمية في غرب أفريقيا ٣٣٨ فردا في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤.

١٦ - واستغرق الأمر مدة إضافية من أربعة أشهر ونصف الشهر حتى تُقرّ منظمة الصحة العالمية بجائحة إيبولا حالة طوارئ للصحة العامة تدعو إلى القلق على الصعيد العالمي. وفي غضون ذلك، استمر الفيروس في الانتشار. وفي الفترة بين آذار/مارس وحزيران/يونيه ٢٠١٤، انتقل المرض إلى سيراليون وليبيريا، حيث تزايد عدد الحالات المشتبه فيها والحالات المؤكدة إلى أكثر من ثلاثة أضعاف، مرتفعا من ١١٢ حالة إلى ٣٨٩ حالة.

١٧ - وسرّع انعدام الوعي، بما في ذلك انعدام الوعي السائد في صفوف العاملين في مجال الصحة، عملية انتقال الفيروس. ونتيجة لذلك، باتت المستشفيات في كثير من الأحيان مراكز للعدوى. ومن ناحية أخرى، دفع عدم كفاية المعرفة بالطابع المعدي للمرض ببعض الأسر إلى معالجة مرضاها في المنزل، ومن ثمّ تعريض أنفسهم لخطر كبير بانتقال العدوى إليهم. وغالبا ما كانت الجهود المبذولة لتوعية السكان بضرورة الدفن الآمن تواجه بالمقاومة، لأن الأعراف الثقافية تقتضي إقامة طقوس دفن كثيرة تشمل لمس جثمان المتوفى وتغسيله. ويُعتقد أنه في إحدى المرات تسببت طقوس جنازة تقليدية في حدوث أكثر من ٣٦٥ حالة جديدة من حالات مرض إيبولا.

١٨ - ويشكّل احتواء جائحة إيبولا تحدياً لأي نظام صحي. فإذا كانت الولايات المتحدة الأمريكية وإسبانيا، وهما من البلدان التي لديها أكثر النظم الصحية تطوراً في العالم، لم تتمكن من منع انتقال مرض إيبولا في مستشفياتهما، فما بالك بحجم التحدي الذي يواجهه بلدان غرب أفريقيا الثلاثة.

١٩ - وحتى قبل انتشار فيروس إيبولا، كان لدى بلدان غرب أفريقيا الثلاثة الأشد تضرراً نظماً وبنى تحتية للرعاية الصحية تعاني من قصور شديد، وكانت تُصنّف من بين أدنى ١٥ بلداً في العالم من حيث التنمية البشرية. ففي غينيا، تبلغ نسبة الأطباء إلى المرضى ١٠ أطباء لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص، مقارنة بالولايات المتحدة التي تبلغ النسبة فيها ٢٤٢ طبيباً لكل ١٠٠ ٠٠٠ مواطن. أما في ليبيريا وسيراليون فالأرقام أسوأ من ذلك. وفي عام ٢٠١٢، لم يُنفق أي من البلدان الثلاثة أكثر من ١٣ دولاراً للشخص الواحد على الصحة.

٣ - الجائحة تخرج عن نطاق السيطرة

٢٠ - في تموز/يوليه وآب/أغسطس ٢٠١٤، وصلت جائحة إيبولا إلى عواصم كل من سيراليون وغينيا وليبيريا. وتسارعت معدلات انتقال العدوى، حيث تضاعف مجموع عدد الحالات كل شهر. ففي نهاية حزيران/يونيه، وصل عدد الحالات إلى ٧٧٩ حالة؛ وفي نهاية تموز/يوليه بلغ ١ ٦٠٩ حالات؛ وفي نهاية آب/أغسطس بلغ ٣ ٧٠٧ حالات.

٢١ - وعمت مشاهد مأساوية في شوارع مونروفيا وفريتاون، وفي مراكز العلاج في المناطق الريفية. وكان الأشخاص يُحتضرون على أبواب مراكز العلاج التي كانت تغص بقاصديها. وتعرّض العاملون في مجال الرعاية الصحية لخطر شديد للعدوى وعانوا تبعاً لذلك، حيث توفي منهم نحو ٥٠٠ خلال فترة الأزمة.

٢٢ - وبحلول نهاية تموز/يوليه، بلغ الوضع نقطة حرجية، مما دفع الحكومات المحلية والمجتمع الدولي إلى التحرك. ففي ٢٣ تموز/يوليه، أُعلن أن مرض إيبولا قد وصل إلى نيجيريا، وفي آب/أغسطس امتد الفيروس إلى السنغال، وفي تشرين الأول/أكتوبر وصل إلى مالي.

٢٣ - وفي ٢ و ٥ آب/أغسطس ٢٠١٤، تم الإجراء الطبي لأوائل المرضى من الأمريكيين والإسبان المصابين بفيروس إيبولا إلى بلديهم الأصليين. وبعد وصول إيبولا إلى العالم المتقدم، أصبحت وسائل الإعلام العالمية تهتم بالمرض أكثر فأكثر.

٢٤ - وفي ٨ آب/أغسطس، بعد أربعة أشهر ونصف الشهر من اكتشاف الجائحة، أعلنت منظمة الصحة العالمية جائحة إيبولا حالة طوارئ في مجال الصحة العامة تدعو إلى القلق على الصعيد العالمي.

٤ - تنظيم عملية للتصدي

٢٥ - أدى إعلان منظمة الصحة العالمية حالة طوارئ للصحة العامة تدعو إلى القلق على الصعيد العالمي بعدد من الشركاء إلى تخصيص مساعدات كبيرة للتصدي لداء إيبولا. ففي ١٩ أيلول/سبتمبر، وبعد اتخاذ الجمعية العامة للأمم المتحدة ومجلس الأمن قرارين في الموضوع، أنشأ الأمين العام بعثة الأمم المتحدة للتصدي للعاجل لفيروس إيبولا.

٢٦ - وفي الأشهر التالية، قام المجتمع الدولي بحشد أكبر عملية على الإطلاق من عمليات التصدي للأوبئة. ففي إطار القيادة الرئاسية، قامت الحكومات الوطنية في البلدان الثلاثة المتضررة بوضع آليات تنسيق للأزمة وتولت الإشراف على مشاركة آلاف العاملين الوطنيين في مجال التصدي للوباء، بمن فيهم موظفو الدعم الطبي، ومتبعضو مخالطي المصابين، والعاملون في مجال توعية المجتمعات المحلية. وقدمت جهات شريكة دولية متعددة أكثر من ٦ بلايين دولار على شكل دعم مالي، فضلاً عن مساهمات مادية، بما في ذلك معدات الوقاية الشخصية ومحلول الكلورين للتعقيم والسيارات والدراجات النارية والخيام والمعدات الحاسوبية وأجهزة الاتصال المتنقلة. وكثفت الحكومات والمؤسسات ومؤسسات القطاع الخاص بشكل كبير الجهود الرامية إلى تطوير لقاح لفيروس إيبولا.

٢٧ - وأُرسل مئات الموظفين الدوليين في المجال الطبي إلى المنطقة. ونشرت كل من فرنسا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة لوجستيات عسكرية وقدرات طبية. وتولى عدد من المنظمات غير الحكومية قيادة جهود التصدي للوباء في الخطوط الأمامية للمكافحة، وذلك بتقديم عاملين صحيين إلى مراكز علاج إيبولا، وبتوفير أفرقة للتدريب ولقيادة الدفن الآمن، وتوعية المجتمعات المحلية. وتصدر الإشارة خاصة في هذا الصدد إلى الجهود التي بذلتها منظمة أطباء بلا حدود والهيئات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

٢٨ - وفي الأيام الأولى للأزمة، أدى سوء فهم المشكلة، إضافة إلى التنسيق المتقطع، إلى جعل جهود التصدي لا تتسم بالفعالية دائماً. فعلى سبيل المثال، كان الكلام بداية الأمر عن داء إيبولا يصور المرض كما لو كان حكماً بالإعدام، مما حداً بمن يُشتبه في إصابتهم بالعدوى إلى التواري عن الأنظار بدلاً من الخضوع للفحوص الطبية.

٢٩ - ورغم هذه التحديات، فإن جهود التصدي الدولية والتغيرات السلوكية في أوساط المجتمعات المتضررة أتاحت، في نهاية المطاف، إيقاف ما كان يمكن أن يكون انتشارا مطردا لفيروس إيبولا. وبلغ العدد الأسبوعي لحالات العدوى الجديدة ذروته بنحو ٩٠٠ حالة، وكان ذلك في أيلول/سبتمبر وتشرين الأول/أكتوبر، ثم بدأ العدد في الانخفاض بعد ذلك. وبحلول نهاية كانون الثاني/يناير ٢٠١٥، انخفض العدد الأسبوعي لحالات العدوى الجديدة إلى نحو ١٢٠ حالة. وبعد أن استقر متوسط عدد حالات العدوى الجديدة عند هذا المستوى لمدة ثلاثة أشهر، تراجع إلى نحو ٣٠ حالة أسبوعيا في آذار/مارس، وإلى ما دون ١٠ حالات أسبوعيا في حزيران/يونيه، وإلى أقل من ٥ حالات في الأسبوع في آب/أغسطس ٢٠١٥.

٣٠ - وبعد عدة أشهر من التجارب السريرية، وفي ٣١ تموز/يوليه ٢٠١٥، أبلغ باحثون في غينيا عن نتائج إيجابية للقاح تجريبي لمرض إيبولا. ومنذ ذلك الحين، بدأ استخدام اللقاح التجريبي في دعم جهود التصدي.

٣١ - وعندما انخفض عدد الإصابات الجديدة إلى الصفر طوال ٤٢ يوما (وهو ضعف مدة الحضانة)، أعلنت منظمة الصحة العالمية أن البلدان خالية من عدوى إيبولا. وبعد أن أُعلن أولا أن ليريا بلد خال من داء إيبولا في ٩ أيار/مايو ٢٠١٥، شهد هذا البلد فيما بعد مجموعتين من حالات عودة المرض إلى الظهور نتيجة انتقاله من الناجين. وأُعلنت ليريا مرة أخرى بلدا خاليا من إيبولا في ١٤ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦. ومما يسلط الضوء على استمرار مخاطر عودة الداء إلى الظهور إبلاغ سيراليون في اليوم نفسه عن حالة وفاة بسبب داء إيبولا، رغم أن البلد أُعلن في ٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥ بلدا خاليا من إيبولا. وفي وقت إعداد هذا التقرير، كانت غينيا قد أُعلنت بلدا خاليا من عدوى فيروس إيبولا في ٢٩ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٥.

٣٢ - وقد أدت الجائحة إلى إصابة ٦٣٨ ٢٨ شخصا بالفيروس وأودت بحياة ٣١٦ ١١ إنسانا^(١). وعلى الرغم من أن أسوأ ما في الجائحة يمكن أن يكون قد انتهى، فإن الفيروس ما زال يشكل خطرا فتاكا في المنطقة.

٥ - آثار أوسع نطاقا

٣٣ - كان لجائحة إيبولا أيضا أثر اجتماعي واقتصادي أوسع نطاقا على نظم الصحة العامة وسبل الكسب والتعليم والعمالة والتجارة والاقتصاد، ومن المرجح أن يؤدي ذلك

(١) البيانات في ١٧ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦. تم الاطلاع عليها في ٢٢ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ على العنوان الشبكي: www.who.int/csr/disease/ebola/en.

بعدد أكبر بكثير من الأرواح. أما الخسائر الاقتصادية التي لحقت بالبلدان الثلاثة وحدها فتُقدَّر بمبلغ ٢,٢ بليون دولار، أو بما نسبته ١٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي لتلك البلدان مجتمعة.

٦ - مأساة يمكن توقيها

٣٤ - لقد كانت جائحة إيبولا في غرب أفريقيا مأساة يمكن توقيها. فلو أن الجائحة اكتُشفت دون تأخير، ولو بودر إلى بذل جهود دولية متضافرة بأسرع مما كان، لأمكن السيطرة على انتشار المرض، ولتمّ إنقاذ آلاف الأرواح. وقد أُعد هذا التقرير وفي البال أولئك الذين كان ينبغي أن يكونوا معنا اليوم.

باء - العبء الناشئ عن الأمراض المعدية على الصعيد العالمي

٣٥ - لقد تعرّض العالم على مر القرون لجائحات أوبئة متكررة، غالبا ما كانت تُخلف عواقب مدمرة. ففي القرن الرابع عشر، أدت أكبر جائحة لوباء الطاعون الدبلي إلى إنقاص عدد سكان أفريقيا وآسيا وأوروبا بما يُقدَّر بـ ٥٠ مليون نسمة. وقد سُجلت العشرات من جائحات الطاعون الأقل فتكا في التاريخ الحديث، أزهدق العديد منها عشرات آلاف الأرواح. وتسببت أمراض معدية أخرى، مثل الجدري والكوليرا (السهيضة) والتيفوئيد والحصبة، في ملايين أخرى من الوفيات. ويُعتقد أن الجدري الذي نقله المستوطنون الأوروبيون إلى الأمريكتين قتل ملايين الأمريكيين الأصليين في القرن السادس عشر. وفي عام ١٩١٨، أسفرت جائحة من إنفلونزا H1N1 عن هلاك ما يُقدر بنحو ٥٠ مليون شخص. وطوال القرن الماضي، كان عدد من لقوا حتفهم من جراء الأمراض المعدية مماثلا لعدد الأشخاص الذين قتلوا في النزاعات والكوارث الطبيعية، على الرغم من أن النزاعات والكوارث الطبيعية تحظىان باهتمام أكبر بكثير من الأمراض المعدية.

٣٦ - واليوم، لا يزال عدد من الأمراض المعدية الأخرى يودي بحياة ملايين الأشخاص. فالملاريا، على سبيل المثال، وهي أكثر الأمراض المنقولة عن طريق الحشرات شيوعا على الصعيد العالمي، تتسبب في نحو نصف مليون حالة وفاة سنويا. ولا يزال السُّل (التدرن) يؤثر على ملايين الأشخاص في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث أُصيب به ٩,٦ ملايين من الأشخاص في عام ٢٠١٤، ومات بسببه ١,٥ مليون شخص. وقد وقعت منذ عام ١٩٦٥ سبع جائحات كوليرا (المهوضة)، وهي مرض إسهالي جرثومي شديد وحاد. وتشير التقديرات إلى أن ما بين ١,٤ مليون و ٤,٣ ملايين حالة كوليرا تتسبب سنويا في نحو ١٤٣ ٠٠٠ حالة وفاة عالميا. وبالإضافة إلى ذلك، لا يزال فيروس

نقص المناعة البشرية/الإيدز يؤثر على حياة ما يزيد على ٣٦ مليون شخص في جميع أنحاء العالم.

٣٧ - وعلاوة على ذلك، تؤدي الطفرات الوراثية والمؤثرات البشرية على النظم الإيكولوجية إلى نشوء عوامل مُمرضة جديدة كل عام. فقد أفادت تقارير بظهور أكثر من ٣٠٠ مرض معد جديد في الفترة بين عامي ١٩٤٠ و ٢٠٠٤ وحدها. وتُشكل الأمراض الحيوانية المنشأ ما نسبته نحو ٧٥ في المائة من الأمراض المعدية الناشئة. وإذا كانت هذه الأمراض ليست جميعها ضارة بالبشر حالياً، فإن نسبة صغيرة منها، بما في ذلك الحمرة الخبيثة والكَلْب، تنطوي على إمكانية إحداث نتائج مدمرة. فتوسع المدن السريع وإزالة الغابات، فضلاً عن التفاعل بين البنية التحتية ومرافق الصرف الصحي المتدنية المستوى وبين كثافة الثروة الحيوانية، أمور تهيئ بيئة عالية المخاطر لنقل الأمراض الحيوانية المنشأ. وتهيئ النزاعات وتقلّل السكان ومحدودية فرص الحصول على الخدمات الصحية أرضاً خصبة لبوتقة تمتزج فيها الأمراض الجديدة والقديمة.

٣٨ - ويمكن أيضاً للطفرات أن تجعل الأمراض الحالية مقاومة للعلاجات. ومن أمثلة هذه الطفرات ما حدث لفيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا، وللسل في الاتحاد الروسي والصين والهند، والمالاريا في جنوب شرق آسيا.

٣٩ - وتُشكل الأمراض الناشئة حديثاً خطراً جسيماً. فقد أدت المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة الناجمة عن العدوى بفيروس كورونا إلى أكثر من ٨٠٠٠ إصابة و ٧٥٠ حالة وفاة (أي معدل للوفيات مساوٍ لـ ٩,٦ في المائة) في العديد من البلدان، في عام ٢٠٠٣. أما فيروس H1N1، الذي تسبب في وباء الإنفلونزا لعام ١٩١٨، فقد ظهر مجدداً في شكل مختلف اختلافاً طفيفاً في عام ٢٠٠٩، مسبباً مرضاً تنفسياً حاداً. ويُقدَّر أن الجائحة أسفرت عن وفاة نحو ٣٠٠ ٠٠٠ إنسان على الصعيد العالمي في سنة واحدة. وتسببت سلالة أخرى لفيروس الإنفلونزا، من النمط H5N1، أو إنفلونزا الطيور، في تفشي أكثر من ١٣٠ جائحة في الفترة من عام ٢٠٠٦ إلى عام ٢٠٠٨ وحدها، في بلدان منها إندونيسيا وباكستان والصين وفيت نام ومصر. وفي الفترة بين عامي ٢٠١٢ و ٢٠١٥، أدت متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، التي يسببها أحد أنواع فيروس كورونا، مثلها مثل المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، إلى أكثر من ٥٠٠ من الوفيات. وفي منتصف عام ٢٠١٥، شهدت جمهورية كوريا جائحة كبيرة لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية أصيب خلالها ١٨٦ شخصاً بالعدوى وأسفرت عن وفاة ٣٦ شخصاً. وتمّ الحجر صحياً على أكثر من ١٦ ٠٠٠ شخص لمنع انتشار هذا المرض على نطاق واسع.

٤٠ - ولطالما شكّلت الأمراض المعدية تهديدا للبشرية. إلا أن تزايد الترابط من خلال السفر والتجارة والنقل يسهل انتشارها في جميع أنحاء العالم بوتيرة أسرع من أي وقت مضى. فقد أفضى تنامي حركة الأسفار على الصعيد الدولي، سواء للأعمال التجارية أو للاستجمام، إلى انتقال الأفراد والمنتجات بأعداد لم يسبق لها مثيل، وإلى زيادة فرص نقل العوامل الممرضة الجديدة إلى سكان لم تصل إليها من قبل وإلى مناطق نائية. فخلال جائحة المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة لعام ٢٠٠٣، فإن شخصا واحدا مصابا بالعدوى قضى ليلة واحدة في أحد الفنادق الدولية في هونغ كونغ، فنقل العدوى إلى نزلاء آخرين، ونقل هؤلاء بدورهم ذلك الفيروس إلى ثلاثة بلدان أخرى في غضون ٢٤ ساعة.

٤١ - وعلى الرغم من الآثار المدمرة للجائحة إيبولا لعام ٢٠١٤، فإن فيروس إيبولا ليس أشدّ العوامل الممرضة فتكاً من بين العوامل التي عرفتها البشرية. حيث تتراوح معدلات الوفيات لحالات جائحات إيبولا بين ٢٥ و ٩٠ في المائة، بمتوسط ٥٠ في المائة. ولكن قائمة العوامل الممرضة المعروفة تشمل عددا من الأمراض الأخرى، مثل الطاعون والجُدري، التي تتسم بارتفاع متوسط معدلات الوفيات لحالات العدوى. وعلاوة على ذلك، فإن فيروس إيبولا لا ينتقل سوى بعلامسة سوائل جسم المريض الذي ظهرت عليه أعراض المرض^(٢). ولذلك، فإن احتواء هذا الداء أسهل من احتواء الأمراض المنقولة بالهواء، ولا سيما في الحالات التي يمكن أن ينتقل فيها الفيروس قبل أن تبدو على الشخص أعراض المرض. وقد أظهرت الخبرة المكتسبة من التعامل مع جائحة إيبولا في غرب أفريقيا أن كل حالة من حالات الإصابة بالفيروس كان ينجم عنها انتقال الفيروس إلى شخصين اثنين في الفترة التي سبقت الشروع في اتخاذ تدابير ناجحة للسيطرة على الداء. أما في حالة المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، فيُقدر أن عدد تكاثر الإصابات يتراوح بين ٢ و ٥، ويتراوح في حالة الحصبة بين ١٢ و ١٨.

٤٢ - وإذا كان من الصعب التنبؤ بمصدر وشدة العامل الممرض الذي سيظهر في المرة التالية، فإن هناك خطرا كبيرا في أن تكون الجائحة الكبرى التالية أكثر حدة من جائحة إيبولا بما لا يقاس. وأكثر ما يثير القلق هو ظهور سلالة فتاكة من عامل ممرض شديد

(٢) في جائحة فيروس إيبولا لعام ٢٠١٤ التي ضربت غرب أفريقيا، اشْتُبه في حالات فردية يكون قد حدث فيها انتقال جنسي لفيروس إيبولا عن طريق ناقلين من الذكور، ولكنها لم تثبت بعد. وذلك يستلزم مزيدا من بيانات الرصد وإجراء بحوث على مخاطر الاتصال الجنسي، ولا سيما بحوث في وجود فيروس قابل للحياة وللانتقال في السائل المنوي مع مرور الوقت. انظر صفحة "أسئلة متكررة عن مرض فيروس الإيبولا" في موقع منظمة الصحة العالمية، على الرابط الشبكي التالي: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/ar/> (تم الاطلاع عليه في ٢٤ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥).

العدوى، من قبيل فيروس الإنفلونزا، يمكن أن تؤدي إلى هلاك ملايين البشر. وإذا حدث ذلك، فإن أثره يمكن أن يفوق بكثير أثر وباء الإنفلونزا الذي شهدته عام ١٩١٨. وقد أظهرت المحاكاة الرياضية لانتشار العوامل المرضية أن مرضا من هذا القبيل يمكن أن ينتقل إلى جميع العواصم العالمية الرئيسية في غضون ٦٠ يوما، وأن يقتل أكثر من ٣٣ مليون شخص في ٢٥٠ يوما.

٤٣ - ونشوء عامل فتاك من هذا القبيل ليس مستبعدا البتة. فقد أظهرت بحوث حديثة أن فيروس H5N1 لا يحتاج سوى لحمس طفرات وراثية حتى يصبح هذا الفيروس الشديد الأمراض منقولا بالهواء. واثنان من هذه الطفرات الوراثية الخمس شائعة الآن في الطبيعة، وقد بدأت تُلاحظ بالفعل الطفرة الثالثة.

جيم - للأزمات الصحية آثار اجتماعية واقتصادية أوسع نطاقا

٤٤ - إن الآثار الناجمة على الصعيد العالمي عن الأزمات الصحية التي تسببها الأوبئة تتجاوز بكثير ما تخلفه تلك الأزمات من مرضى وموتى. فإن لها أيضا عواقب اجتماعية واقتصادية وخيمة غالبا ما يفوق عدد المتضررين منها بكثير عدد المصابين بالمرض المسبب لتلك الأزمات. ففي حالة تفشي المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة في عام ٢٠٠٣، قُدر الأثر الاقتصادي على الصعيد العالمي بمبلغ ٤٠ بليون دولار. وتسهم هذه الآثار الاجتماعية والاقتصادية في إيجاد دوامة متهاولية من ضعف الحال لأن خسارة الدخل تضعف القدرات على مواجهة تلك الأزمات والتكيف معها.

٤٥ - وكثيرا ما تشمل الجهود التي ترمي إلى احتواء انتشار الوباء فرض تدابير تقييدية، مثل إلغاء المناسبات الكبرى، وإغلاق المدارس والأسواق، وفرض قيود انفرادية على السفر، والحجر الصحي، وهي تدابير قد تنجم عنها آثار اقتصادية سلبية. وحتى عندما لا تكون تلك التدابير منفذة إنفاذا رسميا، فإن الخوف والهلع قد يدفعان السكان إلى تجنب الأماكن المزدحمة. فتصبح الأسواق مهجورة وينخفض الإنتاج انخفاضاً حاداً، مما يؤدي إلى انكماش الاقتصاد. وفي أعقاب تفشي وباء إيبولا في غينيا، انخفض إنتاج الأرز بنسبة ٢٠ في المائة في عام ٢٠١٤ مقارنة بعام ٢٠١٣، كما انخفض إنتاج البن بنسبة ٥٠ في المائة وإنتاج الكاكاو بنسبة ٣٣ في المائة. وتراجعت معدلات العمالة الحرة والعمالة المدفوعة الأجر على حد سواء. وفي سيراليون، أدى تفشي الوباء إلى فقدان ما يقدر بـ ١٨٠ ٠٠٠ فرصة عمل. ويشير تقرير صدر في تموز/يوليه ٢٠١٥ عن هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة بعنوان "كشف النقاب عن أثر وباء إيبولا"، إلى أن في صفوف المشاركين في التقييم في ليبيريا "ارتفعت معدلات البطالة ارتفاعاً حاداً من ١٨,٨ في المائة قبل تفشي الوباء

إلى ٥٦,٢ في المائة منذ بدء تفشي الوباء، مما أدى إلى حدوث عجز هائل في دخل الأسر المعيشية. وأدى تفشي الوباء إلى انهيار الأعمال التجارية الصغيرة وإغلاق الأسواق وترك الأنشطة الزراعية“. وتأثرت النساء أكثر من غيرهن بهذه الاتجاهات لأن معظم العاملات يشتغلن في القطاع غير الرسمي، الذي يشمل أيضا بيع المنتجات على نطاق ضيق وإعداد الطعام.

٤٦ - ويؤدي رد الفعل الدولي إلى تعاضم الأثر الداخلي لتفشي الأمراض المعدية على الصعيد المحلي. وقد أظهرت التجربة في الآونة الأخيرة أن قطاعي السياحة والتجارة الدولية ينهاران في البلدان المتأثرة بتفشي الأوبئة. فالبلدان الأخرى تعتمد إلى إغلاق حدودها أو فرض قيود على السفر، ويتنافى ذلك في بعض الحالات مع التوجيهات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية. وفي غينيا، انخفضت صادرات الأسماك بنسبة ٤٠ في المائة، بينما شهدت صادرات المطاط في ليبيريا انخفاضا مائلا. وفي كل من البلدان الثلاثة التي تفشى فيها وباء إيبولا، أرجأ المستثمرون الدوليون مشاريعهم الجديدة أو انسحبوا تماما من تلك البلدان. وبالنظر إلى قيام شركات الطيران بتعليق رحلاتها وعدول المسافرين المحتملين عن مخططاتهم، سجلت معدلات شغل الفنادق انخفاضا حادا. وفرضت عدة بلدان حظرا تاما على دخول الأشخاص القادمين من البلدان التي تفشى فيها وباء إيبولا، بينما فرض حوالي ٧٠ بلدا أكثر من ٥٠٠ تدبير مختلف، من قبيل فرض قيود على المسافرين القادمين من البلدان التي تفشى فيها الوباء، وهو عدد يتجاوز التدابير التي أوصت منظمة الصحة العالمية باتخاذها. وقد أكدت ردود الفعل هذه مخاوف حكومات البلدان الأشد تضررا من طبيعة رد فعل المجتمع الدولي فور أن يتأكد تفشي الفيروس ويُعلن حالة طوارئ في مجال الصحة العمومية. تثير القلق على الصعيد الدولي. وهذه المخاوف هي التي أسهمت في تأخر الإبلاغ عن تفشي الفيروس أول الأمر.

٤٧ - وتشير تقديرات للبنك الدولي أصدرها في نيسان/أبريل ٢٠١٥ إلى أن مجموع التكاليف الاقتصادية لتفشي وباء إيبولا في البلدان المتضررة الثلاثة بلغ ٢,٢ بليون دولار، أي بما يزيد قليلا عن نسبة ١٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي لتلك البلدان الثلاثة مجتمعة.

٤٨ - غير أن الأثر الاقتصادي الناجم عن الأوبئة عادة ما يتجاوز بكثير حدود البلدان المتضررة وحدها. وتعني ردود الفعل الدولية غير الملائمة، والقائمة على الشك والخوف، أن العقاب يطال أيضا بلدانا لم يتفش فيها الوباء. ففي حالة تفشي المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، شهد عدد من بلدان شرق آسيا التي لم يتفش فيها ذلك الوباء انخفاضا بنسبة تتراوح بين ١٥ في المائة و ٣٥ في المائة في معدلات حجز تذاكر السفر. وسجلت بلدان

غرب أفريقيا التي لم يتفش فيها وباء إيبولا حالات انخفاض مماثلة في عام ٢٠١٤. وشهدت غامبيا، التي لم تسجل قط أي حالة إصابة بمرض فيروس إيبولا، انخفاضا بنسبة ٦٥ في المائة في قطاع السياحة، وهو قطاع يمثل ١٦ في المائة من حجم اقتصاد البلد. ويقدر إجمالي الخسائر التي تكبدتها منطقة غرب أفريقيا عموما بـ ١٩ بليون دولار. وارتبط تفشي متلازمة الشرق الأوسط التنفسية الحادة الوخيمة في جمهورية كوريا بانخفاض إنفاق المستهلكين وانخفاض عدد السياح بنسبة تتراوح بين ٤٠ في المائة و ٦٠ في المائة، مما حدا بالحكومة إلى إطلاق خطة حوافز ضريبية بمبلغ ١٩ بليون دولار.

٤٩ - ويمكن أن تؤثر التكاليف الاقتصادية للأوبئة على مستويات الفقر الإجمالية وأن تؤدي إلى انعدام الأمن الغذائي. وعلى نحو ما أشار إليه منشور صدر مؤخرا عن أكاديمية العلوم الوطنية في الولايات المتحدة، "يقع ١٥٠ مليون شخص، معظمهم في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، في براثن الفقر كل عام بسبب النفقات الصحية؛ ويظل آخرون يُعدون بالملايين فقراء لأن مرضهم يقعدهم عن العمل". وترتبط مؤشرات الاعتلال ارتباطا وثيقا بالفقر وانخفاض الناتج المحلي الإجمالي، وتلقي بضغط على الموارد المحدودة أصلا. ففي غرب أفريقيا، أدى تفشي وباء إيبولا إلى تراجع المكاسب التي تحققت منذ فترة قصيرة في الحد من الفقر، وأدى ارتفاع أسعار المواد الغذائية الأساسية، الذي جاء مقترنا بانخفاض الدخل من جراء فقدان فرص العمل، إلى تفاقم حدة انعدام الأمن الغذائي. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٤، قدّر برنامج الأغذية العالمي أن ٢٠٠ ٠٠٠ شخص باتوا يعانون من انعدام الأمن الغذائي بسبب وباء إيبولا.

٥٠ - وكثيرا ما تقوض حالات تفشي الأمراض أيضا التقدم المحرز في مجال التعليم وتوقعات التنمية الطويلة الأجل لجيل كامل من الأطفال. وقد ينذر إغلاق المدارس أبوابها لفترات طويلة بآثار ضارة طويلة الأجل على مؤشرات التنمية البشرية، بما فيها مؤشرات الصحة وتنمية المهارات والنمو الاقتصادي. ففي بلدان غرب أفريقيا الثلاثة التي تفشى فيها وباء إيبولا، ظلت أبواب المدارس مغلقة لأكثر من خمسة أشهر، الأمر الذي حرم ما يقدر بنحو ٥ ملايين طفل من فرص التعليم.

٥١ - وإن دل الأثر المدمر الذي خلفه تفشي فيروس إيبولا في بلدان غرب أفريقيا على شيء، فإنه يدل على مدى الأثر الذي يمكن أن ينجم عن تفشي مرض معد على نطاق عالمي أوسع. وعلى سبيل المقارنة، تشير تقديرات البنك الدولي إلى أن جائحة من الإنفلونزا يمكن أن تسفر عن خسائر اقتصادية عالمية تناهز ٣ تريليونات دولار، أي ما يعادل ٤,٨ في المائة من الناتج الإجمالي العالمي. ومعظم هذه الخسائر هي خسائر لن يتسبب فيها

المرض مباشرة، بل ستنجم بالأحرى عن ردود فعل المستهلكين ونقص اليد العاملة والإخفاقات المتعاقبة التي سيشهدها القطاعان الاقتصادي والمالي.

دال - الأمراض المعدية - إنما هي أمراض الفقر

٥٢ - تشكل أوبئة الأمراض المعدية خطرا على الجميع. ويتبين من حالي متلازمة الشرق الأوسط التنفسية والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة أن ليس في البلدان من هو محصن من هذه الأوبئة، حتى البلدان المرتفعة الدخل. غير أن أضعف فئات السكان وأقلهم حيلة يكادون يكونون الوحيدين الذين يعانون أطول وأشد معاناة.

٥٣ - وما زال الفقر هو أكبر عقبة أمام الجهود العالمية الرامية إلى منع تفشي الأمراض المعدية والأوبئة والتصدي لها. ومع أن الأمراض المعدية يمكن أن تظهر في أي مكان في العالم، فإنه من السهل أن تمر العوامل المسببة للأمراض دون أن يفتن إليها أحد وأن تنتشر الأمراض في المناطق التي تتسم بانخفاض مستويات التنمية وسوء الخدمات الأساسية. ومن العوامل التي تسهل انتقال العدوى انخفاض معايير النظافة الصحية، وضعف هياكل الصرف الصحي الأساسية، وعدم توافر المياه الصالحة للشرب. ويؤدي سوء التغذية إلى إضعاف جهاز المناعة، بينما يسهم انخفاض مستويات التثقيف الصحي في ظهور الأمراض وانتشارها. ومن ثم فإن السكان الذين يعيشون في هذه البيئات أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالمرض مقارنة بمن يعيشون في البيئات الأكثر تطورا التي يتم فيها احتواء الأمراض بشكل أفضل. فالتقديرات تقول إن جائحة إنفلونزا H1N1 التي تفشت في عام ٢٠٠٩ أودت بحياة ٤٦٩ ١٢ شخصا في الولايات المتحدة، بينما يُقدر أن عدد الموتى من جراء هذه الجائحة في أفريقيا وجنوب شرق آسيا يفوق ذلك العدد بعشرة أضعاف.

٥٤ - وفئة من يعيشون على أقل من دولارين في اليوم، وهم بليون نسمة تقريبا، ليسوا أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالأمراض المعدية فحسب، بل هم أيضا أكثر عرضة من الشرائح ذات الدخل المرتفع للآثار الناجمة عن تلك الأمراض. ومن هم أشد عرضة للأمراض هم أقل الناس امتلاكاً لوسائل مجاهتها. وتتسم النظم الصحية بالضعف في معظم البلدان النامية. فقد لا تجد في المستشفيات كهرباء ولا مياه جارية، وكثيرا ما تعاني من نقص في الأطباء والمرضات والقابلات. ويفتقر العاملون في المجال الطبي إلى التدريب والمعدات الأساسية، وكثيرا ما لا تكون الأدوية متاحة أو يكون على المرضى أن يشتروها. وتجعل أوجه القصور هذه الرعاية الطبية في حالات الأمراض الحادة والمزمنة خارج متناول غالبية السكان، ولا سيما من تعوزهم الموارد المالية.

٥٥ - وقد بين تفشي فيروس إيبولا بجلاء الفرق بين الآثار الناجمة عن تفشي وباء في البلدان ذات النظم الصحية القوية مقارنة بالبلدان ذات النظم الصحية الضعيفة. فبينما تسبب وباء إيبولا في هلاك أكثر من ١١ ٠٠٠ شخص في البلدان الثلاثة الأشد تضررا، فإنه أمكن وقف انتشاره في البلدان التي تملك نظما وقدرات أقوى في مجال الصحة العامة بعد حدوث حالات عدوى قليلة جدا. ومع ذلك، فإن النجاح في احتواء تفشي الداء في السنغال ومالي ونيجيريا يبين أن التأهب الجيد وإجراءات التصدي الاستباقية يمكن أن يساعد في وقف انتشار الأوبئة حتى في سياق النظم الصحية الضعيفة نسبيا.

هاء - عالم على غير أهيته

٥٦ - في ضوء الخطر العالمي الذي تشكله الأوبئة، بذل المجتمع الدولي جهودا كبيرة لحماية نفسه بشكل أفضل والحد من ضعفه إزاءها. غير أن هذه الجهود ليست كافية للتصدي للتهديدات الحالية والمقبلة.

٥٧ - وتعود الجهود الرامية إلى تعزيز التعاون في مجال مكافحة الأمراض المعدية إلى عام ١٨٥١، عندما عُقد أول مؤتمر صحي دولي في باريس للاتفاق على مجموعة من التدابير الكفيلة بالسيطرة على انتقال وباء الكوليرا عبر حدود البلدان. وتمخضت تلك المفاوضات في نهاية المطاف عن اعتماد مجموعة من الأنظمة الصحية الدولية في عام ١٨٩٢، وهي أنظمة تلزم البلدان الموقعة بالإبلاغ بجميع حالات تفشي الأمراض المعدية الرئيسية (بما فيها الطاعون والكوليرا والحمى الصفراء) لتمكين البلدان الأخرى من اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة. وفي الوقت نفسه، اشترطت تلك الأنظمة أن أي تدابير وقائية، مثل الحجر الصحي، ينبغي أن تتجنب أي تدخل لا داعي له في حركة السفر والتجارة الدولية. وقد نُفِحت تلك الأنظمة عدة مرات لتحديث قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ عنها، وغير اسمها في عام ١٩٦٩ إلى اللوائح الصحية الدولية.

٥٨ - واليوم، لا تزال اللوائح الصحية الدولية محور المنظومة التي أنشأها المجتمع الدولي للتصدي للأزمات الصحية الناشئة عن تفشي الأمراض المعدية. ومع أن اللوائح الصحية الدولية ليست ضمانا ضد تفشي الأوبئة والجوائح، فإنها تنص على هياكل وأدوات للوقاية من تفشي الأمراض المعدية والتصدي لها.

٥٩ - واللوائح الصحية الدولية الحالية هي نتاج عملية تنقيح واسعة النطاق بدأت في إثر تفشي وباء إيبولا في كيكويت بجمهورية الكونغو الديمقراطية، في عام ١٩٩٥. وتتضمن اللوائح الصحية الدولية المنقحة، المتفق عليها في عام ٢٠٠٥، أربعة تغييرات رئيسية مقارنة

بصيغتها السابقة. ويتمثل أول تلك التغييرات في توسيع نطاق اللوائح الصحية الدولية من مجموعة مغلقة من الأمراض الواجب الإبلاغ عنها إلى مجموعة مفتوحة تشمل جميع "الأحداث" المتعلقة بالصحة التي تستوفي معيارين على الأقل من المعايير الأربعة التالية: (أ) احتمال أن ينجم عن المرض أثر خطير على الصحة العامة؛ (ب) اتسام المرض بطابع غير اعتيادي أو غير متوقع؛ (ج) وجود احتمال كبير بأن ينتشر المرض على الصعيد الدولي؛ (د) وجود احتمال كبير بأن يؤدي إلى فرض قيود على التجارة الدولية وحركة السفر. وثاني تلك التغييرات هو تحول تركيز اللوائح الصحية الدولية من حماية البلدان التي لم يتفش فيها المرض عبر فرض تدابير على الحدود إلى الكشف عن المرض واحتوائه في مصدره. وتنص اللوائح الصحية الدولية على مجموعة من التدابير الرامية إلى مساعدة البلدان المتضررة بدلا من الاكتفاء بالتركيز على الحد من انتقال الفيروس عبر حدود البلدان. وثالث تلك التغييرات، إقرار اللوائح الصحية الدولية بحاجة البلدان إلى تحسين قدراتها على مراقبة الأوبئة ورصدها بفعالية، واشترائها قائمة من القدرات الأساسية اللازمة التي كان مقررا أن تستوفيها جميع الدول الأطراف بحلول عام ٢٠١٢. ويتمثل التغيير الرابع في أن اللوائح تحول المدير العام لمنظمة الصحة العالمية صلاحية القيام، بناء على مشورة لجنة معنية بحالات الطوارئ، بتبنيه العالم بأي حدث صحي يدعو إلى الانشغال على الصعيد العالمي بإعلانه حالة طوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي.

٦٠ - غير أن الإخفاق في الكشف عن حالات تفشي الأمراض المعدية، بما فيها وباء إيولا، وفي التصدي لها بسرعة يدل على أن النظم الموجودة حاليا لا تتيح مستويات كافية من الحماية من تلك الأمراض والتأهب لها. ولم يتمكن سوى عدد قليل من البلدان من بناء قدرات المراقبة والإنذار الأساسية المطلوبة. بمقتضى اللوائح الصحية الدولية. وبالمثل، ما زالت بلدان كثيرة كلما أعلن عن تفشي مرض معد إلا وقامت بفرض قيود على التجارة وحركة السفر مخالفة بذلك اللوائح الصحية الدولية. ويتضح من عدم الامتثال لتلك اللوائح حجم الصعوبات المرتبطة بالاتفاقات الدولية التي تنص على شروط يعسر استيفاؤها من دون أن تقدم حوافز أو تمويلا لدعم تنفيذها.

٦١ - وتعتمد الجهود العالمية الرامية إلى إتاحة الحماية من تهديدات الجوائح أيضا على تطوير العلاجات واللقاحات الطبية لمكافحة عدة عوامل مُمرضة. فقد أسهم برنامج تحصين رعته منظمة الصحة العالمية على مدى ١٤ عاما في القضاء بنجاح على مرض الجدري في عام ١٩٨٠، منقذا بذلك ملايين الأرواح من أكبر مهلكة في التاريخ. وقد انخفض عدد حالات الإصابة بشلل الأطفال أيضا بنسبة ٩٩ في المائة. غير أن التمويل المرصود للبحث

والتطوير في مجال اللقاحات والعلاجات الطبية لم تخصص منه إلا حصة ضئيلة لأمراض مثل إيبولا تضرب أقل البلدان نموا في المقام الأول. ونتيجة لذلك، عندما بدأ تفشي فيروس إيبولا عام ٢٠١٤، أي بعد مرور ٤٠ سنة كاملة على اكتشاف المرض أول مرة، لم يكن يوجد حتى ذلك الحين أي لقاح أو علاج لفيروس إيبولا.

٦٢ - وكشف تفشي فيروس إيبولا في غرب أفريقيا عام ٢٠١٤ ثغرات هامة في الآليات القائمة للتصدي للأزمات الصحية. وقد تمكن الفريق الرفيع المستوى، خلال مشاوراته، من تحديد ثغرات على جميع الصُّعد، المحلي والوطني والإقليمي والدولي، وفيما يخص عددا من المسائل الشاملة لعدة قطاعات. وترتبط أعمق الثغرات بعدم توافر القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية في مجال مراقبة الصحة العامة والتصدي للأزمات؛ وضعف النظم الصحية عموما في العديد من البلدان؛ وعدم كفاية آليات الإدارة وقدرات التأهب والكشف والتصدي على الصعيدين الإقليمي والدولي.

٦٣ - واستنادا إلى الدروس المستفادة من تفشي وباء إيبولا وغيره من الأمراض المعدية، تعرض الفروع التالية أوجه القصور الرئيسية في النظام الحالي للتصدي لتهديد الأمراض المعدية. ويتضمن كل فرع أيضا توصيات ذات صلة بالمسألة المطروحة فيه. فالفرع الثاني يتناول التحديات المحددة على الصعيدين المحلي والوطني. ويناقش الفرع الثالث الثغرات المحددة على الصعيد الإقليمي، ويعرض الفرع الرابع المشاكل المحددة على الصعيد الدولي. ويتناول الفرع الخامس عددا من المسائل المشتركة بين عدة قطاعات. غير أن النجاح في سد هذه الثغرات لا يغني عن الحاجة إلى اتخاذ إجراءات سريعة وملائمة من جانب القيادات وصانعي القرار السياسي. فقد عرت أزمة إيبولا الغياب المؤسف لأي إجراءات سريعة ومسؤولة من جانب القادة على جميع المستويات. وفي ضوء ذلك، يعرض الفرع السادس اقتراح آلية سياسية رفيعة المستوى للرصد تكفل تنفيذ الإصلاحات اللازمة لبناء هيكل صحي عالمي يكون أكثر اقتدارا في التصدي للأزمات الصحية في المستقبل.

ثانيا - المستوى الوطني

٦٤ - يقف المجتمع المحلي في الخطوط الأمامية في حالة تفشي أي وباء، والدولة هي الجهة الفاعلة الرئيسية المسؤولة والخاضعة للمساءلة عن إصدار الإنذارات الملائمة والتصدي للأزمة. وهذان المستويان هما اللذان يحتاجان إلى قدرات على الوقاية من الأوبئة والتأهب لها لتحديد الحالات الجديدة لتفشي الأوبئة وكفالة أنشطة تصد منسقة ومحكمة.

٦٥ - وإنشاء نظم وطنية شاملة للإنذار المبكر والاستجابة بغية التعامل مع الأزمات الصحية مهمة معقدة تشارك فيها جهات فاعلة متعددة على مختلف المستويات.

٦٦ - ويتطلب أي نظام فعال للإنذار المبكر نشر موظفين حاصلين على الحد الأدنى من التدريب على الأقل في جميع المجتمعات المحلية لرصد بيانات الصحة العامة وإخطار وزارة الصحة بأي أحداث صحية غير اعتيادية من خلال نظام وطني للمعلومات الصحية. ويتطلب الأمر أيضا العدد الكافي من الموظفين ذوي الخبرة بالأمراض الوبائية القادرين على تحليل المعلومات المتعلقة بالأحداث الصحية غير الاعتيادية، ثم مقارنتها بالمدخلات الواردة من المصادر الأخرى، بما فيها الجهات الفاعلة في مجال الطب البيطري. وإذا دعت الحاجة، يجب نشر أفرقة تشخيص للتحرر في الحالات غير الاعتيادية. ويجب تمكين هذه الأفرقة أيضا من القدرات المخبرية اللازمة لاختبار العينات وتقديم نتائج سريعة. وإذا لزم الأمر، يجب إخطار وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية بأي نتائج غير اعتيادية، ويجب إعلان العمل بخطة وطنية موضوعة سلفا وتمرّن عليها بشكل جيد للتأهب لمواجهة الوباء. ويجب أن يكون جميع الموظفين المشاركين في التصدي لحالة طوارئ على علم بأدوارهم وأن يعملوا في إطار تسلسل للمسؤوليات واضح ومحدد سلفا. وينبغي لأي خطة استجابة لحالات الطوارئ أن تبين أيضا على أمكنة تخزين الإمدادات الطبية مسبقا.

٦٧ - ويقتضي احتواء مرض معد في مرحلة تفش متقدمة من قبيل إيبولا التعرف بسرعة على جميع المصابين ونقلهم إلى مراكز العزل والعلاج التي تنفذ فيها تدابير صارمة لمنع انتقال العدوى ومكافحتها. وينبغي أيضا تحديد جميع من خالط أي مريض مصاب ومراقبة حالتهم بانتظام في حالة عدم توافر لقاح لاستخدامه بسرعة. وفي حالة داء إيبولا، استدعى الأمر مراقبة حالة مخالطي المصابين يوميا لمدة ٢١ يوما. وإذا توفي مريض، يجب دفن الجثمان بطريقة لا تنطوي على خطر نقل العدوى. وعلاوة على ذلك، يجب إبلاغ جميع السكان بمخاطر العدوى والتدابير التي يمكن أن يتخذوها لمنع التعرض لها. ويقتضي تنفيذ هذه التدابير حشد موارد كبيرة، مالية ومادية وبشرية، والتنسيق عن كثب فيما بين عدد من الوزارات الحكومية، والسلطات المحلية، والشركاء، والوكالات الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني.

٦٨ - فبناء نظام فعال للإنذار والتنبيه المبكر وإعداد استجابة متسقة ومحكمة لأي مرض معد أمران يشكلان تحديا لأي بلد في العالم. ويتجلى ذلك من الصعوبات التي واجهتها كل من الصين في التصدي لتفشي المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة في عام ٢٠٠٣، وجمهورية

كوريا في التصدي لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية في عام ٢٠١٥. وتكون هذه المهمة مضنية للغاية في أقل البلدان نموا مثل سيراليون وغينيا وليبيريا.

٦٩ - وقد خلص الفريق إلى أن التدابير الرئيسية التي ينبغي اتخاذها على الصعيد الوطني لبناء نظام أكثر فعالية لرصد الأزمات الصحية والكشف عنها والتصدي لها تتمثل في ما يلي: (أ) استيفاء شروط القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية وتعزيز النظم الصحية؛ (ب) بناء قوة عاملة فعالة في القطاع الصحي؛ (ج) التصدي للتحديات الماثلة في مجال الحوكمة؛ (د) تعزيز مشاركة المجتمعات المحلية؛ (هـ) تدريب القوات المسلحة على أداء المهام الصحية والإنسانية؛ (و) كفاءة استمرار الخدمات الصحية الأساسية؛ (ز) معالجة الجوانب الجنسانية للأزمات الصحية.

ألف - استيفاء شروط القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية وتعزيز النظم الصحية

٧٠ - كشف التأخر في التصدي لتفشي وباء إيبولا في غرب أفريقيا عن ثغرات حرجية ما زالت قائمة في مجالات التأهب والمراقبة والتصدي في العديد من البلدان النامية.

٧١ - ويقضي الإطار القانوني الحالي المنظم للتعاون الدولي في السيطرة على الأمراض المعدية، أي اللوائح الصحية الدولية، بأن تهيئ كل دولة من الدول الأطراف فيه، وعددها ١٩٦ دولة، مجموعة من القدرات الأساسية لمراقبة حالات تفشي الأمراض الجديدة الخطيرة والتصدي لها وإبلاغ منظمة الصحة العالمية بها. وتشمل القدرات الأساسية التشريعات الوطنية، والسياسات والتمويل، والتنسيق والتواصل بين جهات الاتصال الوطنية، والمراقبة، وقدرات التصدي، والتأهب، والاتصالات لمواجهة المخاطر على الصعيد الوطني، والموارد البشرية، والخدمات المختبرية.

٧٢ - وكشف تفشي وباء إيبولا عن الثغرات الكبيرة التي ما زالت قائمة في غرب أفريقيا فيما يخص تنفيذ شروط القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية. غير أن هذه المنطقة ليست المنطقة الوحيدة التي تفتقر إلى تلك القدرات الأساسية.

٧٣ - فحتى الآن، ومن أصل ١٩٦ دولة طرفا في اللوائح الصحية الدولية، أبلغ ثلثها فقط بأنها تمثل امتثالا تاما لشروط القدرات الأساسية المنصوص عليها في تلك اللوائح. وهذا على الرغم من تمديد الموعد النهائي الأصلي لتنفيذ تلك الشروط مرتين. فعندما دخلت اللوائح الصحية الدولية حيز النفاذ في عام ٢٠٠٧، حدد حزيران/يونيه ٢٠١٢ كموعدا نهائيا لامثال البلدان لشروط القدرات الأساسية. وفي ذلك الحين، أعلنت ٤٢ دولة فقط من أصل

١٩٣ دولة طرفاً أنها استوفت تلك الشروط؛ ولذلك السبب، مدد ذلك الموعد النهائي لعامين إضافيين حتى عام ٢٠١٤ بناءً على طلب ١١٨ دولة طرفاً. وفي الوقت الراهن، تشير ٦٥ دولة من الدول الأطراف (٣٣ في المائة) إلى أنها استوفت الحد الأدنى من معايير القدرات الأساسية؛ وطلبت ٨٤ دولة (٤٣ في المائة) تمديدًا لعامين إضافيين؛ ولم تبلغ ٤٤ دولة (٢٢ في المائة) منظمة الصحة العالمية بحالة الامتثال لتلك اللوائح. وفي أيار/مايو ٢٠١٥، منحت جمعية الصحة العالمية تمديدًا آخر مدته عامان لجميع البلدان التي طلبته، وبذلك أصبح الموعد النهائي للامتثال للوائح الصحية الدولية هو عام ٢٠١٦.

٧٤ - ويعد تحقيق الامتثال لجميع عناصر اللوائح الصحية الدولية المتعلقة بالقدرات الأساسية، ومن ثم كفاءة تغطية تتجاوز حدود عاصمة البلد، خطوة أساسية نحو كفاءة التأهب الفعلي والقدرة على التصدي للأزمات الصحية. ويبحث الفريق الرفيع المستوى جميع البلدان على إعطاء الأولوية لبناء القدرات اللازمة ويقترح عدداً من الآليات الكفيلة بدعم البلدان النامية في القيام بذلك. غير أن الفريق الرفيع المستوى يدرك أنه حتى مع تقديم مساعدة دولية كبيرة، فإنه سيكون صعباً على بلدان عديدة من البلدان الـ ١٢٨ التي لم تمتثل بعد لتلك اللوائح أن تستوفي شروط القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية بحلول عام ٢٠١٦. ويرى الفريق الرفيع المستوى أن عام ٢٠٢٠ موعد أكثر واقعية وقابلية للتحقيق، رهنا بوضع آليات داعمة موضع التنفيذ.

التوصية ١

بحلول عام ٢٠٢٠، تكون الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية، بفضل التعاون الدولي، ممثلة امتثالاً كاملاً لمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية.

٧٥ - سيتطلب تحقيق هذا الهدف التعاون الدولي المتين في مجال تبادل الخبرات التقنية والموارد. وسيستلزم الكثير من البلدان، وخاصة في أقل البلدان نمواً، المساعدة المالية والتقنية. وفي هذا السياق، يوصي الفريق بإنشاء آلية للاستعراض الدوري بشأن الامتثال للوائح الصحية الدولية من أجل وضع اليد على الثغرات في الاحتياجات من القدرات الأساسية (انظر التوصية ٦)، وبتخصيص موارد إضافية لسد هذه الثغرات (انظر التوصية ٢٣).

٧٦ - وفي الوقت ذاته، على السلطات الوطنية أيضاً أن ترقى إلى مستوى مسؤولياتها وتلتزم باستراتيجية تدريجية طويلة الأمد لتخصيص الموارد المحلية من أجل تشغيل القدرات الأساسية، على أن يكون الهدف النهائي من التمويل المحلي هو إنشاء نظام للصحة العامة يؤدي عمله وقادر على المراقبة الفعلية لحالات تفشي الأوبئة والكشف المبكر عنها والتصدي لها. ومن شأن التمويل المحلي أن يعزز الأخذ بزمام الأمور على المستوى المحلي ويكفل

الاستدامة في الأجل الطويل. وسيساعد بلوغ أهداف أبوجا على تخصيص جزء من الإنفاق الحكومي الإضافي لتنمية القدرات الأساسية. وفي نيسان/أبريل ٢٠٠١، اجتمع رؤساء الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي في أبوجا والتزموا بتخصيص نسبة ١٥ في المائة على الأقل من ميزانيات بلدانهم للصحة^(٣). وبعد مرور أكثر من ١٠ سنوات، قليلة جداً هي بلدان الاتحاد الأفريقي التي حققت هدف أبوجا، وهذا تجسيد لكون حكومات كثير من البلدان المنخفضة الدخل وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط لا تعطي الأولوية للإنفاق على الصحة. ففي ١٢ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل لم يتجاوز الإنفاق الحكومي على الصحة نصف هدف أبوجا إلا بقليل (٨ في المائة)، أي ما يساوي متوسط الإنفاق الحكومي على الصحة البالغ ١٢ دولاراً للفرد الواحد سنوياً، وهي كمية أقل بكثير مما يلزم لتوفير أبسط الخدمات الأساسية. وفي عام ٢٠١٢، بلغ الإنفاق العام على الصحة في غينيا ٩ دولارات وليبيريا ١٣ دولاراً وسيراليون ١٢ دولاراً لكل فرد. وهذا أدنى بكثير من الهدف الذي حدده الفريق العامل للأمن الصحي العالمي المعني بتمويل قطاع الصحة الذي دعت إلى انعقاده دار تشاتام (المعهد الملكي للشؤون الدولية)، والذي أوصي أولاً يقل نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة عن ٨٦ دولاراً (بدولارات عام ٢٠١٢). ومع ذلك، وفي ضوء احتياجات أقل البلدان نمواً الكثيرة من التمويل، يرى الفريق أنه ينبغي إلزامها فقط بإتاحة موارد محلية إضافية لتشغيل القدرات الأساسية إذا وفر شركاؤها أيضاً أموالاً جديدة وإضافية لهذا الغرض. وفي هذا السياق، ينبغي إيجاد آليات للتمويل المشترك.

٧٧ - ويشير الفريق كذلك إلى تنفيذ متطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية في العديد من البلدان كان يعد في الماضي من مهام السلطات الصحية، وأنه لم يحظ دائماً بالاهتمام الكافي من رؤساء الدول والحكومات. وبالنظر إلى الدور الحاسم الذي تؤديه القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية في بناء القدرة على التأهب لمواجهة أي خطر صحي كبير، فإن تشغيلها ينبغي أن يشرف عليه رئيس الدولة أو الحكومة.

٧٨ - وفي حين أن الامتثال لجميع متطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية أمر مهم، فإن تفشي فيروس إيبولا أظهر، في ما يتعلق بالتأهب والمراقبة والمختبرات والموارد البشرية (القوة العاملة)، ضرورة إيلاء اهتمام خاص للتشغيل في المجالات التالية.

(٣) إعلان أبوجا، الذي اعتمد في ٢٧ نيسان/أبريل ٢٠٠١ في مؤتمر القمة الأفريقي المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والسل والأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة، الذي عُقد في أبوجا.

١ - التأهب والتصدي

٧٩ - في العديد من البلدان، مستوى الاستعداد لحالات تفشي الأمراض متدن للغاية. ومن بين الصعوبات انعدام خطط وطنية للطوارئ والافتقار إلى هياكل محددة للتنسيق في حالات الطوارئ الصحية الوباء وتدابير منتظمة استعداداً للتصدي للأوبئة. والمخزونات من المعدات الطبية ووسائل الدعم اللوجستي غير كافية في كثير من الأحيان. وقوائم الموظفين الطبيين والعاملين المدربين تدريباً كافياً في مجال التصدي للأوبئة والذين يمكن الاستعانة بهم في أي حالة طارئة كثيراً ما تكون قديمة أو غير موجودة.

٨٠ - ومن أجل تحسين مستوى التأهب، على الحكومات الوطنية أن تقوم، بقيادة رؤساء الدول والحكومات، بما يلي:

- جعل التخطيط لمواجهة الأزمات الصحية جزءاً من الآليات والخطط الوطنية للحد من مخاطر الكوارث والتأهب والتصدي لها
- إشراك جميع الجهات المعنية لتحديد القدرات والموارد اللازمة للتصدي للأوبئة
- وضع الخطط لمواجهة الأوبئة وإجراء تداريب لمحاكاة التصدي لها لفائدة جميع الجهات المكلفة بذلك، بما فيها قوات الأمن.

٢ - المراقبة

٨١ - القدرات المخصصة لكشف الأمراض ومراقبتها محدودة للغاية في عدة بلدان أيضاً. فقد انقضت أكثر من ثلاثة أشهر قبل أن يتم الاعتراف بتفشي فيروس إيبولا مؤخراً في غرب أفريقيا، في حين أن تبين حالات تفشي الفيروس لم يستغرق في المتوسط في ما سبق سوى ٤٤ يوماً. ففي حالة تفشيه مؤخراً في غرب أفريقيا، شك بعض الأخصائيين في مجال الصحة في وجود مرض غير نمطي ولكن شكوكهم تلك لم تكن واسعة الانتشار، لأن لا أحد كان يعتقد أن فيروس إيبولا موجود في هذه المنطقة دون الإقليمية^(٤) وأن له العديد من الأعراض المشتركة مع أمراض شائعة أخرى. ويرز التأخر في التعرف على الفيروس التحديات التي يواجهها العديد من أقل البلدان نمواً التي تفتقر إلى كم حيوي من الخبرة في الأمراض المعدية.

(٤) ومع ذلك، فقد تأكدت دراسة سابقة واحدة على الأقل من وجود أجسام مضادة لفيروس إيبولا لدى السكان في البلدان المتضررة منه، رغم أن هذه النتائج لم تكن معروفة لدى الجميع في المنطقة أو في صفوف الخبراء. Bernice Dahn and others, "Yes, we were warned about Ebola", *New York Times* نيسان/أبريل ٢٠١٥، www.nytimes.com/2015/04/08/opinion/yes-we-were-warned-about-ebola.html?_r=0. (تم الاطلاع على الصفحة في ٢٢ كانون الثاني/يناير ٢٠١٦).

٨٢ - وفي غرب أفريقيا، تتفاوت نوعية نظم المراقبة نوعية الآنية وسبل إدارة جمع البيانات الوبائية لدى جميع السكان والإبلاغ عنها. فالبلدان في المنطقة تعتبر عموماً المرافق الصحية بمثابة مواقع اعتيادية للمراقبة تستخدم إطار منظمة الصحة العالمية للمراقبة المتكاملة للأمراض والتصدي لها. ويركز هذا الإطار في المراقبة على عدد محدود من الأمراض ذات الأولوية و/أو المتلازمات لتحديد اتجاهاتها بحسب الزمان والمكان. وفي حين يشدد الإطار على تكامل البيانات، ثمة أيضاً عدد من شبكات المراقبة ذات طابع عمودي أكبر تجوب القارة الأفريقية برمتها. وتشمل شبكات مراقبة شلل الأطفال والإنفلونزا والالتهاب السحائي والأمراض يمكن الوقاية منها باللقاحات مثل الحصبة. ولأنها تبلغ عن البيانات بشكل عمودي، فإن المعلومات التي تبلغ عنها لا تدرج عادة في هذا الإطار على الصعيد الوطني أو الإقليمي. وعلى الرغم من التجزؤ الناجم عن هذا المزيج من المراقبة العمودية والمتكاملة، فأكثر من نصف البلدان في أفريقيا تصدر بانتظام نشرة وطنية للتعليقات، تتضمن مجاميع كلية للحالات والوفيات مستقاة من جميع نظم المراقبة. وهي تبلغ أيضاً عن النتائج المستمدة من مؤشرات الأداء من قبيل حسن توقيت الإبلاغ عن البيانات. وتعرض هذه النشرات آخر المعلومات عما يستجد من مشاكل صحية وحالات تفشي الأمراض، وتقارير المختبرات، والحالة الراهنة لأعمال التصدي للأمراض، ولكن يبدو أن نوعية المعلومات المبلغ عنها ومدى اكتمالها وحسن توقيتها تتفاوت ولا يمكن في كثير من الأحيان الاعتماد عليها. فعلى سبيل المثال، يقدر أن نحو طفل واحد من كل أربعة أطفال في غينيا لا يملكون أية شهادة ولادة - وهي الآلية الرئيسية التي تمكّن من رصد حالة الصحة العامة - لأن السلطات لا تملك القدرة الكافية التي تسعفها في جمع المعلومات عن الولادات والوفيات بشكل منتظم.

٨٣ - ولاحظ الفريق كذلك أن هناك حاجة إلى تحسين العلاقة بين نظم المراقبة الصحية البشرية والبيطرية، بما يتماشى مع مبدأ "الصحة الواحدة"، إذ يقدر أن أكثر من نصف جميع الأمراض المعدية مصدرها حيواني.

٨٤ - وفي ضوء هذه الحالة، يلزم أن تدعم الحكومات الوطنية شبكاتها الوطنية للمراقبة وتعمل مع الشركاء لضمان تحسين التكامل بين شبكات المراقبة. وبالنظر إلى القيود التي تحد من القدرات القائمة في العديد من البلدان، ينبغي للحكومات الوطنية أيضاً توفير كل البيانات المتصلة بالأحداث الصحية غير العادية للمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج منظمة الصحة العالمية لمواجهة حالات تفشي الأوبئة وحالات الطوارئ (مركز منظمة الصحة العالمية للتأهب والتصدي لحالات الطوارئ - انظر التوصية ٧)، اللذين يمكن بدورهما أن يقدموا مشورة متخصصة من الموظفين المؤهلين تأهيلاً كافياً، إذا لزم الأمر.

٨٥ - ومن أجل تحسين مراقبة الأمراض ورصدها بفعالية، على الحكومات الوطنية أن تقوم، بقيادة رؤساء الدول والحكومات، بما يلي:

- إنشاء آلية للمراقبة وفق مبدأ "الصحة الواحدة" لجمع وتحليل معلومات الصحة العامة بصورة تكاد تكون آنية، وذلك بجمع البيانات من جميع شرائح المجتمع
- ضمان إخطار المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج منظمة الصحة العالمية لمواجهة حالات تفشي الأوبئة وحالات الطوارئ (مركز منظمة الصحة العالمية للتأهب والتصدي لحالات الطوارئ - انظر التوصية ٧) فوراً عن جميع الأحداث الصحية غير العادية

٣ - القدرات المختبرية

٨٦ - بيد أن المراقبة الأولية يمكن أن تتعرف على الأحداث الصحية غير العادية، فإنه لا بد من الاختبارات من أجل التشخيص النهائي. غير أن العديد من البلدان لا يتوفر إلا على قدرات مختبرية ضئيلة للغاية. فخلال تفشي فيروس إيبولا في الآونة الأخيرة، أرسلت العينات الأولى للتأكيد الأولي إلى مختبرين للسلامة البيولوجية من المستوى ٤ في ليون بفرنسا وهامبورغ بألمانيا. ولم يتم تشخيص فيروس إيبولا مختبرياً في غينيا إلا عندما أرسلت أفرقة من معهد باستور بداكار والمختبر الأوروبي المتنقل في نهاية آذار/مارس ٢٠١٤. وأدت محدودية فرص الحصول على الخدمات المختبرية والبطء في إصدار نتائج الاختبارات إلى الحد من فعالية التصدي لهذا الفيروس من خلال جعل تحليل طرق انتقال المرض وتعقب مخالطي المرضى أمراً عسيراً. كما علم الفريق بأن عدم وجود نظم وإجراءات معتمدة متفق عليها لنقل العينات إلى مختبرات، ولا سيما عبر الحدود، قد يشكل في كثير من الأحيان عقبة تحول دون الفحص السريع.

٨٧ - ولتعزيز القدرات المختبرية، ينبغي للحكومات الوطنية أن تقوم بما يلي:

- إنشاء مختبر وطني للصحة العامة واحد على الأقل مجهز لتحليل العينات البيولوجية، وإلا ضمان اللجوء إلى المختبرات الإقليمية المشتركة
- إنشاء نظام وطني من أجل نقل العينات إلى المختبرات المناسبة بسرعة وأمان، بما في ذلك عبر الحدود

٤ - الموارد البشرية

٨٨ - عانت البلدان الثلاثة الأكثر تضرراً من فيروس إيبولا من نقص خطير في العاملين الصحيين المؤهلين والعاملين في مجال التصدي للأمراض (انظر أيضاً التوصية ٢). وعند تفشي فيروس إيبولا بسرعة، بُذلت الجهود للتعجيل بتوظيف موظفين إضافيين لدعم التصدي لهذا الفيروس - مثلاً كمتتبعي مخالطي المرضى أو أفرقة الدفن الآمن - وتدريبهم على المهام المنوطة بهم. ويتعين أيضاً وضع آليات لدعم دفع أجور الموظفين الإضافيين.

٨٩ - وفي حين تم تدريب الموظفين الاحتياطيين وإنشاء الهياكل الإدارية لدعمهم بسرعة قياسية أخذ وقتاً طويلاً من وقت التصدي لهذا الفيروس. وفي المستقبل، ينبغي أن تحدد البلدان القدرات الاحتياطية الأساسية كجزء من خطط التأهب الوطنية وتكفل تدريب الموظفين على الوقاية من العدوى ومكافحتها، وكذلك على مهام التصدي لتفشي الأمراض بوجه عام. وينبغي أن تدرج قدرات نظام الرعاية الصحية الخاص في القدرات الاحتياطية للأجهزة الوطنية المكلفة بالتصدي لحالات الطوارئ الصحية.

٩٠ - ومن أجل تعزيز القوى العاملة في حالات الطوارئ الصحية، على الحكومات الوطنية أن تقوم، بقيادة رؤساء الدول والحكومات، بما يلي:

- تحديد إجراءات معتمدة للقوى العاملة في حالات الطوارئ الصحية لضمان ما يكفي من الحماية والتدريب والمعدات ودفع الأجور والسلامة المهنية
- تشكيل قوة عاملة في حالات الطوارئ الصحية بتدريب جميع العاملين الصحيين في القطاعين العام والخاص على الإجراءات المعتمدة لحالات الطوارئ

باء - بناء قوة عاملة صحية فعالة

٩١ - يلاحظ الفريق أن نقص العاملين الصحيين المدربين في العديد من البلدان النامية هو من أهم العقبات التي تحول دون تشغيل نظام يؤدي عمله في مجال التصدي لتفشي الأمراض ومكافحتها على مستوى المجتمع المحلي.

٩٢ - في عام ٢٠١٣، كان لدى نظام الرعاية الصحية العامة في غينيا طبيب لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة على الصعيد الوطني. وفي ليبيريا وسيراليون، كان معدل الأطباء لكل نسمة أدنى بكثير، حيث بلغ ٠,٢ و ٠,١ طبيب لكل ١٠ ٠٠٠ شخص، على التوالي. وتجدد الإشارة إلى أن العديد من هؤلاء الأطباء يتركزون في العواصم والمدن، تُترك المجتمعات المحلية والمناطق الريفية الأصغر حجماً دون سبل الحصول على الخدمات الصحية الكافية. وهذه

المعدلات في البلدان الثلاثة جميعها أدنى بكثير من الحد الأدنى - ٢٣ طبيباً أو ممرضة أو قابلة على الأقل لكل ١٠.٠٠٠ شخص - الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية^(٥).

٩٣ - وسيتطلب تحسين رصد ومراقبة تفشي الأمراض الجديدة فعلياً وجود قوة عاملة في مجال الصحة العامة قادرة على الاضطلاع بهاتين المهمتين. ولتحقيق التغطية الجغرافية الواسعة النطاق لشبكة مراقبة، يجب أن يتم الرصد الأساسي للأمراض على مستوى المجتمع المحلي، بما في ذلك في المناطق الريفية. وفي هذا السياق، يرى الفريق أن إيفاد مزيد من العاملين في مجال الصحة المجتمعية يمكن أن يسهم إسهاماً كبيراً في تعزيز سبل المراقبة. وفي حين أن هؤلاء العاملين لا يملكون عادة مؤهلات طبية رسمية، فإنه يمكن تزويدهم بالتدريب في مجال المراقبة الأساسية التي تتيح لهم تحديد الأحداث غير العادية في مجتمعاتهم المحلية، وإبلاغ أقرب مركز صحي بها. وحينئذ يكون بإمكان الموظفين الطبيين المؤهلين التحقيق في الحالات المبلغ عنها. وفي ظل هذه الخلفية، يؤيد الفريق بشدة المبادرات الرامية إلى توسيع نطاق نشر العاملين في مجال الصحة المجتمعية. ويسهم ضمان التغطية الأساسية لكل مجتمع من قبل العاملين في مجال الصحة أيضاً في تعزيز نظم الصحة الأوسع نطاقاً وفي الرعاية الصحية الوقائية، ويساعد على إحراز التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

التوصية ٢

زيادة الحكومات استثماراتها في تدريب المهنيين الصحيين وإنشاء نظم العاملين الصحيين التي تلائم ظروف كل بلد

- توفر الحكومات الوطنية والشركاء التمويل الكامل لتدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية
- تُستعمل مجموعات الحوافز من أجل المساعدة على ضمان نشر العاملين في مجال الصحة بشكل استراتيجي في المناطق الفقيرة والنائية
- الاعتراف بالعاملين في مجال الصحة المجتمعية وإدماجهم كفئة عمالية لها أدوار هامة في الوقاية من الأمراض ومراقبتها والتصدي لها

٩٤ - وفي نهاية المطاف، يعتمد كل نظام للمراقبة والتصدي في مجال الصحة العامة على النظام الصحي على نطاق أوسع. ففي غرب أفريقيا، كان على الموظفين الطبيين القلائل

(٥) خلاص التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦ الصادر عن منظمة الصحة العالمية إلى أن البلدان ذات الكثافة في مجال الرعاية الصحية التي تقل عن ٢,٢٨ (± ٠,٢٦)، لم يف الأطباء والمرضى بالهدف المتمثل في توفير نسبة ٨٠ في المائة من خدمات القابلات الماهرات عند الولادة.

المتاحين خلال أزمة فيروس إيبولا أن يعملوا وهم مدربون تدريباً محدوداً في مجال علم الأوبئة الخاص بالأمراض المعدية ولم تكن لديهم أي معدات طبية تقريباً. وتقوضت الوقاية من العدوى ومكافحتها بسبب النقص في المعدات الأساسية مثل الدلاء البلاستيكية ومواد التطهير. وفي المناطق الريفية، كان من الصعب الحصول على الأدوية الأساسية وعادة ما تكون مكلفة للغاية لكي يستطيع المرضى اقتناءها. وتفاقم هذه الصعوبة بسبب مشاكل البنى التحتية الصحية الأوسع نطاقاً. فعلى سبيل المثال، لم يكن لدى ليبيريا سوى عدد محدود من سيارات الإسعاف، وكان معظمها موجوداً في العاصمة مونروفييا. وفي الأيام الأولى من تفشي المرض، نُقل العديد من المرضى الذين ظهرت عليهم أعراض الإصابة بفيروس إيبولا بواسطة سيارات الأجرة أو نقلهم أفراد من أسرهم، وهو ما انطوى على مخاطر جمة من انتشار العدوى. وبسبب الافتقار إلى المرافق المختبرية ومرافق العزل، كان لزاماً وضع المرضى والأصحاء معاً في كثير من الأحيان في مراكز الاحتجاز، مما زاد أكثر من احتمالات انتقال المرض. كما أعاق ضعف البنى التحتية العمومية، ولا سيما في المناطق الريفية، سبل التصدي الوطنية الفعالة للمرض. لذلك، فإن الفريق يدرك أن بناء المزيد من النظم المتينة للوقاية من الأزمات الصحية والتصدي لها يتطلب تعزيز النظم الصحية الأوسع نطاقاً في البلدان النامية.

جيم - التصدي لتحديات الإدارة

٩٥ - لقد أظهرت أزمة فيروس إيبولا أنه بمجرد الكشف عن تفشي أي مرض، كثيراً ما تحجم الحكومات عن نشر خبره علانية. فخوفاً من التكاليف السياسية والاقتصادية التي قد يستتبعها الإعلان علناً عن تفشي المرض، تكون لدى الحكومات حوافز قوية للتقليل من شأن ذلك الخطر. وقد أبلغ بعض ممثلي المنظمات غير الحكومية الفريق بأن مسؤولين حكوميين كانوا يعتبرونهم مهوّلين في الأمر في الأشهر الأولى من تفشي فيروس إيبولا، بحجة أن المنظمات غير الحكومية تبالغ في الخطر سعياً لجمع الأموال من المانحين. وفي أحد البلدان، ساهم القرار بعد الإبلاغ عن الحالات المؤكدة مختبرياً، بالرغم من وجود دلائل تشير إلى عدد أكبر بكثير من الإصابات المشتبه فيها، في الاستهانة بمدى انتشار المرض. وكان هذا نقيض ما حدث في بلدان أخرى، حيث أبلغت عن الحالات المشتبه فيها والمؤكد. وتعكس الجهود الرامية إلى تأخير الإخطار والتقليل من شأن انتشار المرض الارتباك والخوف الذي قد يؤثر كثيراً في اتخاذ القرارات السياسية. وسمع الفريق أيضاً أن البعض من حكومات البلدان المتضررة طلبت في البداية أن تقدم لها منظمة الصحة العالمية المساعدة دون الإعلان للعموم عن وجود طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. وعلى النقيض من ذلك، اتخذت السنغال ومالي ونيجيريا إجراءات فورية بإعلان حالة الطوارئ واستحداث تدابير فعلية لاحتواء

المرض بمجرد تشخيص إحدى الحالات. وبفضل العمل السياسي القوي والاستباقي الذي يحث على إجراءات التأهب والتصدي - حتى عندما تكون قدرات النظام الصحي محدودة - يمكن الحيلولة دون اتساع نطاق تفشي المرض ويمكن إنقاذ الأرواح.

٩٦ - وأعاقَت التحديات المتعلقة بالإدارة والتنسيق أيضاً جوانب أساسية من أعمال التصدي لتفشي فيروس إيبولا. فقد أظهرت مشاورات الفريق مع المستجيبين على الصعيدين الوطني والدولي أنه كان هناك، في الأيام الأولى من الأزمة، عدم وضوح في معرفة الكيانات داخل الإدارة الوطنية المسؤولة عن تنسيق أعمال التصدي والمنظمات التي ينبغي لها حضور الاجتماعات ذات الصلة بالموضوع. وفي حالات معزولة، تباطأ صنع القرار بسبب التنافس بين الإدارات وعدم وضوح التسلسل الإداري بين وزارة الصحة والمنسق الوطني المعني بفيروس إيبولا والهيكل التي أنشأها الشركاء الدوليون. وفي بعض الحالات، لم تستخدم هياكل التصدي للكوارث الوطنية القائمة وتم تصميم هياكل جديدة بدلا عنها. وفي جميع البلدان المتضررة الثلاثة، أُعيد انتداب الموظف المكلف بالتنسيق العام لأعمال التصدي مرة واحدة على الأقل. وعلاوة على ذلك، استغرق الأمر عدة أشهر لكي تكرر، على الصعيد الوطني، تجربة هياكل التنسيق القائمة على مستوى العاصمة.

٩٧ - غير أن الفريق أيضاً سمع مراراً وتكراراً من جميع الأطراف المعنية أن التنسيق وفعالية أعمال التصدي قد تحسنا إلى حد كبير بمجرد أن يكون هناك التزام سياسي قوي وقيادة مباشرة من رئيس الدولة في كل البلد.

٩٨ - ومن الضروري العمل، تمشياً مع المبادئ التوجيهية الواردة في اللوائح الصحية الدولية، على التعجيل بإشعار منظمة الصحة العالمية دون تدخل سياسي. بمجرد اكتشاف تفشي أي مرض. ومن الأهمية بمكان أيضاً إنشاء هياكل فعالة لإدارة الأزمات بسرعة من أجل التصدي للأزمة. ولضمان المزيد من الشفافية وزيادة صعوبة إخفاء المعلومات عن تفشي المرض، يوصي الفريق بأن يتم التخطيط للأزمات الصحية وكذلك المراقبة المنتظمة كجزء من الآليات الوطنية المكلفة بالحد من أخطار الكوارث والتأهب والتصدي لها - بمساهمة الممثلين من مختلف الوزارات والمنظمات غير الحكومية.

دال - تعزيز مشاركة المجتمعات المحلية

٩٩ - مشاركة المجتمعات المحلية أمر بالغ الأهمية في التصدي للأزمات الصحية. وقد خلص الفريق إلى أن التصدي في بادئ الأمر لتفشي إيبولا لم يأخذ في الاعتبار السياق الثقافي المحلي في كل بلد متضرر، وأن الجهود المبكرة من أجل توعية المجتمعات المحلية كانت غير فعالة إلى

حد كبير. وفي حين أن منظمة الصحة العالمية وغيرها من المؤسسات المشاركة في أعمال التصدي قامت بنشر متخصصين في تشجيع مشاركة المجتمعات المحلية وعلماء اجتماعيين منذ بداية انتشار الوباء، فإن التقصير في تقدير نطاقه جعل الجهود الرامية إلى فهم المجتمعات المحلية وإشراك السكان المحليين وقادة المجتمعات المحلية جهوداً غير كافية.

١٠٠ - وعلاوة على ذلك، كانت جهود التوعية المجتمعية في كثير من الأحيان أحادية الجانب، تنقل الرسائل بدلاً من الاعتراف بشرعية الشواغل المحلية والتواصل مع السكان المحليين لمخاطبتهم. وكانت الجهات المكلفة بأعمال التصدي غالباً ما تتفاعل مع مجموعة فرعية ضيقة من المحاورين المحليين - لا سيما المسؤولين في الحكومات المحلية - ومن ثم تجاهلت العمل مع جميع أطياف المجتمع المحلي، بمن فيهم الزعماء التقليديون والزعماء الدينيون والنساء والشباب وأفراد المجتمع المحلي الآخرين. وتفاقت هذه التحديات بسبب انعدام الثقة بين المجتمعات المحلية والحكومة المركزية والأجانب، وهذا بدوره أدى إلى عرقلة برامج تغيير السلوك التي نفذها ممثلو الحكومات أو الجهات الفاعلة الدولية. وأدت هذه الحالة إلى ظهور ما يسمى بمقاومة المجتمعات المحلية، حيث سعت بعض المجتمعات المحلية، سواء بشكل غير فاعل أو فاعل بل وعنيف في بعض الحالات، إلى تفادي التعاون مع العاملين في المجال الصحي.

١٠١ - وكان الاتصال الجماهيري في البداية أيضاً غير فعالاً، بل ومفضياً إلى عكس المراد منه في العديد من الحالات. فعلى سبيل المثال، سعى الاتصال الجماهيري في وقت مبكر إلى تغيير السلوك من خلال التأكيد على معدلات الوفيات المرتفعة الناجمة عن فيروس إيبولا، وعدم وجود علاج شاف منه. وبدلاً من تشجيع المصابين على التقدم للفحص، دفعت تلك الرسائل العديد من الحالات المشتبه بها إلى تفادي الفحوص، وجعلت الأسر تُخفي المرضى من أفرادها. وكثرت الشائعات والمعلومات المضللة بشأن آليات الوقاية والتصدي، وهو ما سعت آليات الاتصال الجماهيري إلى مكافحته بمعلومات دقيقة.

١٠٢ - وبينما ارتفعت أعداد الحالات في الفترة من تموز/يوليه وتشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤، ركزت الجهات القائمة بأعمال التصدي للفيروس على العناصر الطبية والوبائية لتفشيته لا على تعزيز مشاركة المجتمعات المحلية. وأفاد بعض المنظمات المجتمعية أنه في الأيام الأولى من أعمال التصدي للفيروس، كان من الصعب العثور على تمويل للمشاريع التي لا تتعلق بتشديد مراكز للعلاج. كما أن عدم كفاية بحوث العلوم الاجتماعية والقدرات القائمة للمساعدة في وضع نهج مهيبة في مجال التصدي للوباء، وعدم إيلاء اهتمام كاف

لرصد وتقييم الجهود المبذولة لتشجيع مشاركة المجتمعات المحلية، أمران جعلنا من الصعب تصحيح المسار عند الضرورة.

١٠٣ - وكما كان الحال عند تفشي فيروس الإنفلونزا (H1N1) وفيروس H5N1 المسبب لإنفلونزا الطيور، كانت مشاركة المجتمعات المحلية هي ما أحدث الفرق في نهاية المطاف في معظم البلدان المتضررة. وقيل للفريق مراراً إن التقدم لم يبدأ إحرازه إلا مع ظهور الجهود الرامية خصيصاً إلى إشراك الزعماء التقليديين وجماعات المجتمع المدني المحلية في إطار توعية المجتمعات المحلية. ومع تزايد الوعي بالتحدي المتمثل في مقاومة المجتمعات المحلية، تحولت المنظمات في تركيزها نحو تحسين فهم السياق الثقافي للأزمة، ومد جسور الاتصال بالمجتمعات المحلية وكسب تأييدها وتوليها زمام الأمر بنفسها، وتشجيع المجتمعات المحلية على تحديد أولوياتها وشواغلها. وساعدت زيادة مشاركة علماء الاجتماع - ولا سيما الأخصائيين في علم الإنسان والعديد من الخبراء والإحصائيين الإقليميين - من خلال الشبكات الرسمية وغير الرسمية، الجهات القائمة بأعمال التصدي على التوصل إلى فهم أفضل للممارسات الثقافية والديناميات المجتمعية المحلية التي كانت مفيدة في زيادة انتشار الوباء. وتشمل هذه عادات الدفن والمستويات العالية لحركة السكان المحليين وتاريخ حافل بالصراعات أدى إلى انعدام شديد للثقة في الأجانب، بما في ذلك المجتمع الدولي، وفي بعض الحالات، ممثلي الحكومة.

١٠٤ - كما تحسنت الرسائل الجماهيرية. فعلى سبيل المثال، وبدلاً من التشديد على معدلات الوفيات المرتفعة الناجمة عن فيروس إيبولا، شجعت الرسائل الجديدة على العلاج المبكر لتحسين فرص التعافي. غير أن العدد الكبير من المنظمات المشاركة في المراحل اللاحقة من جهود التصدي للوباء جعل من الصعب تنسيق الرسائل والتقنيات ونهج الاتصال الجماهيري. وهذا أدى بدوره إلى تكاثر الرسائل، وكان بعضها أكثر فعالية من غيره.

١٠٥ - ولذلك يرى الفريق أنه ينبغي للجهات القائمة بأعمال التصدي على الصعيدين الوطني والدولي أن تستحدث الآليات إشراك المجتمعات المحلية بصورة منتظمة في تدابير التأهب والتصدي للأزمات في المستقبل.

التوصية ٣

قيام الحكومات والجهات القائمة بأعمال التصدي للأمراض بتعزيز وترشيد ما تضطلع به لتعزيز مشاركة المجتمعات المحلية وتشجيع تولي زمام الأمور على الصعيد المحلي ونيل الثقة

- تساعد السلطات الوطنية والشركاء على تطوير واستخدام القدرات الوطنية لبحوث العلوم الاجتماعية، وكذلك شبكة دولية من علماء الاجتماع قادرة على التعبئة في حال وقوع أي أزمة

- إبراز مبادئ المشاركة المجتمعية الفعالة في جميع برامج التدريب المنفذة لفائدة الجهات الوطنية والدولية القائمة بأعمال التصدي

- استفادة السلطات الوطنية والشركاء من إمكانيات التعاون بين بلدان الجنوب في هذا المجال

- استحداث استراتيجيات الاتصال، مع إيلاء الاعتبار الواجب للسياق الثقافي

هاء - تدريب الجيش على أداء المهام الصحية والإنسانية

١٠٦ - مثلما شوهد في كارثة وباء إيبولا، فإن للجيش ولقوات الأمن الأخرى دور هام يمكن لهما تأديته كتدبير أخير في مواجهة الأزمات الصحية. وبالإضافة إلى نشر وحدة كبيرة تابعة للقوات المسلحة التابعة للولايات المتحدة ومجموعات أصغر حجماً من القوات المسلحة للمملكة المتحدة وفرنسا، اضطلعت أيضاً القوات المسلحة المحلية بأدوار أساسية في أعمال التصدي للوباء في كل من ليبيريا وسيراليون. وبالنظر إلى المصاعب التي صادفتها وزارتي الصحة الوطنية، أهابت حكومتا البلدين بقواتهما المسلحة أن تدعموا الأفراد العاملين في مجال التصدي للأزمات الصحية والإنسانية. ففي سيراليون، ساعدت القوات المسلحة أيضاً في قيادة عملية التصدي للأزمة الصحية بعد أن عُين وزير الدفاع منسقاً وطنياً معنياً بالتصدي لفيروس إيبولا في آب/أغسطس ٢٠١٤. وقدمت تجربة مشاركة الجيش في كل من سيراليون وليبيريا دروساً واضحة للتصدي للأزمات الصحية في المستقبل. ويتطلب تحقيق الحد الأقصى لفعالية قوات الأمن في عمليات الانتشار لأغراض صحية وإنسانية التدريب ونشر معايير حقوق الإنسان وإجراء عمليات محاكاة منتظمة. وبالإضافة إلى ذلك، يتعين على كل من الجهات الفاعلة العسكرية والمدنية العمل معاً من أجل تحسين التفاهم بين القطاعين المدني والعسكري وزيادة التأهب.

١٠٧ - وقد تمثل أحد أوجه الاستخدام الرئيسية لقوات الجيش والأمن الأخرى في إنفاذ الحجر الصحي. والفصل بين السكان وفقاً لافتراض الاعتلال واحتمال التعرض للمرض

والإصابة بالعدوى أداة هامة في مجال الصحة العامة، ولا سيما في ظل غياب اللقاحات والعلاجات الطبية الوقائية. غير أنه لا بد من إعمال هذه القيود على الحرية في إطار من الشفافية والإنصاف، وباستخدام الآليات المناسبة للدعم الطبي والاجتماعي. ومع ذلك، رأى الفريق أنه، نظراً لعدم تلقي التدريب الكافي في مجال حقوق الإنسان، فإن الاستعانة بالجيش في التصدي لأزمة فيروس إيبولا التي وقعت في عام ٢٠١٤ - بما فيها حالات الحجر الصحي التي فرضها الجيش - لم يساعد على بناء الثقة على الدوام، بل قوّض في الواقع أعمال التصدي في بعض الحالات، ولا سيما في أعقاب الصدمات الناجمة عن الحجر الصحي التي وقعت بين الجيش الليبري والمدنيين في منطقة ويست بوينت في مونروفيا، والتي أدت إلى حدوث حالة وفاة واحدة. وعلاوة على ذلك، فإن الإرث الذي خلفته التفاعلات في معظم البلدان المتضررة قد ولد لدى السكان مخاوف عميقة من قوات الأمن، مما قوّض فعاليتها في بعض الحالات.

واو - كفالة استمرار الخدمات الصحية الأساسية

١٠٨ - أشارت بعض الجهات المكلفة بأعمال التصدي لفيروس إيبولا إلى أن التركيز الحصري عليه قد أدى إلى وقف مؤقت لتقديم العديد من الخدمات الاجتماعية الأساسية، بما فيها حملات التحصين. ففي ليبيريا على سبيل المثال، عُلقت إجراءات التحصين الاعتيادية ضد الحصبة أثناء تفشي فيروس إيبولا، الأمر الذي كاد يعرض حياة الآلاف من الأطفال للخطر لو تفشى مرض الحصبة من جديد. وقد أثر أيضاً تخصيص معظم الموارد الصحية لمكافحة فيروس إيبولا على تقديم الخدمات الصحية الأخرى، ولا سيما توفير العلاج للمصابين بالمalaria وأمراض الإسهال. وخلصت إحدى الدراسات التي أُعدت في غينيا إلى أن كارثة وباء فيروس إيبولا قُدر بأنها أدت إلى عدم معالجة ٧٠ ٠٠٠ حالة إصابة بالمalaria على الصعيد الوطني في عام ٢٠١٤. وبالإضافة إلى ذلك، عُلقت إلى حد كبير الخدمات السابقة واللاحقة للولادة التي تقدّم للنساء، مما أدى إلى ورود العديد من الأنباء التي تحدثت عن رفض مرافق الرعاية الصحية استقبال العديد من النساء الحوامل. وتشير بعض التقارير إلى أنه من المرجح أن يزيد عدد الوفيات بسبب الآثار الصحية الأخرى لفيروس إيبولا أكثر من الإصابة بالوباء في حد ذاته. وفي هذا السياق، من الأهمية بمكان التأكد من أن السكان ما زالوا يحصلون على الرعاية الصحية الأساسية أثناء تفشي الوباء.

زاي - معالجة الجوانب الجنسانية للأزمات الصحية

١٠٩ - لقد دلت التجربة باستمرار على أن للأزمات الصحية، بما فيها أزمة وباء إيبولا في عام ٢٠١٤، آثار خاصة وهامة على نوع الجنس يمكن أن تؤثر إلى حد كبير في عمليتي التأهب والتصدي للأمراض. وفهم الآثار المحتملة لتفشي أي وباء في ما يخص نوع الجنس وإيلاؤها الاهتمام أمر بالغ الأهمية للتصدي له بفعالية.

١١٠ - وطوال فترة الأزمة، كانت النساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة بهذا الفيروس بسبب أداء مهام الرعاية والقيام بممارسات الدفن، بينما كان الرجال أكثر عرضة لها أثناء تأديتهم الأدوار الرسمية في التصدي للفيروس. وبالإضافة إلى ذلك، يزداد احتمال وفاة الحوامل اللاتي أصبحن مصابات بفيروس إيبولا من جراء المرض عن احتمال وفاة الرجال، وفي حال بقائهن على قيد الحياة، فإنهن يفقدن أجتهن بشكل يكاد يكون دائماً. ومع أن البيانات المتعلقة بكل من نوع الجنس والعمر والخصائص السكانية الرئيسية الأخرى هي بيانات جمعتها أولى الجهات المكلفة بأعمال التصدي على الصعيد المحلي، فإن هذه المعلومات البالغة الأهمية لم تكرر في كثير من الأحيان إلى هيئات أعلى مرتبة على المستويين الوطني أو الدولي حتى وقت متأخر، هذا إن مُررت أصلاً. ولهذا، لم تتمكن الجهات المكلفة بأعمال التصدي من معرفة أنماط الإصابة، أو من وضع استراتيجيات للتصدي لها. وأوجه القصور هذه قد تؤكد مرة أخرى الحاجة إلى إنشاء قواعد لتكنولوجيا البيانات تمكن من تتبع الإحصاءات بصورة آنية وتبادل المعلومات.

١١١ - ومن المرجح أيضاً أن تتأثر النساء بالآثار الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً لفيروس إيبولا. ففي أكثر البلدان تضرراً، كانت النساء تُستخدم على الأرجح في القطاع غير الرسمي الذي تأثر إلى حد كبير من جراء إغلاق الأسواق والفضاءات العامة الأخرى. فقد وضع إغلاق المدارس أثناء أزمة إيبولا لعام ٢٠١٤ المرأة أمام مسؤولية إضافية هي رعاية الأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الآثار الاقتصادية السلبية للأزمة قد جعلت المرأة أكثر عرضة للاستغلال الجنسي، وذلك بسبب تضائل عدد استراتيجياتهن السابقة المدرة للدخل. ووفقاً لما ورد في موضع سابق أيضاً، فإن تخصيص موارد صحية ضئيلة بالفعل لمواجهة فيروس إيبولا قد قوض الخدمات الصحية المخصصة للأولويات الصحية الأساسية الأخرى، بما فيها الرعاية قبل الولادة وبعدها والولادة وتحصين الأطفال.

١١٢ - وقد ازدادت صعوبة التصدي لهذه التحديات أثناء أزمة فيروس إيبولا لعام ٢٠١٤ بسبب نقص تمثيل المرأة في جميع مستويات التصدي الوطنية والدولية، مما حد من مساهمة المرأة في عملية صنع القرار. وعلى الصعيد المحلي، لم يكن هناك سوى عدد قليل من النساء

اللاتي وظفن للعمل مقتفيات لمخالطي المرضى أو اختصاصيات في مشاركة المجتمعات المحلية، بل إن عدداً أقل من ذلك قد شارك في مستويات عليا من أعمال التصدي. وتفاعلت أيضاً أفرقة التعبئة المجتمعية مع النساء على نحو أقل منه مع الرجال، ذلك لأن محاورهم الرئيسيين كانوا أشخاصاً متنفذين رسميين، مثل الزعماء التقليديين والمسؤولين الحكوميين المحليين الذين كانوا على الأرجح من الرجال. ويمكن أن يساعد الإدماج الجنساني لأفرقة التصدي على المستوى المحلي، بما فيها مقتفو أثر الأشخاص الذين خالطوا المرضى والموظفون المعينون بتشجيع مشاركة المجتمعات المحلية، في كفاءة زيادة استنارة المرأة ومشاركتها.

التوصية ٤

- ينبغي مراعاة جهود التأهب والتصدي للأمراض ومعالجة البعد الجنساني.
- بما أن النساء يملن إلى العمل كمقدمات للرعاية الأولية، فإنه ينبغي إيلاء اهتمام خاص لاحتياجاتهن
- تولي الجهود الرامية إلى القضاء على أثر الأوبئة على الاقتصاد وسبل كسب الرزق اهتماماً خاصاً لحالة المرأة
- لا بد من إشراك المرأة في جميع مستويات التخطيط والعمليات لضمان فعالية التصدي وملاءمتها

ثالثاً - المستويان الإقليمي ودون الإقليمي

١١٣ - اتخذت العديد من المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية إجراءات لدعم مواجهة تفشي فيروس إيبولا في عام ٢٠١٤. وكان أبرزها، في ١٩ آب/أغسطس ٢٠١٤، عندما أذن مجلس السلم والأمن التابع للاتحاد الأفريقي بنشر بعثة إنسانية عسكرية - مدنية بقيادة الاتحاد الأفريقي تضم أطباء وممرضين وغيرهم من الموظفين الطبيين والمساعدين الطبيين. وفي الفترة الممتدة من كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤ لغاية أيار/مايو ٢٠١٥، دعمت الجهود التي تبذلها عملية دعم الاتحاد الأفريقي لمكافحة وباء إيبولا في غرب أفريقيا نشر ٧٢٠ متطوعاً مؤهلاً من ١٢ دولة من الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. وقدم الأطباء والمنجّدون الذين عملوا في حالات سابقة تتعلق بتفشي فيروس إيبولا خبرة قيمة في هذا الصدد. وعقد الاتحاد الأفريقي أيضاً سلسلة من الاجتماعات السياسية لإبراز ضرورة المساعدة، والدعوة إلى رفع الحظر والقيود على السفر، والطلب إلى مفوضية الاتحاد الأفريقي بأن تنشئ مركزاً أفريقياً لمكافحة الأمراض والوقاية منها. ونظم الاتحاد الأفريقي أيضاً اجتماع مائدة مستديرة

للأعمال التجارية في أفريقيا مع القطاع الخاص - جمع فيه مبلغاً قدره ٣٢ مليون دولار من قطاع الأعمال الخاص ومصرف التنمية الأفريقي - وعمل مع شركات الهاتف المحمول لتوجيه التبرعات الخاصة عبر خدمة الرسائل القصيرة. وبحلول كانون الأول/ديسمبر، قدم المصرف أيضاً مبلغاً يزيد عن ٢٢٣ مليون دولار لدعم عمليات الطوارئ في البلدان الثلاثة المتضررة من فيروس إيبولا.

١١٤ - وأرسلت الجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا ١١٥ موظفاً طبياً إضافياً ومنجدين آخرين لمساعدة البلدان المتضررة. وبالإضافة إلى ذلك، عقدت الجماعة الاقتصادية مؤتمر القمة الاستثنائي بشأن فيروس إيبولا وأنشأت صندوق الجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا للتضامن من أجل القضاء على فيروس إيبولا، الذي جمع مبلغاً يزيد عن ٧ ملايين دولار قدم في شكل تبرعات. وعلاوة على ذلك، قامت كل من منظمة الصحة لغرب أفريقيا ومفوضية الجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا بتدريب موظفي الصحة على الوقاية من العدوى ومكافحتها وتوعيتهم بذلك.

١١٥ - ونظم اتحاد نهر مانو عقد اجتماعات دورية على مستوى القمة بين رؤساء دوله الأعضاء الأربع (سيراليون وغينيا وكوت ديفوار وليبيريا) لمناقشة سبل زيادة التعاون للتصدي لفيروس إيبولا. ووضع الاتحاد أيضاً الإطار اللازم لخطة الإنعاش الإقليمية المخصصة لثلاثة من البلدان المتأثرة والذي قُدم في المؤتمر الدولي المعني بالتعافي من فيروس إيبولا الذي عقد في نيويورك، في أوائل شهر تموز/يوليه ٢٠١٥.

١١٦ - ومع أن الدعم المقدم من المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية قد شكل دعماً هاماً لعملها وقدراتها التنفيذية في القطاع الصحي، غير أن وصول المساعدة قد استغرق وقتاً طويلاً، ولم تكن دائماً منسقة بشكل جيد. ومن ثم أكد تفشي فيروس إيبولا الحاجة إلى تعزيز التعاون الإقليمي في مجال الصحة العامة. ومع أن المسؤولية الرئيسية عن مراقبة الأمراض والكشف عن تفشيها والتصدي لها ملقاة على عاتق الجهات الوطنية، فإن التعاون على المستويين الإقليمي أو دون الإقليمي يوفر قيمة مضافة كبيرة في العديد من المجالات.

١١٧ - ويسمح المنظور الإقليمي بإجراء تحليل أشمل للديناميات الإقليمية، بما فيها أنماط حركة السكان والاتجاهات في المناطق التي تشتد فيها الإصابة بالعدوى والاحتياجات اللازمة للتصدي لها. ومن شأن هذا المنظور أن يساعد في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تحقيق أكبر قدر من الكفاءة في توزيع موارد التصدي للأمراض بين البلدان. وعلى سبيل المثال، فإن إنشاء بعثة الأمم المتحدة للتصدي العاجل لفيروس إيبولا كبعثة إقليمية، قد سمح بتوزيع الأموال والموارد اللازمة للتصدي للفيروس، على نحو يتجاوز الحدود الوطنية.

١١٨ - ويمكن أن يساعد التعاون الإقليمي في الحفاظ على تحسن حالة المراقبة عبر الحدود، ورصد الحالة واقتفاء أثر مخالطي المرضى عبر ضمان التبادل المنتظم للمعلومات بين مسؤولي الصحة العامة على جانبي الحدود. وقد علم الفريق بأن تبادل المعلومات عبر الحدود في وقت مبكر من تفشي فيروس إيبولا لم يكن كافياً. ويمكن أن يخفف التعاون الإقليمي أيضاً من تكلفة تدابير المراقبة على الحدود أو يقلل الحاجة إلى مثل هذه التدابير بوضع إجراءات معتمدة ومعايير إقليمية لمراقبة الحدود.

١١٩ - ويجوز أيضاً لمجموعات البلدان الإقليمية أو دون الإقليمية أن تتشارك في الموارد الرئيسية للتأهب أو التصدي، مثل المختبرات أو جهود البحث والتطوير على المستوى الطبي أو مرافق الإحلاء الطبي المسخرة للتصدي للأزمات. ومع أن التكلفة الكبيرة لهذه الموارد قد تجعل بقاءها في بلد واحد أمراً عسيراً، فإن إنشائها على أساس تقاسم التكاليف على الصعيدين الإقليمي أو دون الإقليمي قد يجعلها مجدية لجميع البلدان المشاركة.

١٢٠ - وعلاوة على ذلك، يمكن للمنظمات الإقليمية أن تضطلع بدور هام في توفير خبرات وأدوات التصدي التي يمكن تكييفها وفق الظروف المحلية.

١٢١ - وتستفيد المنظمات الإقليمية أيضاً من هذه المزايا في ظروف أخرى. ففي آسيا، أدت رابطة أمم جنوب شرق آسيا دوراً هاماً في عمليات التصدي الإقليمية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة وفيروس H5N1 المسبب لإنفلونزا الطيور، وذلك باتباع سبل منها التفاوض المشترك مع شركات المستحضرات الصيدلانية على تخفيض أسعار عقاقير فيروس نقص المناعة البشرية. وركزت الجهود المبذولة في أوروبا على أهمية الموارد المشتركة، مع إنشاء الاتحاد الأوروبي للمركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها من أجل تحليل بيانات المراقبة، وإسداء المشورة، وتوفير التدريب، ودعم التأهب ونشر بعثات ميدانية مختصة في حالة تفشي أي وباء. وإثر تفشي فيروس إيبولا، يقوم الاتحاد الأوروبي ودوله الأعضاء أيضاً بإنشاء قدرات مشتركة للتصدي بتجميع مجموعة من الخبراء الطبيين واللوجستيين ممن لديهم الخبرة في إدارة الأزمات. وفي أمريكا اللاتينية، أثبت كل من اتحاد أمم أمريكا الجنوبية والأعضاء في السوق المشتركة لبلدان المخروط الجنوبي أهمية المساعدة التقنية والتشغيلية التي يمكن أن تقدمها المنظمات الإقليمية لدولها الأعضاء في التصدي للأخطار التي تهدد الصحة العامة.

١٢٢ - وفي ظل هذه الخلفية، يرى الفريق أنه ينبغي للمنظمات الإقليمية أن تطور أو تعزز القدرات الدائمة للمساعدة في الوقاية من الأزمات الصحية والتصدي لها، مع التركيز بشكل

خاص على المجالات التي يمكن أن توفر قيمة مضافة كبيرة لسبل التصدي على الصعيد الوطني.

التوصية ٥

قيام المنظمات الإقليمية ودون الإقليمية بتنمية أو تعزيز القدرات الدائمة لرصد الأزمات الصحية ومنع حدوثها والتصدي لها، بدعم من منظمة الصحة العالمية. ويشمل ذلك ما يلي:

- تعزيز خطط إقليمية للطوارئ والتأهب لمواجهة سيناريوهات الأزمات الصحية، بالإضافة إلى الاتفاق بشكل مسبق على منح تراخيص لوجستية وطبية هامة وطارئة يمكن تفعيلها بسرعة في حالة نشوء أزمة صحية
- إدارة وتشغيل القدرات الإقليمية المشتركة للوقاية من الكوارث والتصدي في حالات الطوارئ، بما فيها مختبرات السلامة البيولوجية المتقدمة
- تعزيز قدرات البحوث والتعاون على المستوى الإقليمي
- الاحتفاظ بقائمة تضم أسماء الخبراء الطبيين وموظفي التصدي للنشر الإقليمي السريع
- تيسير تبادل الخبرات والدروس المستفادة في ما بين الشركاء الإقليميين
- الاحتفاظ، بدعم من منظمة الصحة العالمية، بقائمة مسببات الأمراض المتفق عليها عموماً والتي تزيد من احتمال نشوء أزمات صحية في المنطقة
- إنشاء آلية إقليمية لتحديث اللوائح الصحية الدولية ودعم وضع آلية لتعزيز الامتثال لها داخل المنطقة
- تيسير عمليات المحاكاة الإقليمية ودون الإقليمية من أجل التصدي للأزمات الصحية، ولا سيما في المناطق الحدودية

رابعاً - الصعيد الدولي

١٢٣ - لقد أبرز تفشي فيروس إيبولا في عام ٢٠١٤ نقاط ضعف أساسية في النظام الدولي تتمثل في التعرف على الأزمات الصحية الناجمة عن الأمراض المعدية والتصدي لها. وحتى الآن، لم تقم سوى أقلية من البلدان بإنشاء القدرات الأساسية المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية لضمان رصد حالات تفش جديدة للأمراض والإنذار المبكر بها. وآلية استعراض اللوائح الصحية الدولية آلية غير كافية والموارد الدولية اللازمة لدعم تحقيق

القدرات الأساسية ليست بموارد ملائمة. وهذا العجز في القدرات يزيد العالم ضعفاً إزاء مواجهة حالات تفشي الوباء. غير أن أعمال التصدي العالمية كانت بطيئة للغاية وعانت من تحديات هامة في ما يتعلق بالموارد المالية والبشرية والتنسيق، حتى بعد أن تبين تفشي فيروس إيبولا وأُعلن عنه.

١٢٤ - وفي ظل هذه الخلفية، يلاحظ الفريق أنه يتعين اتخاذ تدابير عاجلة لتعزيز القدرة العالمية على كشف الأزمات الصحية بسرعة والتصدي لها. وهذه التدابير تشمل إنشاء آلية استعراض جديدة للامتنال لمتطلبات القدرات الأساسية الواردة في اللوائح الصحية الدولية، وتعزيز القدرات التشغيلية لمنظمة الصحة العالمية، وتدعيم الاتساق على نطاق منظومة الأمم المتحدة عند التصدي للأزمات الصحية.

ألف - تعزيز آلية منظمة الصحة العالمية للاستعراض الدوري من أجل الامتنال لمتطلبات القدرات الأساسية الواردة في اللوائح الصحية الدولية

١٢٥ - اللوائح الصحية الدولية هي الإطار الذي يحدد القدرات الأساسية اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية والتأهب لها ومراقبتها وكشف تفشيها على نحو فعال. ومع أن هناك عدة أسباب تكمن وراء ارتفاع مستويات عدم الامتنال لهذه المتطلبات في أوساط الدول الأطراف - بما فيها الافتقار إلى القدرة المالية والتقنية وإعطاء الأولوية لقضايا صحية متضاربة - فإن آلية اللوائح الصحية الدولية للرصد وضمان الامتنال هي آلية ضعيفة. وتتجلى مواطن الضعف هذه في محاور رئيسية ثلاثة. أولها أن الإبلاغ عن الامتنال يركز حصراً على التقييم الذاتي الذي تعده الدول الأطراف، واللوائح الصحية الدولية لا تنص في الوقت الحالي على آلية مناسبة لاستعراض تقارير الامتنال. وثانيها أن اللوائح الصحية الدولية لا توفر المساعدة المالية أو الدعم اللازم لتشغيل القدرات الأساسية. وثالثها أنه لا توجد أية جزاءات تطبق في حالة عدم الامتنال.

١٢٦ - وما يزيد الاتفاق القانوني للوائح الصحية الدولية ضعفاً هو غموضه النسبي في أوساط العديد من مسؤولي الصحة والتنمية. وقد علم الفريق، أثناء مداوالاته، أن العديد من رؤساء الدول أو الحكومات ليسوا على علم بوجود اللوائح الصحية الدولية وما نصت عليه من واجبات. وبالمثل، فإن متطلبات اللوائح الصحية الدولية ليست دائماً مدرجة في البرامج الصحية الموضوعة من جانب الحكومات الوطنية أو الشركاء أو حتى منظمة الصحة العالمية.

١٢٧ - وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أن الامتنال لمعايير الجودة ذات الصلة التي وضعتها المنظمة العالمية لصحة الحيوان في مجال الخدمات البيطرية هو امتثال يُرصد من خلال

عملية تقييمات مستقلة وخارجية. لذلك فإن استعراض معيار الامتثال للخدمات البيطرية أكثر صرامة من معيار الامتثال لخدمات الصحة البشرية. وهذا أمر غير مقبول.

١٢٨ - ويرى الفريق أن الامتثال لمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية أمر هام للغاية للاعتماد كلياً على نظام الإبلاغ الذاتي. وسيكون من الضروري إجراء عملية استعراض تتسم بمزيد من الموضوعية. ولهذا يوصي الفريق بإنشاء آلية استعراض دوري للامتثال لمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية في إطار جمعية الصحة العالمية (أو في إطار لجنة للجمعية منشأة خصيصاً لهذا الغرض). وفي ما يتعلق بالبلدان قيد الاستعراض، فإن التقييم الذاتي السنوي للامتثال سيُكمل بتقييم تعدد أمانة منظمة الصحة العالمية. وسيناقش بعد ذلك كل من تقرير التقييم في جمعية الصحة العالمية (أو لجنّتها المعينة خصيصاً لهذا الغرض)، حيث تتاح الفرصة لدول أطراف أخرى للتعليق عليهما. وستنبثق عن هذه العملية خطة عمل محددة التكاليف لتجاوز أي ثغرات محددة في إطار الامتثال.

١٢٩ - وينبغي ألا يقتصر هدف آلية الاستعراض على فرض الجزاءات، بل ينبغي أن يشمل تعزيز الوعي وتحقيق الامتثال. وبالنظر إلى أن أفقر البلدان في العالم هي أكثرها تعرضاً لتفشي الأمراض، فإن تنمية قدرات رقابية فعالة في هذه البلدان يعد أولوية خاصة. ومع ذلك، يرى الفريق من غير المعقول أن يُطلب إلى البلدان ذات الموارد المحدودة للغاية أن تطبق نظم مراقبة وكشف مبكر دقيقة وباهظة التكاليف دون مساعدة مالية و/أو تقنية، وأن الجهود التي بُذلت في الماضي للقيام بذلك قد أثبتت فشلها.

١٣٠ - ومن أجل اتباع سبل أفضل لتحفيز جميع الدول الأطراف على المشاركة في الاستعراض الدوري، ينبغي ربط الاستعراضات بضمانات المساعدة المالية والتقنية لمعالجة الفجوات المبيّنة في خطة العمل المحددة التكاليف، متى اقتضى الأمر ذلك (انظر التوصية ٢٣).

١٣١ - ويمكن للجهود المتضافرة المبذولة من الحكومات الوطنية وشركائها لتعزيز القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية أن تحقق، بمساعدة تقدم لها أثناء عملية استعراضية، الوفاء الكامل بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية بحلول عام ٢٠٢٠.

١٣٢ - وثمة علاقة وثيقة قائمة بين الوفاء بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية وتحسين النظم الصحية الأوسع نطاقاً. ويوصي الفريق بأنه متى حقق البلد غايته من حيث القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية، ينبغي أن توسع العملية الاستعراضية من نطاق تركيزها لتحسين أداء النظم الصحية ككل - بناء على توجيهات منظمة الصحة العالمية.

التوصية ٦

تعزّز منظمة الصحة العالمية استعراضها الدوري للوفاء بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية.

- تقوم الدول الأطراف، بالتشاور مع الجهات الفاعلة من غير الدول، بتزويد أمانة منظمة الصحة العالمية بتقييم كتابي سنوي لحالة تشغيل القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية
- يخضع كل بلد لاستعراض دوري على أساس التناوب، على أن تُستعرض جميع الدول الأطراف في اللوائح الصحية الدولية على مدى أربع سنوات
- في ما يتعلق بالبلدان قيد الاستعراض، تعد منظمة الصحة العالمية تقييماً ميدانياً مستقلاً لمدى الوفاء بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية، وتنسّقه، مع الاستعراضات الأخرى، حيثما أمكن ذلك
- يعرض كل من التقييم الذاتي للبلد والتقييم الذي تولت منظمة الصحة العالمية ترتيبه على جمعية الصحة العالمية (أو على لجنة تنشؤها الجمعية) للمناقشة
- في الاستعراض، يدعى أحد كبار ممثلي البلد للتعليق على التقريرين. وتتاح الفرصة أيضاً لأعضاء آخرين في جمعية الصحة العالمية للتعليق عليهما
- في غضون ثلاثة أشهر من الاجتماع، تضع أمانة منظمة الصحة العالمية لكل بلد خطة عمل محددة التكاليف على أساس المناقشات، باستخدام أداة منظمة الصحة العالمية لحساب التكلفة
- بناء على هذا الاستعراض، تتولى أمانة منظمة الصحة العالمية تجميع تقرير عام عن حالة تشغيل القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية على الصعيد العالمي، وتحدد استراتيجية تنفيذية تتضمن الاحتياجات من المساعدة الدولية
- ما إن تحقق الدولة الطرف الامتثال التام لمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية، تتوسع عملية الاستعراض الدوري لتشمل تقييماً أوسع نطاقاً للنظام الصحي في البلد بناءً على توجيهات من المقرر أن تضعها منظمة الصحة العالمية. ويشمل هذا التقييم إعادة النظر في مدى الامتثال لمتطلبات اللوائح الصحية الدولية في ما يتعلق بالقدرات الأساسية

باء - تعزيز القدرات التنفيذية لمنظمة الصحة العالمية

١٣٣ - كشفت تحقيقات الفريق، وتحقيقات فريق التقييم المؤقت المعني بوباء إيبولا وجهود الاستعراض الأخرى أيضاً، عن حدوث تأخر كبير في التصدي لتفشي مرض إيبولا وفي الإعلان عن اعتباره طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. وفي البداية، عجزت منظمة الصحة العالمية عن إدراك حجم تفشي الفيروس ومخاطر زيادة انتشاره. ورغم صدور تحذيرات عديدة، بما فيها من منظمة أطباء بلا حدود، واصلت منظمة الصحة الاستهانة بالخطر وتلكأت في الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. ويرى الفريق أن هناك حاجة ملحة لتعزيز قدرة المنظمة على التصدي بدرجة كبيرة.

١٣٤ - وأظهرت جلسات الاستماع التي أجراها الفريق أن وجود عدة عوامل متداخلة أسهمت في ضعف تصدي المنظمة لتفشي فيروس إيبولا في مرحله الأولى وتأخرها في الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً.

١٣٥ - فأولاً، تسبب غياب البيانات الموثوقة في استهانة منظمة الصحة وغيرها من المنظمات بحجم تفشي الفيروس. ولم تأخذ المنظمة في حسابها أن أعداداً كبيرة من الحالات الأولى للإصابة بمرض فيروس الإيبولا لم يبلغ عنها وأن جهود التصدي المبكرة شأها قصور شديد. ففي منتصف نيسان/أبريل ٢٠١٤ مثلاً، قيل إن السلطات في غينيا كانت ترصد ٦٧ شخصاً من أصل ٣٩٠ شخصاً من أولئك الذين عُرف عنهم آنذاك أنهم خالطوا مرضى حاملين لفيروس إيبولا. كما كان تعريف المخالطة في ذلك الوقت مُقيداً إلى حد الإفراط، فكان لا يشمل عادةً إلا أفراد أسرة المريض المقربين في مقابل طائفة من المخالطين المحتملين. ولم يتسن أيضاً تقدير النطاق الحقيقي لهذه الحالة الطارئة بدقة نتيجة للمقاومة الواسعة لمشاركة المجتمعات المحلية ولجهود هذه المجتمعات في التصدي للوباء، وكذلك قرار إحدى البلدان المتضررة بعدم الإبلاغ إلا عن الحالات المؤكدة مختبرياً. وافترضت الجهات المكلفة بأعمال التصدي لتفشي فيروس إيبولا على نحو خاطئ أنه سوف "يستهلك نفسه بنفسه" في غضون بضعة أسابيع، استناداً إلى التجارب الماضية في حالات تفشي أمراض سابقة تم احتواؤها فيها قبل أن تصيب أكثر من ٤٠٠ شخص. وأسهم هذا الافتراض في نشوء درجة من الرضا عن الوضع الراهن من جانب منظمة الصحة وغيرها من الجهات المشاركة في الاستجابة.

١٣٦ - وثانياً، زادت التخفيضات الأخيرة في الميزانية من تقويض قدرة منظمة الصحة العالمية على التصدي لحالات الطوارئ. فأنشطة التصدي التي تضطلع بها المنظمة في حالات الطوارئ تعتمد على التبرعات اعتماداً تاماً. وفي أعقاب الأزمة المالية العالمية، انخفضت

التبرعات المقدمة إلى المنظمة بمبلغ ٥٠٠ مليون دولار. وزاد تأثير أسعار الصرف من تفاقم الوضع، إذ أن موارد المنظمة القائمة بالأساس على دولار الولايات المتحدة فقدت ثلث قوتها الشرائية منذ عام ٢٠٠٦. وأثرت هذه التخفيضات بصفة خاصة على قدرة المنظمة على التأهب لحالات التفشي ورصدها والتصدي لها، حيث انخفض الإنفاق بأكثر من ٥٠ في المائة (من ٤٦٩ مليون دولار في ٢٠١٢/٢٠١٣ إلى ٢٢٨ مليون دولار في ٢٠١٤/٢٠١٥)، وانخفض ملاك الموظفين بدرجة كبيرة في المقر وفي المكتب الإقليمي لأفريقيا الذي يغطي البلدان المتضررة من فيروس إيبولا. وأخبر مدير مكتب المنظمة الإقليمي لأفريقيا الفريق بأن المبلغ الكلي المرصود في الميزانية لمكتبه انخفض من ٢٦ مليون دولار في ٢٠١٠/٢٠١١ إلى ١١ مليون دولار في ٢٠١٤/٢٠١٥. ونتيجة لذلك، اضطر المكتب الإقليمي إلى تقليص عدد أخصائييه المدربين على التصدي لحالات الطوارئ من ١٢ أخصائياً إلى ٣ أخصائيين.

١٣٧ - وثالثاً، ترسخت في منظمة الصحة العالمية منذ أمد بعيد ثقافة المنظمات التقنية المكلفة بإرساء المعايير الدولية والمساعدة على تنفيذها. ولم ترسخ لدى المنظمة ثقافة التصدي لحالات الطوارئ. فحتى أثناء تفشي فيروس إيبولا، كان عمل المنظمة غالباً ما يتركز في رصد البيانات الوبائية وإسداء المشورة إلى وزارات الصحة.

١٣٨ - ورابعاً، يخلق هيكل الإدارة المعقد في المنظمة التباساً بشأن الوحدة المفترض أن تتولى الدور القيادي في التصدي لحالات الطوارئ. وبالنسبة لحالات تفشي الأمراض التي تُصنّف ضمن حالات الطوارئ من الدرجة الثانية أو أعلى في إطار التصدي لحالات الطوارئ، يتولى مكتب المنظمة الإقليمي المعني مسؤولية التصدي لها، ويدعم المقر جهود المكتب بإيفاد خبراء وبتدابير أخرى. وفي المرحلة الأولى من أعمال التصدي لفيروس إيبولا، كان هناك أحياناً عدم وضوح بشأن المسؤول عن تحديد قيادة فريق التصدي وبشأن تشكيل الفريق ونمط نشره. وبصفة أعم، علم الفريق أن هيكل إدارة المنظمة - الذي لا يقوم فيه المدير العام بتعيين المديرين الإقليميين بشكل مباشر - يمكن أن يقوض قدرة المدير العام على قيادة الاستراتيجية والرقابة على أعمال جميع موظفي أمانة المنظمة. وأبلغ الفريق بأنه لا توجد اختصاصات عامة تنطبق على مديري المنظمة الإقليميين. وتقتضي الضرورة تبسيط هيكل المنظمة على غرار الوكالات الدولية الأخرى لضمان وجود تسلسل إداري واضح يكفل إسناد سلطة مباشرة للرئيس التنفيذي على المنظمة برمتها. ولا يمكن أن يتحقق هذا التبسيط بفعالية دون أن يكون للمدير العام سلطة مباشرة على الميزانية وعلى موظفي أمانة المنظمة.

١٣٩ - وخامساً، كانت المنظمة تراعي شواغل الحكومات المتعلقة بالآثار السلبية التي كان من المحتمل أن تترتب على الإعلان عن تفشي الأوبئة. وبينما تشترط اللوائح الصحية

الدولية على منظمة الصحة العالمية أن تتشاور مع البلد المتضرر قبل الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً، فإنها لا تشترط على البلد المتضرر أن يوافق على إعلان الحالة. وممانعة حكومات البلدان المتضررة من فيروس إيبولا في الاعتراف بأن الوباء وصل إلى درجة تقتضي إعلان هذه طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً كانت من العوامل المهمة التي أسهمت في اتخاذ المنظمة قرارها بتأخير إنشاء لجنة للطوارئ وتأخير الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. وتشير بعض التقارير إلى أن الرسائل الداخلية التي أعدها كبار مسؤولي المنظمة لعرضها على المدير العام نبهت إلى أن الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً استناداً إلى اللوائح الصحية الدولية "قد يُعتبر عملاً عدائياً في السياق الحالي ويمكن أن يعرقل التعاون بين المنظمة والبلدان المتضررة".

١٤٠ - وقد يكون قرار التأخير تأثر أيضاً ببعض الاعتبارات السياسية الأخرى. ففي عام ٢٠٠٩، تعرضت المنظمة لانتقادات حادة بسبب إعلانها أن جائحة الإنفلونزا التي تفشت في ذلك العام تشكل طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً بناءً على معلومات مبكرة عن قدرتها الإمبراضية، حيث اتضح في النهاية أن الفيروس لم يكن شديد الأمراض بالنسبة لمعظم الفئات السكانية. وعلاوة على ذلك، كانت المنظمة في أوائل عام ٢٠١٤ منخرطة بالفعل في مكافحة عدة حالات تفشي أوبئة وطوارئ كانت تستنزف مواردها المالية والبشرية. وتضمن ذلك حالات تفشي متلازمة الشرق الأوسط التنفسية في المملكة العربية السعودية، وإنفلونزا الطيور من السلالة A في الصين، وشلل الأطفال في الجمهورية العربية السورية التي مزقتها الحرب، وعدد من المشاكل الصحية المتعلقة بالتراخين الدائرين في جمهورية أفريقيا الوسطى وجنوب السودان. وبالنظر إلى الآثار المترتبة على تأخر التصدي لفيروس إيبولا، تتضح ضرورة تحسين التوازن بين مراعاة المنظمة لشواغل الدول الأعضاء وواجباتها بوصفها السلطة المسؤولة عن الصحة العامة على الصعيد العالمي. ولو كان المدير العام قد مارس دوراً قيادياً أقوى، لكان من الممكن تبكير بالإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً.

١٤١ - ونتيجة لما سبق ذكره من عوامل، لم تكن أعمال التصدي الأولية كافية، وتأخر الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً حتى ٨ آب/أغسطس ٢٠١٤، وبحلول ذلك الوقت كان أكثر من ٦٠٠ ١ شخص قد أصيبوا بالفعل.

١٤٢ - غير أنه حتى بعد الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً وتصاعد الاعتراف الدولي بحجم المشكلة، تعطلت أعمال التصدي الدولية بسبب مشاكل في التنسيق والتنفيذ.

١٤٣ - فأولاً، تباطأ وصول المساعدات الدولية رغم الالتزامات الهامة التي أعقبت الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً والاهتمام الإعلامي العالمي الذي نتج عن هذا الإعلان. ورغم التعهد بتقديم دعم مالي كبير، كان تخصيص الأموال ودفعها يستغرق عدة أسابيع في أغلب الأحيان. وساهم في هذا التأخير أن الرؤية لم تكن واضحة بشأن احتياجات البلدان وتوزيع المسؤوليات والتسلسل الإداري فيها.

١٤٤ - وثانياً، كان هناك عجز في عدد الموظفين الطبيين المؤهلين للتصدي للوباء. وأشار العديد من مقدمي الإسعافات الأولية إلى أن القيد الأكبر على أعمال التصدي لم يكن التمويل إنما الموظفون. فلم يكن يتوافر العدد الكافي من الأطباء ذوي الخبرة في مكافحة فيروس إيبولا لتشغيل العدد المطلوب من مراكز العلاج في البلدان الثلاثة المتضررة. ولئن كانت الأفرقة الطبية الأجنبية، بما فيها أفرقة من القارة الأفريقية، قد أدت دوراً هاماً في توفير الأطباء المؤهلين، فإن معظمها كان يحتاج إلى التدريب على تشغيل مراكز العلاج. وأفادت المنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة بأنه حتى الموظفين غير الطبيين لم يكونوا راغبين في العمل في البلدان المتضررة من فيروس إيبولا، وأن بعضهم رفض عرض التكليف المقدم إليه. وأشار الكثير من مقدمي الإسعافات إلى أن عدم وجود آلية تكفل الإجماع الطبي كان من أهم العوامل التي ثبّطت الموظفين عن المشاركة في جهود التصدي في البلدان المتضررة. وبالمثل، فإن المؤسسات الشريكة في الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها - وهي شبكة تضم المؤسسات الصحية العامة التي تتمتع بالقدرة على الاستعانة بأخصائيي الوبائيات المتمرسين وغيرهم من أفراد التصدي الذي يُمكن نشرهم لفترات قصيرة في حالة تفشي أي مرض - لم تكن لديها القدرة الكافية على تلبية طلبات النشر. وحتى أمانة المنظمة نفسها واجهت صعوبات في نشر أعداد كافية من الموظفين في غرب أفريقيا. وعند بدء تفشي فيروس إيبولا، كانت المنظمة بالفعل مستترفة بسبب تصديها في ذلك الوقت لثلاث حالات طوارئ إنسانية مختلفة من المستوى الثالث، فضلاً عن تصديها لأوبئة أخرى. واحتاجت المنظمة إلى عدة أشهر لزيادة جهود التوظيف بدرجة كبيرة، ونُشر الكثير من موظفيها الدوليين لفترات قصيرة فقط، مما أدى إلى ارتفاع معدل تبديل الموظفين.

١٤٥ - وثالثاً، كشفت طارئة إيبولا عدم كفاية القدرات التنفيذية لمنظمة الصحة العالمية. وحتى عندما اعترفت المنظمة بتصاعد الاحتياجات لأعمال التصدي، فإن لوائحها الإدارية الداخلية المتعلقة بالموارد البشرية والمشتريات والشؤون المالية لم تسهل النشر السريع للموظفين أو المواد اللازمة للتصدي لحالات الطوارئ. فمن ناحية التمويل، تمول جميع أنشطة التصدي لحالات الطوارئ التي تنفذها المنظمة في ما يتعلق بتفشي الأمراض من

التبرعات بشكل حصري. وهذا يعني أن جميع أنشطة التصدي الرئيسية تستلزم توجيه نداءات عاجلة للتمويل. وكان فريق الدعم التنفيذي الصغير الخاص بالشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها في المنظمة يعاني هو أيضاً من استنزاف موارده في تلبية طلبات النشر العاجل.

١٤٦ - ورابعاً، لم يكن من السهل دوماً شراء المواد الطبية الضرورية - بما فيها معدات الوقاية الشخصية مثل البزات والقفازات الواقية - وغيرها من الأصناف اللازمة لأعمال التصدي مثل السيارات والدراجات النارية (للطرق الصعبة) والخيام والأسرّة. وعلاوة على ذلك، فإن إجراءات إغلاق الحدود وتقييد التجارة والسفر التي كانت تُفرض من جانب واحد عطلت تدفق لوازم أعمال التصدي إلى البلدان المتضررة. وفي ظل إقدام العديد من الخطوط الجوية التجارية على تعليق رحلاتها الجوية، كان لا بد من استخدام الشبكات اللوجستية الخاصة العاملة في مجال العمل الإنساني. وبرزت تحديات النقل بصورة أكثر وضوحاً داخل البلدان المتضررة، حيث كانت الضرورة تقتضي الاعتماد على الطائرات المروحية في أغلب الأحيان نظراً لعدم وجود طرق ملائمة. وبالنظر إلى الطبيعة الشديدة العدوى للعينات المخبرية، فقد كان نقلها يطرح مصاعب خاصة.

١٤٧ - وخامساً، افتقرت جهود التصدي إلى الخبرات والمعارف المفيدة في تحديد الطرق الفعالة لاحتواء تفشي فيروس إيبولا بهذا الحجم. وكان هناك نقص في الأفراد الذين يتمتعون بخبرة في التعامل مع حالات تفشي إيبولا، وافتقار إلى المعايير والمبادئ التوجيهية التي يمكن توزيعها على المراكز الصحية ومقدمي الإسعافات. وحتى البلدان التي تتمتع بنظم صحية متقدمة لم تكن تطبق إجراءات معتمدة ملائمة في مجال الوقاية من العدوى ومكافحتها تكفل لها الحماية من فيروس إيبولا. وعلاوة على ذلك، فقد شكل اتساع نطاق تفشي الفيروس تحدياً إضافياً. ولم تكن الرؤية واضحة بشأن أفضل طريقة للتخطيط للتصدي بفعالية لوباء تفشي بالفعل في ثلاثة بلدان ويواصل تمدده. وبما أن تأسيس أو شراء مراكز العلاج والمختبرات كان يستغرق عدة أسابيع، فقد كان لا بد أن يتم التخطيط على أساس توقعات انتشار المرض في المستقبل، ثم يتم إدخال تعديلات منتظمة عليه وفقاً لما يستجد من تطورات. وفي أواخر أيلول/سبتمبر ٢٠١٤، أصدرت مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها دراسة تتوقع أن يتخطى عدد حالات الإصابة بفيروس إيبولا ١,٤ مليون حالة في البلدان الثلاثة المتضررة بحلول كانون الثاني/يناير ٢٠١٥. غير أن التغيرات السلوكية في أوساط المجتمعات المحلية، بالاقتران مع إجراءات التصدي الطبية الفعالة، حالت دون وصول هذا المرض إلى النسبة التي كانت متوقعة في البداية.

١٤٨ - وفي ظل هذه الخلفية، يوصي الفريق بتعزيز قدرات منظمة الصحة العالمية التنفيذية في مجال التصدي لحالات الطوارئ. ويجب تمكين أمانة المنظمة وتزويدها بما يلزمها من الموارد لكي تضطلع بالدور القيادي الذي أسندته إليها الدول الأعضاء. وكما جاء في دستور منظمة الصحة العالمية، يتمثل هدف المنظمة في:

العمل كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي، ... وإقامة تعاون فعال مع الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة والإدارات الصحية الحكومية والجماعات المهنية وغير ذلك من المنظمات، حسبما يكون مناسباً، والحفاظ على هذا التعاون. ومساعدة الحكومات، بناء على طلبها، في تعزيز الخدمات الصحية وتقديم المساعدة الفنية المناسبة، وفي حالات الطوارئ، تقديم العون اللازم بناء على طلب الحكومات أو قبولها.

١٤٩ - وعندما تنفشي الأمراض المعدية، يتطلع العالم إلى أن يرى المنظمة تقود جهود التصدي على الصعيد العالمي. غير أن المنظمة لم تبين حتى الآن القدرات التنفيذية اللازمة للارتقاء إلى مستوى هذه التطلعات. وكما ذكر أعلاه، فإن جزءاً من ذلك يُعزى إلى الثقافة التنظيمية، حيث كان الدور التاريخي للمنظمة يتمثل في إرساء المعايير. وبالإضافة إلى ذلك، فقد تلقت المنظمة دعماً غير كاف من الدول الأعضاء.

١٥٠ - ويحيط الفريق علماً بجهود الإصلاح التي اضطلع بها المدير العام للمنظمة منذ دورة مجلسها التنفيذي المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٥. وانطوت هذه الجهود الإصلاحية على إنشاء البرنامج المعني بإدارة تفشي الأمراض وحالات الطوارئ، بقيادة مدير تنفيذي برتبة نائب مدير عام. ولئن كان الفريق يرحب بهذه الجهود، فإنه يؤكد على ضرورة توحيد قدرات المنظمة التنفيذية في هيكل واحد للإبلاغ والقيادة والرقابة. وفي هذا السياق، فإن اقتراح فريق المنظمة للتقييم المؤقت لإيولا الداعي إلى إنشاء "مركز" يتناسب مع الغرض المطلوب تحقيقه أكثر منه من برنامج المنظمة. ولذلك، يوصي الفريق بإنشاء "مركز للتأهب والتصدي لحالات الطوارئ".

١٥١ - وينبغي أن يشتمل مركز التأهب والتصدي لحالات الطوارئ التابع للمنظمة على آلية مراقبة عالمية، علاوة على قاعدة بيانات علنية تجمع المعلومات عن الأحداث الصحية من خلال عملية إخطار رسمية ومن مصادر أخرى. وينبغي أن تكون هذه المعلومات متاحة للجمهور.

١٥٢ - وينبغي أن يبنى المركز قدرات تنفيذية كبيرة. ويجب أن تشمل هذه القدرات موارد بشرية جاهزة للنشر السريع - بما في ذلك الموظفين الطبيين ومقدمي الإسعافات الآخرين -

اللازمين لمواجهة الأزمات الصحية. وينبغي أيضاً توسيع وتعزيز الآليات القائمة، مثل الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها والأفرقة الطبية الأجنبية. وفي هذا السياق، يرحب الفريق بمبادرة المدير العام الرامية إلى تشكيل "قوة عمل صحية عالمية" ويحث على تنفيذها بسرعة. وينبغي أن يتلقى الموظفون المختارون تدريباً أساسياً على التصدي لحالات الطوارئ والوقاية من العدوى ومكافحتها، ليكونوا جاهزين للانتشار السريع دون أن يحتاجوا إلا في أضيق الحدود إلى تدريب إضافي خاص على مكافحة أمراض بعينها. ولتيسير سرعة النشر، ينبغي أن يضع المركز آليات لكفالة الإحلاء الطبي لجميع الموظفين المنشورين. وينبغي أن يضع المركز أيضاً إجراءات إدارية مبسطة تكفل الاضطلاع بعمليات التصدي لحالات الطوارئ.

١٥٣ - كما ينبغي أن يحدد المركز المواد الأساسية اللازمة لمواجهة حالات الطوارئ ويخزنها في مواقع استراتيجية (حسب الاقتضاء)، وأن يقيم شراكات مع مقدمي الخدمات اللوجستية لكي يتسنى له دعم النشر السريع لمقدمي الإسعافات والمواد الضرورية للغاية.

١٥٤ - وينبغي أن يضع المركز أيضاً خططاً تنفيذية وإجراءات معتمدة لمواجهة الأزمات الصحية وأن يقود الجهود الكلية لمواجهة الأزمات الصحية من خلال مجموعة الصحة. وفي الحالات التي تكون الأزمات الصحية هي الأسباب الجذرية لنشوء حالات طوارئ إنسانية أوسع نطاقاً، ينبغي أن يضطلع المركز بدور قيادي في تنسيق أعمال تصدّ شاملة مشتركة بين الوكالات (انظر التوصية ٨).

١٥٥ - وينبغي أن تكون مهمة المركز الأساسية هي الكشف المبكر عن حالات تفشي الأمراض المعدية وقيادة جهود تنفيذي سريع لمكافحتها - بالتعاون مع حكومات البلدان المتضررة - حتى لا تتفاقم وتتحول إلى حالات طوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي. وينبغي للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية والجهات الشريكة أن تعزز هذه الجهود بأن تدعم الاستجابات التي تضطلع بها المنظمة في حالات الطوارئ حتى قبل أن تتصاعد وتتحول إلى طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. ويجب أن يُزوّد المركز بما يكفي من الموظفين والموارد وينبغي أن يُموّل من الاشتراكات المقررة. ولضمان سرعة حصول المركز على الموارد اللازمة لدعم أعمال التصدي، ينبغي تمكين المركز من الاستفادة من موارد صندوق الطوارئ الذي أنشأته المنظمة حديثاً لتمويل جهود التصدي لحالات الطوارئ، وتزويده بالقدرة على إدارته. غير أن موارد الصندوق ينبغي أن تكون أيضاً متاحة لباقي الجهات المكلفة بالتصدي للأزمات الصحية. وينبغي أن يتاح للمركز الاستفادة من مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية التابع للبنك الدولي، عند الاقتضاء.

١٥٦ - وينبغي أن يُكَلَّف المركز أيضاً بمهمة الحسم في ما إذا كان تفشي المرض يتطلب الاضطلاع بجهود بحث وتطوير مُعَجَّلَة بشأن تدابير مكافحة الطيبة، مثل طرق التشخيص والعلاج واللقاحات، وينبغي أن يعمل مع الإدارة المعنية في منظمة الصحة العالمية بشكل وثيق من أجل تنسيق التدابير الرامية إلى دعم تلك البحوث.

١٥٧ - وينبغي أن يتلقى المركز الإرشادات من مجلس استشاري مستقل - يضم ممثلين عن منظمات أخرى في الأمم المتحدة عاملة في مجال التصدي لحالات الطوارئ والحكومات الوطنية والمنظمات غير الحكومية وباقي الشركاء المؤسسين - وذلك ضماناً لإثراء تقييمات المركز عن الأوضاع القائمة بمدخلات واسعة النطاق والحد من التقديرات الخاطئة أو التدخلات السياسية. وينبغي أن يتمكن أعضاء المجلس الاستشاري من الاطلاع على بيانات المراقبة الموجودة لدى منظمة الصحة العالمية، وينبغي أن يساهموا بمدخلات في تقييمات المركز وجهوده في مجال التصدي للأزمات.

١٥٨ - ولئن كان عمل الفريق قد انصب على حالات الطوارئ الناجمة عن أزمات صحية، فقد دعا مختلف الأطراف التي تحاور معها الفريق إلى أن تقوم منظمة الصحة العالمية بتعزيز دورها القيادي في مجموعة الصحة أثناء حالات الطوارئ الإنسانية، بما في ذلك من خلال زيادة شمولية المجموعة واستقلالها في التنسيق. ولذلك يجب أن يؤدي إنشاء المركز إلى تعزيز قيادة مجموعة الصحة وزيادة شموليتها واستقلالها.

التوصية ٧

تبادر منظمة الصحة العالمية فوراً بتعزيز دورها القيادي وبناء قدرة تنفيذية موحدة وفعالة.

- يحيط الفريق علماً بأن منظمة الصحة العالمية أنشأت البرنامج المعني بإدارة تفشي الأوبئة وحالات الطوارئ، ولكن في ضوء الحاجة إلى قيادة موحدة، يقترح الفريق أن يتحول هذا البرنامج إلى مركز للتأهب والتصدي لحالات الطوارئ وتحول له سلطة القيادة والرقابة
- وأن يكون هذا المركز بمثابة الآلية المركزية للقيادة والسيطرة في حالات الطوارئ الصحية. وينبغي تزويد المركز بما يكفي من التمويل والموظفين، مع وضع تسلسل واضح للسلطة داخل المنظمة
- وأن يتم إنشاء مجلس استشاري دائم لتوجيه المركز في ما يضطلع به من أنشطة. وينبغي أن يضم المجلس الاستشاري ممثلين عن هيئات الأمم المتحدة والحكومات

الوطنية والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الشريكة، من أجل التشجيع على اتباع نهج متعدد القطاعات

- وخلال الأزمات الصحية، ينبغي أن تُسند للمركز الصلاحيات الكاملة في ما يخص جهود التصدي التي تبذلها مجموعة الصحة ويتولى الاتصال الوثيق مع الحكومات وجميع الجهات الفاعلة
- وأن يستضيف المركز وحدة لإدارة نشر القوة العاملة، تشمل الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها وبرامج الأفرقة الطبية الأجنبية، لكي تتولى تنسيق أعمال القوة العاملة الصحية العالمية المعنية بحالات الطوارئ وإيفاد الخبراء والأفرقة الطبية الأجنبية، عند الاقتضاء
- وأن يضع المركز إجراء معتمداً شفافاً لتحفيز التصدي فوراً لتفشي أي وباء والدعوة إلى اتخاذ إجراءات سياسية عندما تظهر عقبات تعطل الإجراءات الدولية أو تمنعها.
- وأن يضم المركز أيضاً قاعدة بيانات علنية تقوم بجمع البيانات العامة عن الأحداث الوبائية وإدارتها وتحليلها على الصعيد العالمي. وأن يكون المركز مسؤولاً عن إتاحة هذه البيانات للجمهور في حينها
- وأن يدير المركز صندوق الطوارئ المقترح لمنظمة الصحة العالمية، وأن تتاح له الاستفادة من مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية
- وأن يتعاون المركز مع إدارة النظم الصحية والابتكار بمنظمة الصحة العالمية تعاوناً وثيقاً في ما يتعلق بالبحث والتطوير في مجال الأزمات الصحية
- وأن يضع المركز، بالتعاون مع اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، إجراءات تشغيل موحدة للجهات الفاعلة في مجال تقديم المساعدة الإنسانية أثناء الأزمات الصحية

جيم - تعزيز التنسيق على نطاق منظومة الأمم المتحدة في مجال الاستجابة العالمية للأزمات الصحية

١٥٩ - إلى جانب استجابة منظمة الصحة العالمية، كشفت أزمة فيروس إيبولا أيضاً عن عدم وجود اتساق وتنسيق في منظومة الأمم المتحدة ككل.

١٦٠ - فأولاً، لم يكن ثمة آلية راسخة مشتركة بين الوكالات للاستجابة للأزمات الصحية ذات التأثيرات المتعددة الأبعاد. وعادة ما يُفعّل نظام مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين

الوكالات، الذي يقوم مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية بتنسيق عمله، للاستجابة للأزمات الإنسانية الواسعة النطاق. وفي حالة أزمة فيروس إيبولا في عام ٢٠١٤، جرى النظر في آلية اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لكن الاختيار لم يقع عليها في نهاية المطاف لعدة أسباب. وتشمل هذه الأسباب أن تفشي فيروس إيبولا اعتبر في البداية أزمة صحية وليس أزمة إنسانية، وهو اعتقاد ترسخ من جراء قرار منظمة الصحة العالمية عدم إثارة المسألة مع الأعضاء الرئيسيين في اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (رؤساء الوكالات) في مرحلة مبكرة. كما أن أعداد المصابين في الأيام الأولى لأزمة فيروس إيبولا كانت صغيرة نسبياً مقارنة بحجم الحالات في الأزمات الإنسانية الأخرى.

١٦١ - وقدمت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية أول إحاطة إلى اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن أزمة فيروس إيبولا في اجتماع عقد في آب/أغسطس ٢٠١٤. ورأى الأعضاء الرئيسيون في اللجنة الدائمة أنه ينبغي لمنظمة الصحة العالمية، باعتبارها الوكالة الرائدة المعنية بالصحة، أن تأخذ زمام المبادرة في التصدي للأزمة. ولم يكن هناك قرار بتفعيل مستوى أوسع نطاقاً للاستجابة الإنسانية. غير أن الاستجابة البطيئة من جانب منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك نشرها البطيء للموظفين، دفعت إلى التساؤل بشأن قدرتها على توفير القيادة المطلوبة. وعلاوة على ذلك، ومع تطور الأزمة، أصبح من الواضح أنهما تتضمن عدداً من الأبعاد الأخرى بالإضافة إلى الصحة - مثل توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع، والتعليم، والأمن الغذائي - وأن منظمة الصحة العالمية لن تكون بالتالي قادرة وحدها على تنسيق الاستجابة العامة. وخلص أيضاً أعضاء اللجنة الدائمة - وجهات أخرى - إلى أنه ينبغي، بالنظر إلى المعدل الذي كان الوباء يتطور به، إنشاء نظام استجابة متسلسل ذي قيادة قادرة على توفير القيادة والتحكم المباشرين. وهذا النظام مختلف بشكل كبير عن نظام مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

١٦٢ - وفي خضم حالات التأخير في الاستجابة، ومع اتساع نطاق تفشي المرض بسرعة تفوق الجهود الرامية إلى احتوائه، أُقرّ بأن ثمة حاجة إلى زيادة سريعة في حجم الاستجابة. وبعد التشاور مع المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية، في ١٧ أيلول/سبتمبر ٢٠١٤، أعلن الأمين العام عزمه على أن ينشئ فوراً بعثة الأمم المتحدة للتصدي للعاجل لفيروس إيبولا، وهي أول بعثة تنشئها الأمم المتحدة لمواجهة حالات الطوارئ في مجال الصحة. ورحبت الجمعية العامة بمقترح إنشاء البعثة في قرارها ١/٦٩ الذي اتخذته في ١٩ أيلول/سبتمبر ٢٠١٤.

١٦٣ - وعلم الفريق في المشاورات التي أجراها أن إنشاء البعثة تحت القيادة الشخصية للأمين العام أدى دورا هاما في زيادة الاهتمام في جميع أنحاء العالم بأزمة فيروس إيبولا ودعم الحكومات ووكالات الأمم المتحدة والجهات الفاعلة الأخرى لتحفيز استجابتها للأخذ بطريقة العمل الخاصة بحالات الطوارئ. وبينما استمرت الوكالات الرائدة، بما فيها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية، بتنفيذ معظم الاستجابة التنفيذية للأمم المتحدة، ساعدت بعثة الأمم المتحدة للتصدي العاجل لفيروس إيبولا في وضع قاعدة تشغيلية مشتركة للاستجابة. وفي البلدان المتضررة، عزى الفضل للمسؤولين الإداريين لأزمة فيروس إيبولا التابعين للبعثة في دعوة الجهات الفاعلة والشركاء على الصعيد القطري للاجتماع، والعمل على الصعيد السياسي، وضمان اتباع نهج شامل يقوم على الملكية الوطنية. وأدخلت البعثة في الاستجابة منظورا إقليميا كانت تشتد الحاجة إليه وتكثر الدعوات للأخذ به. وقد أتاح ذلك للبعثة دعم نقل الأصول المستخدمة في الاستجابة عبر الحدود الوطنية. وعلاوة على ذلك، اعتبر الدعم اللوجستي المقدم من برنامج الأغذية العالمي بتنسيق من البعثة عاملا حاسما في مضاعفة الأثر المتوخى من الاستجابة.

١٦٤ - غير أن الفريق سمع أيضا انتقادات للبعثة. فقد أشار عدد من الجهات المستجيبة إلى أن البعثة أخذت وقتا طويلا لتصبح في مرحلة التشغيل الكامل وتتولى دورها التنسيقي. وعلى وجه الخصوص، واجهت البعثة صعوبات في نشر ما يكفي من الموظفين من ذوي المهارات المتخصصة المطلوبة في الوقت المناسب. وأشار أيضا إلى أن إضافة هيكل جديد على استجابة كانت قيد التنفيذ لم تنح للبعثة الاستفادة الكافية من الآليات والهياكل والدراية الفنية القائمة، سواء أكانت تابعة للأمم المتحدة أو للبلدان. واعتُبرت مساهمة البعثة ذات فعالية قصوى عندما كفلت الأخذ بالتنسيق التعاوني ويسّرت القيام به، مثلها مثل منسق شؤون إنسانية متمكن. وعلاوة على ذلك، أشار البعض إلى أن موقع مقر البعثة في غانا وافتقارها إلى الوجود الميداني في بداية عملها في البلدان المتضررة أدّى إلى تقويض قدرتها على تنسيق استجابة فعالة. وأشار عدد من الجهات المستجيبة الميدانية إلى أنها لم تقم أي اتصال مع البعثة. ومع ذلك، كان قرار إنشاء مقر خارج البلدان المتضررة طبيعيا في ضوء التوقعات الأولية بتطور المرض ووجود قيود مفروضة على الرحلات الجوية في المنطقة.

١٦٥ - ويرى الفريق أن إنشاء الأمين العام للبعثة أسهم إسهاما قيما في تعزيز الاستجابة العالمية لمواجهة إيبولا في ذروة الأزمة. إلا أن تجربة البعثة أبرزت أيضا التحديات التي ينطوي عليها إنشاء آلية تنسيق جديدة في خضم أزمة من الأزمات، وهي تؤكد الحاجة إلى الاعتماد

على آليات التنسيق القائمة أو المتفق عليها مسبقاً، مثل آلية نظام مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، للتعامل مع الأزمات. وعند الحاجة، ينبغي تكييف هذه الآليات مع طبيعة الأزمات.

١٦٦ - وبالتزامن مع إنشاء البعثة، عيّن الأمين العام أيضاً مبعوثه الخاص المعني بفيروس إيبولا لتوفير التوجيه على صعيدي الاستراتيجية والسياسات للتصدي لفيروس إيبولا وتخفيف الدعم المقدم من الجهات المانحة الدولية. وعلم الفريق في المشاورات التي أجراها أن المبعوث الخاص أدى دوراً هاماً في تحديد الاحتياجات المالية، وجمع الأموال لصالح التصدي لفيروس إيبولا، وتيسير التنسيق المنتظم بين الجهات المستجيبة الدولية في جميع أنحاء العالم. وساعد تعيين المبعوث الخاص كذلك في الحفاظ على الاهتمام السياسي بالأزمة.

١٦٧ - ولضمان استجابة قوية وجيدة التنسيق على نطاق المنظومة للأزمات الصحية في المستقبل، يوصي الفريق بإنشاء تسلسل إداري واضح وبرتوكولات جلية لتنظيم التعاون فيما بين وكالات الأمم المتحدة. وعلى وجه الخصوص، يرى الفريق أن من شأن التدابير المبينة أدناه أن تكفل تحقيق المزيد من الاتساق.

١٦٨ - وحيثما أمكن، ينبغي استخدام نظام مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لضمان التنسيق المشترك بين الوكالات عند الاستجابة لحالات الطوارئ. ويشمل ذلك الأزمات الناجمة عن حالات تفشي الأمراض المعدية. وإذا حدث تفشي لأحد الأمراض المعدية في إطار حالة طوارئ أوسع نطاقاً ناجمة عن نزاع ما أو كارثة طبيعية، كما هو الحال في أحيان كثيرة، ينبغي أن تقود مجموعة الصحة، بقيادة منظمة الصحة العالمية، الاستجابة الصحية، بحيث تقدم التقارير إلى منسق الشؤون الإنسانية المعين من قبل الأمين العام.

١٦٩ - ومع ذلك، قد تكون هناك حالات، من قبيل الحالة الممكنة لتفشي وباء الإنفلونزا، حيث تشكل الأزمة الصحية السبب الجذري لحالة الطوارئ الإنسانية. وبالنظر إلى ضرورة أن تحدد الاستجابة الصحية شكل الاستجابة الشاملة للأزمة في هذه الحالات، قد تود اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات أن تولي القيادة العامة للاستجابة المشتركة بين الوكالات إلى منظمة الصحة العالمية، من خلال نظام المجموعات. وعندما تحدث هذه الحالات، ينبغي للأمين العام أن يعين المدير التنفيذي للمركز التابع لمنظمة الصحة العالمية منسقا لحالة الطوارئ يقدم التقارير إليه، مما يتيح لذلك المركز الإشراف على الاستجابة الصحية المباشرة بوصفه قائد مجموعة الصحة، إضافة إلى كونه المنسق العام للاستجابة الإنسانية الأعم.

١٧٠ - ويوصي الفريق أيضا بأن تستعرض اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات نظام المجموعات من أجل تعزيز فعاليته وقدرته بوصفه آلية تنسيق في حالات الطوارئ، ولا سيما في سياق الأزمات الصحية.

١٧١ - ولكفالة المشاركة والالتزام السياسيين على الصعيد العالمي خارج القطاع الصحي، يوصي الفريق كذلك بأن تقوم المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية في حالة الأزمات الصحية مثل فيروس إيبولا بتقديم تقارير بشكل رسمي ومنتظم إلى الأمين العام للأمم المتحدة عن الاستجابة للأزمة. ومن شأن ذلك أن يساعد الأمين العام في استخدام مساعيه الحميدة من أجل دعم الجهود المبذولة في الاستجابة العالمية.

التوصية ٨

في حالة حدوث تفشي من الدرجة ٢ أو الدرجة ٣ غير مصنف مسبقا كحالة طوارئ إنسانية، سيجري تفعيل تسلسل واضح للقيادة على نطاق منظومة الأمم المتحدة.

- تقدم المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية تقارير إلى الأمين العام للأمم المتحدة عن الاستجابة
- يقدم المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية تقاريره مباشرة إلى المدير التنفيذي للمركز التابع لمنظمة الصحة العالمية لضمان اتساق النظام بأكمله
- سيتولى المنسق في حالات الطوارئ التابع للأمين العام منصب المدير التنفيذي للمركز، الذي يكلف بقيادة استجابة مشتركة بين الوكالات، إذا لزم الأمر
- بالنظر إلى أن منظمة الصحة العالمية هي الوكالة التنفيذية الرائدة المعيّنة في الاستجابة للأزمات الصحية، ينبغي للأمين العام أن يكفل الجاهزية الكاملة لنظام مجموعات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لدعم المنسق في حالات الطوارئ في قيادة استجابة مشتركة بين الوكالات، إذا لزم الأمر
- يُستعرض اختصاص اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، بما في ذلك نظام المجموعات، لتعزيز التماسك وحسن التوقيت والتنسيق والقدرة فيما يتعلق بمعالجة الأزمات الصحية

١٧٢ - وكشف تفشي فيروس إيبولا أيضا عن أن تصنيفات حالات الطوارئ القائمة في قطاعي الصحة والشؤون الإنسانية غير متسقة ويمكن أن تؤدي إلى حالات سوء فهم. فعلى سبيل المثال، تميز مراحل الأوبئة بحسب منظمة الصحة العالمية بين حالات تفشي الأمراض في

ست مراحل، حسب النطاق وطريقة الانتقال. وبالمثل، يحدد إطار منظمة الصحة العالمية للاستجابة في حالات الطوارئ ثلاث درجات لحالات الطوارئ الصحية ويصف توزيع مسؤوليات المنظمة في كل حالة. وأيضاً بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية، تتيح اللوائح الصحية الدولية الإعلان عن طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً دولياً. وفي نظام المساعدة الإنسانية الأوسع، يتألف إطار اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لتصنيف حالات الطوارئ الإنسانية من ثلاثة مستويات، ينطوي كل منها على أثر مختلف فيما يتعلق بتعبئة الاستجابة. وقد أسهم عدم معرفة النظم الأربعة، بالإضافة إلى التباس المصطلحات، في نشوء حالات سوء فهم بين القطاعين الصحي والإنساني في المراحل الأولى من التصدي لفيروس إيبولا. ولذلك، يرى الفريق أنه ينبغي بذل الجهود للمواءمة بين مختلف نظم تصنيف حالات الطوارئ. وعلى وجه الخصوص، ينبغي أن تؤدي كل حالة طوارئ صحية مصنفة كحالة طوارئ من الدرجة ٢ أو الدرجة ٣ وفق إطار منظمة الصحة العالمية للاستجابة في حالات الطوارئ تلقائياً إلى الشروع بإجراء تقييم مشترك بين الوكالات للآثار المحتملة في المجال الإنساني.

التوصية ٩

يستهل الأمين العام تكامل نظامي الإعلان عن وجود أزمات إنسانية وصحية.

- بآثر فوري، تؤدي كل أزمة صحية مصنفة في الدرجة ٢ أو الدرجة ٣، وفق إطار منظمة الصحة العالمية للاستجابة في حالات الطوارئ، تلقائياً إلى الشروع بإجراء تقييم مشترك بين الوكالات متعدد القطاعات

خامساً - المسائل الشاملة

١٧٣ - بالإضافة إلى المسائل المتعلقة بالتأهب والاستجابة على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي، حدد الفريق أيضاً عدداً من المسائل الشاملة الرئيسية التي تحتاج إلى المعالجة من أجل تعزيز الاستجابة العالمية للأزمات الصحية.

ألف - التنمية والصحة

١٧٤ - يتمثل أحد المواضيع المتكررة في هذا التقرير في أن البلدان الأشد تضرراً من الأمراض المعدية تواجهها طائفة من التحديات فيما يتعلق بالقدرات تتجاوز نطاق الصحة. ففي عام ٢٠١٤، كانت البلدان الثلاثة الأكثر تضرراً من فيروس إيبولا حديثة العهد بالخروج من النزاع. وظلت سيراليون وليبيريا تتسمان بالهشاشة بعد انتهاء الحرب الأهلية التي

تجاوزت مدتها عقدا من الزمن، في حين شهدت غينيا توترات سياسية كبيرة وقلقل مدنية في عام ٢٠٠٨. وبالإضافة إلى ذلك، تدرج البلدان الثلاثة ضمن فئة أقل البلدان نموا في العالم البالغ عددها ٤٨ بلدا، إلى جانب ٣١ من البلدان الأخرى في أفريقيا، و ٩ بلدان في آسيا، و ٤ بلدان في أوقيانوسيا، وبلد واحد في الأمريكتين. ويندرج أيضا ضمن هذه الفئة كل من جمهورية الكونغو الديمقراطية وأوغندا، اللتين شهدتا أزمات ناتجة عن الإصابة بفيروس إيبولا فيما مضى. وفي عام ٢٠١٤، بلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي السنوي في غينيا وليبيريا وسيراليون ٥٤٠ دولارا و ٤٥٨ دولارا و ٧٦٦ دولارا على التوالي، مما جعل هذه البلدان الثلاثة تدرج ضمن أفقر ٢٠ بلدا، وهي البلدان التي توافرت بيانات بشأنها. وتخفي هذه المتوسطات تفاوتات كبيرة في الدخل. ففي غينيا، تعيش نسبة ٣٥ في المائة من السكان في فقر مطلق^(٦) (٢٠١٢). وفي ليبيريا وسيراليون، تبلغ تلك النسبة ٦٩ في المائة (٢٠٠٧) و ٥٢ في المائة (٢٠١١)، على التوالي.

١٧٥ - وبالإضافة إلى انخفاض المؤشرات الاقتصادية، تعاني العديد من هذه البلدان أيضا من عدم كفاية البنية التحتية والخدمات الاجتماعية. ويفتقر أكثر من ٣٠ في المائة من سكان المناطق الريفية إلى إمكانية الحصول على المياه الصالحة للشرب، ويفتقر ٤ من أصل كل ٥ أشخاص إلى مرافق الصرف الصحي الأساسية. ويعاني ثلث الأطفال دون سن الخامسة من توقف النمو نتيجة نقص التغذية. ولا يُتَم أكثر من ٣٠ في المائة من الأطفال التعليم الابتدائي، وأقل من نصف البالغين ملّمون بالقراءة والكتابة. وكما سبق بيان ذلك، فإن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الجيدة في هذه البلدان الثلاثة محدودة للغاية. ونتيجة لهذه التحديات، يبلغ متوسط العمر المتوقع بالنسبة لجيل المواليد الحالي ٦٠ عاما في ليبيريا و ٥٠ عاما في سيراليون.

١٧٦ - وفي حين يمكن أن تظهر مسببات أمراض جديدة وخطيرة في أي بلد في العالم، فإن سوء الأوضاع المعيشية يعني أن البلدان النامية تكون في كثير من الأحيان معرضة بشكل خاص لتفشي الأمراض المعدية. وكثيرا ما ينتهك التوسع الحضري والإنتاج الزراعي حرمة الموائل الطبيعية للحيوانات بدرجة عميقة، مما يعرض السكان لخطر الأمراض الحيوانية المصدر.

١٧٧ - وبعد ظهور أي مرض، يساعد الافتقار إلى المرافق الصحية الأساسية وضعف النظم الصحية وقلة المنعة لدى السكان على تفاقم انتشار المرض بسرعة. ويتعذر على الكثير من

(٦) يعرف الفقر المطلق بأنه العيش على أقل من ١,٩٠ دولار بأسعار عام ٢٠١١ (تعادل القوة الشرائية).

السكان الاستفادة من الرعاية الوقائية الأساسية - مثل تحصين الأطفال وزيارات الطبيب العادية والتوعية بالنظافة - لا سيما في المناطق الريفية. وبالمثل، فإن الافتقار إلى موظفين طبيين أكفاء وإلى المعدات الأساسية والأدوية يحول العديد من الأمراض التي يمكن علاجها إلى أمراض قاتلة. وكما يتبين من تفشي فيروس إيبولا في عام ٢٠١٤، تؤدي هذه الظروف أيضاً إلى زيادة احتمال انتقال العدوى في المرافق الصحية وتعوق فعالية التصدي لتفشي المرض.

١٧٨ - وفي حين أن التحديات المتصلة بالفقر تجعل أقل البلدان نمواً أكثر عرضة للأمراض المعدية، فإنها تقوض أيضاً قدرة هذه البلدان على بناء نظم صحية فعالة وتستجيب للاحتياجات. وعلم الفريق أنه في البلدان الثلاثة الأكثر تضرراً من فيروس إيبولا، تُخصَّص نفقات حكومية لقطاع الصحة بنسبة تقل بكثير عن نسبة ١٥ في المائة الموصى به في إعلان أبوجا. وبالمثل، فإن الإنفاق العام السنوي على الصحة للفرد الواحد يقل عن خمس الحد الأدنى الموصى به فيما يخص الرعاية الصحية الأولية. وفي حين التزمت عدة بلدان مراراً وتكراراً بتحقيق مجموعة من الأهداف الطموحة فيما يتصل بالإنفاق على الرعاية الصحية، هناك حالياً قلة فقط من البلدان التي تنفق أكثر من الحد الأدنى الموصى به للفرد الواحد. ويبحث الفريق جميع البلدان على أن تعيد النظر في أولويات الإنفاق لديها بهدف زيادة مخصصات الميزانيات الوطنية لقطاع الصحة بهدف الوصول إلى الحد الأدنى الموصى به، وهو ما سيساعد أيضاً في تحقيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية. وفي نفس الوقت، ستحتاج العديد من البلدان النامية إلى مساعدة كبيرة من الشركاء من أجل تعزيز نظمها الصحية.

١ - تحقيق أهداف التنمية المستدامة

١٧٩ - في مؤتمر قمة الأمم المتحدة لاعتماد خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، تعهد المجتمع الدولي بتحقيق ١٧ هدفاً من أهداف التنمية المستدامة و ١٦٩ غاية، يندرج العديد منها في مجال الصحة (انظر قرار الجمعية العامة ١/٧٠). وقد التزم رؤساء الدول والحكومات على وجه التحديد بما يلي:

- "وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام ٢٠٣٠" (الهدف ٣-٣)

- ”تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية“ (الهدف ٣-د)
- ”دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقا لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية“ (الهدف ٣-ب)

ودعما لبناء النظم الصحية، فيما يلي الالتزامات المقطوعة فيما يتعلق بأهداف التنمية المستدامة:

- ”تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة“ (الهدف ٣-٨)
- ”زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة“ (الهدف ٣-ج)

١٨٠ - وفي ظل هذه الخلفية، يبحث الفريق جميع الدول الأعضاء على تحقيق أهداف التنمية المستدامة، لا سيما في مجال الصحة. كما يلاحظ أن خطر الأزمات الصحية الناجمة عن الأمراض المعدية قد تم إقراره في الهدف ٣-٣، ويبحث الدول الأعضاء على كفالة أن يراعى في عملية رصد تلك الأهداف ومتابعتها تلبية متطلبات تحقيق القدرات الأساسية اللازمة. بمقتضى اللوائح الصحية الدولية باعتبارها عنصرا حاسما في منع تفشي الأمراض المعدية.

التوصية ١٠

يجب على المجتمع الدولي الوفاء بالالتزامات المقطوعة في سبيل تحقيق أهداف التنمية المستدامة، مع التركيز بوجه خاص على أهداف قطاع الصحة.

- ينبغي للجنة الإحصائية، في المداولات التي تجريها بشأن مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، أن تنظر في قياس مدى تلبية متطلبات تحقيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية وتعزيز النظم الصحية في مجملها بوصفها مؤشرات لمدى تحقيق الأهداف الصحية ضمن أهداف التنمية المستدامة

٢ - تعزيز النظم الصحية

١٨١ - خلال السنوات الأربع الماضية، ظلت المساعدة الإنمائية الدولية المقدمة لقطاع الصحة ثابتة عند مستوى يناهز ٣٥ بليون دولار في السنة. ومع ذلك، فإن الجزء الأكبر من هذه الأموال يخصص للبرامج الرأسية المخصصة لمؤشرات صحة بعينها. وهذه البرامج كثيرا ما تعمل بالتوازي مع نظام الصحة العامة، وتتولى أحيانا بناء بنية تحتية مستقلة للرعاية الصحية بتكلفة كبيرة. ويمكن أن تفضي هذه البرامج إلى نتائج جيدة من حيث تحقيق أهداف محددة (مثل الحد من الوفيات النفاسية ووفيات الأطفال أو تقديم العلاجات المضادة للفيروسات العكوسة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية)، إلا أن عملها يقتصر على منطقة واحدة وتعود في الغالب بفوائد عرضية محدودة على نظام الرعاية الصحية ككل. وعلاوة على ذلك، وبسبب توفير رواتب ومنافع أفضل، تؤدي البرامج الصحية الرأسية في كثير من الأحيان إلى تقويض نظم الصحة العامة ككل عن طريق اجتذاب الموظفين المدربين ودفعهم إلى مغادرة وظائف القطاع العام.

١٨٢ - وفي هذا السياق، فإن تخصيص نسبة أكبر من التمويل المحلي والدولي لتعزيز النظم الصحية يمكن أن يعود بفوائد إضافية أوسع نطاقا، بما في ذلك جمع الإحصاءات الصحية الحيوية (بما في ذلك تسجيل المواليد والوفيات)، وتعزيز حملات التحصين، وكفالة متابعة أكثر شمولاً للمرضى. وفي ظل هذه الخلفية، يرى الفريق أن الشركاء ينبغي لهم أن يوجهوا نسبة أكبر مما يقدمونه من مساعدة إنمائية رسمية لتعزيز النظم الصحية.

١٨٣ - ولتعزيز النظم الصحية بفعالية، ينبغي أن يقدم الشركاء حصة أكبر من المعونة الموجهة لقطاع الصحة عن طريق الحكومات الوطنية، لأن هذه الكيانات هي الأقدر على تنسيق عملية إنشاء النظم الصحية الوطنية. ويصعب الحصول على الأرقام الخاصة بدعم الميزانية، إلا أن البيانات المتاحة تبين أن حوالي ثلثي المساعدة الإنمائية لأغراض وضع البرامج الصحية جرى تخصيصها حتى الآن للبرامج الرأسية، وبذلك لا تجتهد الحكومات موارد تذكر لتخصصها للأولويات الوطنية. ولم يُخصَّص لتعزيز النظم الصحية وللترويج للنهج الشاملة لعدة قطاعات سوى نسبة ٦ في المائة من تلك المساعدة، حسبما أفادت به التقارير. ومن شأن تقديم نسبة أكبر من التمويل للبلدان عن طريق دعم الميزانية أن يمكن الحكومات الوطنية

من توجيه التمويل إلى حيث تشتد الحاجة إليه وتعزيز الجهاز الذي تركز عليه نظم الرعاية الصحية لديها. ومع ذلك، أبلغ العديد من الشركاء الفريق بترددهم في زيادة دعم الميزانية بسبب أوجه الضعف التي تعترى، في تصورهم، الحوكمة ونظم الإدارة المالية في البلدان الأقل نمواً من الناحية الاقتصادية والبلدان الضعيفة. وفي نفس الوقت، تزعم البلدان المستفيدة أن معايير الحوكمة والإدارة المالية غير واضحة وأنها تتغير في كثير من الأحيان.

١٨٤ - ويلاحظ الفريق أيضاً أن المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية العاملة في البلدان النامية ينبغي أن توائم أنشطتها مع الخطط الوطنية الشاملة وأن تعمل في ظل الشفافية الكاملة. وقد استمع الفريق إلى شواغل بعض الحكومات التي تفيد بأنها لم تكن على علم ببعض الأنشطة التي تضطلع بها المنظمات غير الحكومية في بلدانها. ولضمان الكفاءة في تخصيص الموارد، ينبغي للشركاء أيضاً أن يلزموا المنظمات غير الحكومية بأعلى معايير الحوكمة الرشيدة والإدارة المالية السليمة.

التوصية ١١

أن يواصل الشركاء ما يقدمونه من مساعدة إنمائية رسمية لقطاع الصحة وأن يوجهوا نسبة مئوية أكبر لتعزيز النظم الصحية في ظل خطة حكومية متفق عليها.

- توجه المساعدة الإنمائية الرسمية بصورة استراتيجية لوضع خطة خمسية تدريبية في حدود الميزانية لتعزيز النظم الصحية
- تتسم معايير الشفافية والحوكمة الرشيدة في الإدارة المالية بالوضوح والاتساق
- تعمل المنظمات غير الحكومية بنفس القدر من الشفافية والحوكمة الرشيدة المتوقع من الحكومات الوطنية

٣ - تكملة النظم الصحية بالبرامج الإنمائية

١٨٥ - حتى النظم الصحية القوية يمكن أن تقوّض بفعل التحديات الأوسع التي تواجه التنمية. واعتبر العديد من المحاورين عدم كفاية المياه ومرافق الصرف الصحي، والطاقة، والاتصالات، والنقل وشبكات الطرق، على أنها عقبات رئيسية تحول دون تحسين الخدمات الصحية.

١٨٦ - وفي هذا السياق، يوصي الفريق بتحقيق مزيد من التكامل بين جهود التنمية، وذلك بهدف دعم تعزيز النظم الصحية في البلدان النامية، لا سيما في المجتمعات الريفية، حيث تكون فرص الحصول على الرعاية الصحية محدودة للغاية. فعلى سبيل المثال، ينبغي

دعم البرامج الرامية إلى إنشاء وصيانة مراكز صحية ريفية بمشاريع تكميلية في مجال الكهرباء والمياه والصرف الصحي، أو بتوسيع الهياكل الأساسية لضمان زيادة فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

التوصية ١٢

أن تتعاون منظمة الصحة العالمية تعاوناً وثيقاً مع الجهات الفاعلة في مجال التنمية لضمان أن تؤدي البرامج الإنمائية إلى دعم النظم الصحية، ومن ثم إلى المساعدة على تحسين فرص حصول الجميع بشكل منصف على خدمات الرعاية الصحية الجيدة.

باء - البحث والتطوير

١٨٧ - إن اكتشاف وإنتاج اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص الجديدة أمر بالغ الأهمية للوقاية من الأزمات الناجمة عن الأمراض المعدية والاستجابة لها. وخلال القرن الماضي، أدت الاكتشافات في مجال البحوث الطبية إلى تخفيض كبير في معدلات الأمراض والوفيات الناجمة عن أمراض عديدة، بما فيها داء الكلب، وشلل الأطفال، والحصبة، والحميراء، وقضت على أمراض أخرى بما في ذلك الجدري. وفي الماضي القريب، أتاحت بعض المبادرات التي اتخذها التحالف العالمي للقاحات والتحصين، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وجهات أخرى، زيادة إمكانية الحصول على لقاحات لإنقاذ حياة الكثيرين في البلدان النامية.

١٨٨ - ومع ذلك، لم يُكرّس سوى قدر قليل جداً من البحث والتطوير لمعالجة العديد من الأمراض المعدية التي تصيب بشكل رئيسي البلدان النامية ويمكن أن تخلق أزمة صحية. ولدى منظمة الصحة العالمية قائمة بأسماء ١٨ مرضاً من أمراض المناطق المدارية المهملة الموجودة في ١٤٩ بلداً وتتهدد أكثر من ١,٤ بليون شخص. ويشكل تفشي فيروس إيبولا في غرب أفريقيا في عام ٢٠١٤ مثلاً آخر على العواقب المترتبة على الفجوة في الإنفاق على البحث والتطوير. ففيروس الإيبولا معروف منذ ٤٠ سنة، وسُجِّلَ أكثر من ٢٠ حالة تفشٍ منذ اكتشافه. ومع ذلك، لم يكن أي لقاح ضد فيروس الإيبولا متوفراً في عام ٢٠١٤ ليستخدم في احتواء هذا الوباء.

١٨٩ - وإن النقص في البحث والتطوير في مجال الأمراض التي تصيب بشكل رئيسي الفقراء هو نتيجة لآليات السوق. فتطوير المنتجات الدوائية الجديدة يتطلب مستويات عالية من الاستثمار، وينطوي على العديد من المحاولات غير الناجحة. وحيث إن شركات الأدوية تكون عموماً مدفوعة بالحاجة إلى تعويض تكاليف البحث وبفرص تحقيق مكاسب تجارية،

فإنها تركز جهودها على الأمراض التي تصيب في المقام الأول المجتمعات التي تتوفر فيها نظم الرعاية الصحية والمواطنون المستعدون لدفع ثمن المنتجات الجديدة والقادرون على ذلك. ونتيجة لذلك، كانت النسبة المخصصة للأمراض المهملة أقل من ٢ في المائة من مجموع المبالغ المستثمرة لأغراض البحث والتطوير في المجال الصحي وقدرها ٢١٤ بليون دولار في عام ٢٠١٠، ومنذ ذلك الحين شهدت تلك النسبة في واقع الأمر انخفاضاً إضافياً.

١٩٠ - وحين استقطب تفشي فيروس الإيبولا في غرب أفريقيا الاهتمام الدولي، قُدِّم تمويل كبير لمؤسسات البحوث من أجل تسريع العمل على تطوير لقاح ضده^(٧). ولو كانت هذه اللقاحات متوفرة قبل تفشي المرض لكان قد تسنى إنقاذ عدد أكبر من الأرواح.

١٩١ - وثمة حاجة عاجلة إلى اتخاذ تدابير لتوسيع نطاق البحث والتطوير لإنتاج منتجات طبية قادرة على إنقاذ حياة المصابين بالأمراض المهملة، مع التركيز بشكل خاص على الأمراض المعدية التي تنطوي على درجة عالية من خطر التسبب بأزمات صحية. وينبغي، عند الإمكان، تطوير تدابير طبية مضادة (بما في ذلك اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص) لبلوغ مرحلة يمكن فيها اختبارها وإنتاجها بسرعة في حالة تفشي أي مرض. ولتحقيق ذلك، يجب معالجة المسائل المبينة أدناه.

١ - إنشاء حوافز أفضل للبحث والتطوير في مجال الأمراض المهملة

١٩٢ - أولاً، ثمة حاجة إلى توفير حوافز أفضل لتشجيع البحث والتطوير في مجال الأمراض المعدية المهملة والعوامل الخطيرة الأخرى المسببة للأمراض. وحيث إن السوق لا توفر حوافز كافية، لا بد من التدخل على صعيد السياسات العامة لضمان مزيد من الموارد التي تركز على تلك العوامل المسببة للأمراض. وثمة مجموعة من أدوات السياسات الاقتصادية التي يمكن أن تساعد على تحقيق ذلك بمستويات متباينة من الكفاءة والفعالية. وتشمل تلك الأدوات تقديم المنح المباشرة من القطاعين الخاص والعام، والإعفاءات الضريبية للمنظمات التي تضطلع بالبحث والتطوير، والجوائز لمن ينجحون في تحقيق الأهداف المنشودة من البحوث، والالتزامات المسبقة بكفالة تسويق منتجات البحوث، أو منح الإعانات لدعم الجهود المبذولة في مجال البحوث الأساسية.

١٩٣ - ويمكن أيضاً أن يؤخذ في الحسبان عدد من الآليات التنظيمية المُحفّزة. فعلى سبيل المثال، وافق مجلس الشيوخ في الولايات المتحدة في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤ على

(٧) نتيجة لهذه الجهود، أُفيد بأن لقاحاً تجريبياً قد أظهر نتائج إيجابية في تجارب سريرية أُجريت في غينيا في ٣١ تموز/يوليه ٢٠١٥. وجرى أيضاً اختبار عدة لقاحات أخرى في تجارب سريرية.

مشروع قانون بشأن علاج مرض فيروس الإيبولا، الذي أضاف مرض فيروس الإيبولا إلى قائمة برنامج إدارة الأغذية والعقاقير المتعلق بمنح قسائم تعطي حاملها أولوية في استعراض ملفاتهم. وبموجب هذا البرنامج، تحصل الشركات التي تسعى إلى تطوير لقاح ضد الأمراض المدارية المهملة التي تحددها السلطات على قسائم تمنح بموجبها إدارة الأغذية والعقاقير أولوية لأي طلب مُقدم لاستعراض منتج آخر تطوره تلك الشركات.

١٩٤ - وإن تحديد أفضل مزيج من التدابير المالية أو الحوافز التنظيمية المختلفة التي يجب استخدامها يتفاوت بحسب العوامل المسببة للمرض، وكذلك بحسب عدد من العناصر الأخرى. بيد أنها تقتضي كلها تمويلاً من القطاع العام في نهاية المطاف. ولذا يؤيد الفريق بقوة إنشاء صندوق مخصص للبحث والتطوير تحت إشراف منظمة الصحة العالمية (انظر التوصية ٢٢ الواردة في الفرع المكرس للتدابير المالية والاقتصادية أدناه).

٢ - منح الأولوية لجهود البحث المتعلقة بمسببات الأمراض المعدية

١٩٥ - توجد عدة عوامل مسببة للأمراض تشكل تهديدا للبشرية لم تجرِ بشأنها بحوث كافية، وليس من الواضح بعد أي منها سيؤدي إلى تفشي الوباء المقبل لكي تُجرى البحوث بشأنه الآن على سبيل الأولوية. وحتى الآن، وضعت بلدان ووكالات مختلفة قوائم أولوياتها الخاصة، ولكن لا توجد بعد قائمة أولويات موحدة معدلة بحسب درجة الخطر. وتركز القوائم الوطنية على الأولويات الوطنية، ويُحتمل ألا تمنح الأولوية لأمراض من الأرجح أن تمثل تهديداً كبيراً على الصعيد الدولي. وعلاوة على ذلك، فإن البحوث في مجال اللقاحات قد تنطوي على ضرورة قبول تنازلات هامة. وعلم الفريق من أحد ممثلي قطاع صنع الأدوية أن الشركة قد اضطرت إلى تعليق أنشطتها المتعلقة بإنتاج لقاح ضد روتا فيروس مسبب للمرض يقتل في المتوسط ٤٥٠.٠٠٠ طفل سنوياً، من أجل إنتاج كميات كافية من لقاح تجريبي ضد مرض الإيبولا لأغراض التجارب السريرية. وإن عدم وجود قائمة أولويات يدفع بالجهات الفاعلة التابعة للقطاع الخاص إلى تكريس الموارد على أساس معايير تحدد بقرارات فردية. ولكن هذه التنازلات ينبغي أن تُقرر استناداً إلى مجموعة من الأولويات التي تحددها هيئة سياسية ذات شرعية وليس القطاع الخاص.

١٩٦ - ويرى الفريق أن ثمة حاجة إلى منح الأولوية للأمراض المعدية التي تتلقى من القطاع العام دعماً لأغراض البحث والتطوير. وعلاوة على ذلك، يرى الفريق أن منظمة الصحة العالمية هي المؤسسة المناسبة لتحديد الأولويات فيما بين العوامل المسببة للأمراض التي لم تجرِ بشأنها بحوث كافية التي تهدد بنشوب أزمات صحية. وينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تساعد أيضاً على تحديد المنصات التكنولوجية الأنسب لإجراء البحوث المتعلقة بالتدابير الطبية

المضادة. والهدف من هذا الجهد هو إيجاد سبل التشخيص والتشجيع على إنتاج اللقاحات أو العلاجات، حسب الاقتضاء، من خلال تجارب المرحلة الأولى بشأن العوامل العشرين ذات الأولوية التي تتسبب في أمراض معدية تنطوي على خطر خلق أزمة صحية في المستقبل.

التوصية ١٣

تتولى منظمة الصحة العالمية تنسيق تحديد الأولويات في جهود البحث والتطوير العالمية المتعلقة بالأمراض المهملة التي تنطوي على تهديد بالغ بالتحول إلى أزمات صحية.

- تقوم أمانة منظمة الصحة العالمية، بالاسترشاد بالأفرقة الاستشارية المعنية بالتحصين والبحث، بإنشاء وتعهد قائمة أولويات تبين الأمراض المعدية التي يُرجح أن تسبب أزمة صحية، ولذا فإنها تقتضي الاهتمام بها على سبيل الأولوية لتطوير اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص السريعة. وينبغي أن يستند تحديد الأولويات إلى معايير محددة بوضوح

- تساعد منظمة الصحة العالمية على تحديد المنصات التكنولوجية التي تملك القدرة على التعجيل في إنتاج اللقاحات والعلاجات بهدف التصدي لتفشي الأمراض الناجمة عن عوامل أو سلالات جديدة مسببة للأمراض

٣ - ضمان الحصول على الأدوية بأسعار ميسورة

١٩٧ - حتى عندما تكون اللقاحات والعلاجات متاحة، فإنها تكون في أحيان كثيرة باهظة الثمن أو عسيرة المنال لمن هم في أمس الحاجة إليها. ويدرك الفريق بصفة خاصة أهمية كفاءة حصول السكان المتضررين من تفشي الأمراض المعدية على اللقاحات بشكل مناسب. وثمة عدد من البرامج، من قبيل التحالف العالمي للقاحات والتحصين، التي تهدف إلى جعل اللقاحات والعقاقير الموجودة متاحة للبلدان النامية بتكلفة منخفضة. وبالمثل، يمكن للبلدان الاستفادة من آليات المرونة الموجودة في اتفاق الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية في إطار منظمة التجارة العالمية من أجل حماية الصحة العامة أو توفير إمكانية حصول الجميع على الأدوية، على النحو المطلوب في الهدف ٣ (ب) من أهداف التنمية المستدامة^(٨). ويدعو الفريق إلى اتخاذ تدابير إضافية لدعم إمكانية الحصول على الأدوية بأسعار ميسورة.

(٨) ينص الهدف ٣ (ب) على ما يلي: "دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقا لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة

١٩٨ - وإن توفير إمكانية الحصول على الأدوية يقتضي أكثر من القدرة على الحصول على العقاقير بأسعار ميسورة في السوق الدولية. فهو يتطلب ذلك أيضاً وجود نظام فعال لتوزيع العقاقير وتقديمها للمرضى على الصعيد المجتمعي، بما في ذلك في المناطق الريفية. وكانت الجهود المبذولة في الماضي لمساعدة البلدان النامية على الحصول على أدوية ولقاحات ميسورة الثمن قد تقوضت أحياناً نتيجة لعدم وجود نظام صحي يعمل بشكل سليم أو بسبب تعذر إيصال العقاقير إلى المرضى أو بسبب تعذر ضمان متابعة المرضى بانتظام. وفي هذا السياق، تركز بعض المؤسسات، من قبيل التحالف العالمي للقاحات والتحصين والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، نسبة من مواردها من أجل تعزيز نظم الصحة وسلاسل التوريد.

التوصية ١٤

اتخاذ تدابير عاجلة لضمان حصول الجميع على الأدوية واللقاحات وغيرها من المنتجات المنقذة للحياة بأسعار ميسورة.

- يتم توفير مزيد من الأموال العامة لدعم حصول الجميع وبأسعار ميسورة على الأدوية واللقاحات وغيرها من المنتجات المنقذة للحياة، نظراً إلى الفجوة القائمة بين الحاجة إلى استعادة تكاليف الاستثمارات وتمويل البحوث، والحاجة إلى أدوية ميسورة الثمن

- تُعزز الجهود المبذولة لكفالة الحصول على المنتجات الطبية بأسعار ميسورة من خلال التحالف العالمي للقاحات والتحصين والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والمبادرات الأخرى مثل المرفق الدولي لشراء الأدوية

- زيادة استخدام المنتجات الجنيسة لتوفير الأدوية بأسعار ميسورة

- توفر البلدان والشركاء إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العامة. وفي هذا السياق، ينبغي على الدوام استخدام جميع آليات المرونة التي يوفرها اتفاق الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية.

في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية“.

٤ - كفاءة تبادل المواد البيولوجية في الوقت المناسب

١٩٩ - في حالة تفشي مرض ما، يقتضي اتخاذ تدابير طبية مضادة لمواجهة عامل ممرض جديد توفير عينات لمختبرات البحث والتطوير في جميع أنحاء العالم على وجه السرعة. ورغم عدم وجود التزام قانوني رسمي بذلك، فإن معظم البلدان المتضررة من تفشي مرض ما قد وافقت عن طيب خاطر على تبادل المواد البيولوجية والعينات ذات الصلة مع منظمة الصحة العالمية ومختبرات البحث الدولية، بهدف التعجيل في إعداد تدابير الاستجابة. ومع ذلك، تزايد القلق في السنوات الأخيرة بشأن توزيع المنافع بإنصاف، بما فيها اللقاحات أو العلاجات التي تُحضّر باستخدام تلك العينات. وفي قضية حظيت بتغطية إعلامية كبيرة في عام ٢٠٠٦، أعلن وزير خارجية إندونيسيا أن بلده لن يرسل إلى المختبرات الأجنبية عينات من سلالة فيروس H5N1 (إنفلونزا الطيور) الفيروس الذي ظهر في البلد. وفي معرض شرح قرارها، أشارت حكومة إندونيسيا على وجه الخصوص إلى أن العلماء الأجانب يحرون البحوث على تفشي المرض دون مشاركة إندونيسية. وعلاوة على ذلك، أُشير إلى أن شركة متعددة الجنسيات كانت تعمل على تطوير لقاح ضد الفيروس، ولكن لم يكن من الواضح ما إذا كان الناس الأكثر تضررا من الفيروس في إندونيسيا ستتاح لهم فرصة الاستفادة من اللقاح. وفي معرض تبرير قرارها، أبدت حكومة إندونيسيا عدة أسباب تضمنت الإشارة إلى اتفاقية التنوع البيولوجي التي تؤكد أن للبلدان حقا سياديا في مواردها البيولوجية، وتنص على مبادئ تنظم الحصول على الموارد وتقاسم المنافع. وأثارت القضية مناقشة بشأن تقديم التعويض المنصف وتقاسم المنافع على النحو المطلوب لتقديم المواد البيولوجية، واستُرشد بها خلال المفاوضات التي جرت بشأن صكين قانونيين حول هذه المسألة.

٢٠٠ - والصك الأول هو بروتوكول ناغويا بشأن الحصول على الموارد الجينية، والتقاسم العادل والمنصف للمنافع الناشئة عن استخدامها. ويوفر بروتوكول ناغويا، الذي اعتمد في عام ٢٠١٠ بوصفه اتفاقا تكميليا لاتفاقية التنوع البيولوجي إطارا قانونيا للتقاسم العادل والمنصف للمنافع الناشئة عن استخدام الموارد الجينية. وقد بدأ نفاذ هذا البروتوكول في عام ٢٠١٤. ورغم أن البروتوكول يتناول مسألة تبادل المواد البيولوجية في سياق حالات الطوارئ، فإن بعض المراقبين يرى أن الإجراءات التي ينص عليها مرهقة إلى درجة تعسر كفاءة الاستجابة السريعة، في حين أن خبراء آخرين يقولون إنهم ليسوا متأكدين من أن البروتوكول ينطبق على العوامل المرضية الجديدة.

٢٠١ - وأما الصك الثاني فهو إطار منظمة الصحة العالمية الخاص بالتأهب للإنفلونزا الجائحة، الذي تفاوضت بشأنه الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في ضوء القرار الذي

اتخذته إندونيسيا في عام ٢٠٠٦. ويحدد الإطار عملية مبسطة لتبادل عينات فيروسات الإنفلونزا التي تنطوي على احتمال التفشي ويستحدث آليات لكفالة الوصول العادل والمنصف إلى المنافع التي تنجم عن تبادل تلك العينات، ولا سيما في حالة اللقاحات ضد الأمراض الوبائية. ومع ذلك، يقتصر تطبيق الإطار على مجموعة محدودة من فيروسات الإنفلونزا التي يحتمل أن تؤدي إلى وباء، ولا يتناول تبادل العوامل الممرضة الأخرى، بما في ذلك فيروس الإيبولا ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية. وعلاوة على ذلك، فإن الإطار ليس ملزماً قانوناً بموجب القانون الدولي، وكان الاهتمام ضعيفاً بمتابعة ما ورد فيه من أحكام بشأن تقاسم المنافع الطوعي.

٢٠٢ - وعلى الرغم من وجود صكين يتناولان مسألة تبادل المواد البيولوجية، لا يزال ثمة الكثير من عدم اليقين القانوني فيما يتعلق بتحديد الشروط التي تجيز أو توجب تبادل العينات بشأن العوامل الممرضة التي قد تظهر في المستقبل. ويرى الفريق أنه ينبغي وضع مبادئ توجيهية واضحة وملزمة قانوناً بشأن تبادل المواد البيولوجية في سياق الأزمات الصحية، تشمل أحكاماً بشأن تقاسم المنافع بشكل عادل ومنصف. ويوصي الفريق بأن تدعو منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء فيها إلى التفاوض بشأن توسيع نطاق تطبيق الإطار بحيث لا يقتصر على فيروسات الإنفلونزا، مع مراعاة مبادئ بروتوكول ناغويا.

التوصية ١٥

تدعو منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء فيها إلى إعادة التفاوض بشأن الإطار الخاص بالتأهب لوباء الإنفلونزا ليشمل عوامل ممرضة جديدة أخرى، وإضفاء طابع الإلزام القانوني عليه، وتحقيق توازن مناسب بين الالتزامات والمنافع، وفقاً لمبادئ بروتوكول ناغويا لعام ٢٠١٠ الملحق باتفاقية التنوع البيولوجي.

٥ - تعزيز البحوث الطبية غير الدوائية

٢٠٣ - بالإضافة إلى الطلب على زيادة البحث والتطوير لاكتشاف اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص، ثمة حاجة أيضاً إلى تشجيع الابتكار والبحوث المتعلقة بالأدوات والمعدات والنهوج غير الدوائية ذات الأهمية الأساسية للتعامل مع الأزمات الصحية. فتنفيذ برنامج استخدام التقنيات المتنقلة في مجال الصحة (mHealth)، المتعلق باستخدام الهواتف المحمولة لتسجيل البيانات وتتبعها وتبادلها من قبل العاملين في المجال الصحي في المجتمعات المحلية، يمثل ابتكاراً هاماً في مجال الرصد الميداني وينبغي توسيع نطاق تطبيقه. وينبغي لمنظمة الصحة العالمية أن تنسق وتشجع البحوث الرامية إلى وضع تدابير جديدة ومبتكرة للتأهب

والمرقبة والاستجابة في المسائل الصحية. وسيتيح أيضاً تطوير القدرات الوطنية في مجال البحوث العلمية والهندسية جعل آليات الاستجابة الوطنية أكثر مرونة وتكيفاً في الاستجابة للأزمات الصحية.

٦ - بناء قدرات البحث والتطوير في البلدان النامية

٢٠٤ - ثمة تفاوت كبير في قدرات البحث والتطوير والتصنيع في مجال الأدوية بين الاقتصادات المتقدمة والناشئة وأقل البلدان نمواً. وإنشاء قدرات البحث والتطوير والتصنيع في أقل البلدان نمواً، حتى لو اقتصر على المستوى الأساسي، يمكن أن يساعد على بناء القدرات في مجال علم الأوبئة وإيجاد فرص تدريب للأطباء المحليين. ويمكن أن يتيح ذلك أيضاً الاستفادة من المعارف المحلية بشأن الأمراض المنتشرة في المنطقة، ويساعد على بناء القدرات المخبرية وكفالة زيادة التدابير الطبية المضادة المتوفرة على الصعيد المحلي في حالة تفشي الأمراض.

التوصية ١٦

تقود منظمة الصحة العالمية الجهود الرامية إلى مساعدة البلدان النامية على بناء قدرات البحث والتصنيع لاستحداث اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص، بما في ذلك من خلال التعاون فيما بين بلدان الجنوب.

- تعجّل منظمة الصحة العالمية وشركاؤها تقديم الدعم التقني والمالي لمبادرات من قبيل شبكة مؤسسات إنتاج اللقاحات في البلدان النامية
- تُبذل الجهود للاستفادة من الخبرات المتاحة في إطار التعاون فيما بين بلدان الجنوب
- يجري تطوير ودعم برامج البحث الحاسمة الأهمية في مجالات العلوم البيولوجية والاجتماعية، والخدمات البيطرية، والهندسة والمجالات ذات الصلة

٧ - إعداد بروتوكولات للبحوث الطبية في حالات تفشي الأمراض

٢٠٥ - ثمة حاجة إلى إعداد بروتوكولات أفضل بشأن إجراء التجارب السريرية في حالات تفشي الأمراض. فلقد أظهر تفشي فيروس الإيبولا في غرب أفريقيا أن تطبيق البروتوكولات المعتادة لاختبار العقاقير الجديدة، بما في ذلك اختبارات المراقبة العشوائية، في سياق الأزمات الصحية الحادة يثير عدداً من الشواغل الأخلاقية. فمن الشواغل التي أُثيرت، على وجه الخصوص، تحديد ما إذا كان من المبرر في سياق تفشي مرض يتسم بارتفاع معدل وفيات المصابين به، منع بعض المرضى في "مجموعة المراقبة" من الحصول على عقاقير تجريبية، على

غرار الممارسة المعتادة المتبعة في تجارب المراقبة العشوائية. وأعرب عن القلق أيضاً من أن المرضى الذين شاركوا في التجارب لم يُعلموا جميعاً بشكل مناسب بالمخاطر. وتنبغي معالجة العديد من هذه الشواغل عن طريق استحداث معايير مناسبة تضعها منظمة الصحة العالمية.

٨ - وضع معاهدة بشأن تدابير الطوارئ خلال حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي

٢٠٦ - سعياً للتقيد بالشروط التي تفرضها الأنظمة ومعالجة التحديات الأخرى التي تعيق التعجيل في الاستجابة الدولية في حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي، يرى الفريق أنه ينبغي التفاوض بشأن اتفاق دولي يحدد تدابير استثنائية مقترنة بشروط زمنية لتيسير استجابة عالمية عاجلة. ويمكن أن تشمل هذه "التدابير الطارئة" أحكاماً خاصة بشأن تبادل المواد البيولوجية؛ وبروتوكولات لاختبار لقاحات تجريبية في سياق تفشي الأمراض؛ والاستفادة من التدابير الطبية المضادة واللقاحات؛ ومنح التأشيرات وتصاريح السلامة الطبية بشكل آلي للعاملين في مجال الاستجابة الذين يتم التحقق بشأنهم مسبقاً؛ والاستفادة من الإحلاء الطبي إلى مواقع للمعالجة محددة مسبقاً؛ وحقوق التحليل؛ والإعفاء الجمركي للمواد اللازمة للاستجابة.

جيم - التدابير المالية والاقتصادية

٢٠٧ - إن إنشاء نظام لمنع الأزمات الصحية والاستجابة لها بفعالية أكبر سيتطلب استثماراً قوياً ومتواصلاً. ولا يمكن بدون قدر كبير من التمويل ضمان التأهب المناسب للكشف المبكر عن تفشي الأمراض المعدية، واستحداث نظام شامل للاستجابة المبكرة، وتوجيه البحث والتطوير من أجل دعم هذه الجهود. ومع ذلك، فإن الاستثمارات اللازمة قليلة مقارنة بالتكاليف الكبيرة المترتبة على الأوبئة، سواء من حيث الخسائر في الأرواح والنمو الاقتصادي الضائع.

٢٠٨ - ولاحظ الفريق في مشاوراته أن الحاجة تقتضي معالجة ستة شواغل مختلفة متعلقة بالتمويل.

١ - حشد التمويل من أجل القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية

٢٠٩ - يشكل التمويل عائقاً رئيسياً في وجه تحقيق القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية. ويدعو الفريق جميع البلدان إلى أن تخصص من ميزانيتها الوطنية نسبة أعلى لقطاع الصحة، بما في ذلك لبناء القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح

الصحية الدولية، ومع ذلك فإنه يدرك أن بلدانا عديدة، ولا سيما أقل البلدان نمواً، ستحتاج أيضاً إلى مساعدة دولية كبيرة.

٢١٠ - وثمة مبادرات عديدة جارية بالفعل لمساعدة البلدان على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وينبغي الوفاء بتلك التعهدات. فعلى سبيل المثال، أطلقت الولايات المتحدة في عام ٢٠١٤ الخطة العالمية بشأن الأمن الصحي، بالتعاون مع عدة بلدان شريكة، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان، ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو). وتتضمن الخطة التزاماً بمساعدة ٣٠ بلداً على امتلاك القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية خلال السنوات الخمس المقبلة. وتعهدت الولايات المتحدة وحدها بالتبرع بمبلغ بليون دولار لدعم هذا الجهد. ولا يقتصر نطاق الخطة على القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية، ومع ذلك فإنه يوفر مصدراً قيماً للتمويل والخبرة الفنية لدعم تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في البلدان النامية. وفي تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٥، اتفق وزراء الصحة في مجموعة البلدان السبعة على عرض تقديم المساعدة إلى ما لا يقل عن ٦٠ بلداً، بما فيها بلدان غرب أفريقيا، خلال السنوات الخمس المقبلة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، بوسائل تشمل الخطة العالمية بشأن الأمن الصحي والأهداف المشتركة المحددة في إطارها، ومبادرات أخرى متعددة الأطراف. وينبغي توسيع نطاق هذه المبادرات وأخذها في الحسبان حين النظر في مصادر الدعم المالي اللازم للاستعراض الدوري المقترح إجراؤه بشأن الامتثال للشروط المتعلقة بالقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية.

٢١١ - ولاستكمال الجهود الثنائية والمتعددة الأطراف المبذولة حالياً بهدف دعم بناء القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية، يوصي الفريق بأن تمسك منظمة الصحة العالمية بزمam القيادة للعمل على تحديد مصادر إضافية للدعم المالي والتقني. وينبغي أن يتمثل الهدف في كفالة توفير دعم مالي مضمون، حسب الاقتضاء، لجميع البلدان المشاركة في الاستعراض الدوري لمدى الامتثال للشروط المتعلقة بالقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية، من أجل معالجة الثغرات التي يسفر عنها الاستعراض.

التوصية ١٧

يقود المدير العام لمنظمة الصحة العالمية جهوداً عاجلة، بشراكة مع البنك الدولي والمصارف الإنمائية الإقليمية والمنظمات الدولية الأخرى والشركاء والمؤسسات الخيرية والقطاع الخاص، لحشد الدعم المالي والتقني لبناء القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية العالمية.

٢ - ضمان التمويل المستدام لمركز للتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ تابع لمنظمة الصحة العالمية

٢١٢ - حتى لو امتثلت جميع البلدان لشروط توفير القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية العالمية، تظل هناك حاجة إلى قدرة تنفيذية مركزية قوية للاستجابة بسرعة في حالات التفشي الكبرى التي لا يتمكن البلد من احتوائها بمفرده. ومنظمة الصحة العالمية، باعتبارها وكالة الأمم المتحدة الرائدة في مجال الصحة، ينبغي أن تطور هذه القدرات في شكل مركز للتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ، على النحو المبين في التوصية ٧. وبما أن المركز المقترح سيقوم بأنشطة أساسية في مجال المراقبة والاستجابة، فينبغي تمويله من الأنصبة المقررة لمنظمة الصحة العالمية.

٢١٣ - وفي هذا السياق، لاحظ الفريق أن في حين أن التمويل المخصص لأغراض معينة قد زاد بقدر كبير، ظلت الميزانية المقررة للمنظمة دون تغيير طيلة عدة سنوات. فالميزانية السنوية المقررة حاليا لمنظمة الصحة العالمية، وهي المنظمة الرائدة في مجال الصحة على الصعيد العالمي، تبلغ ٤٦٥ مليون دولار. وتمول أعمال الاستجابة لحالات الطوارئ التي تقوم بها المنظمة من التبرعات بشكل حصري. ونتيجة لذلك، لا يمكن التنبؤ بتمويل هذه الأنشطة الأساسية، الذي يكون غير كاف في كثير من الأحيان. وفي بعض الحالات، تتلقى قدرات المنظمة على التأهب والمراقبة والاستجابة أقل من نصف التمويل اللازم.

٢١٤ - وفي ضوء ما تقدم، يحث الفريق الدول الأعضاء بقوة على زيادة التمويل المقرر للمنظمة بنسبة ١٠ في المائة على الأقل. وينبغي أن تُستخدم هذه الأموال الإضافية لتغطية بعض الوظائف الإضافية التي كُلفت بها المنظمة، بما في ذلك تعزيز استعراضها الدوري للقدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية العالمية والتكاليف التشغيلية لمركز التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ التابع للمنظمة.

التوصية ١٨

تزيد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في أنصبتها المقررة لميزانية المنظمة بنسبة ١٠ في المائة على الأقل.

٢١٥ - في ضوء الاحتياجات المالية الكبيرة الناشئة عن تعزيز قدرات المنظمة على الاستجابة لحالات الطوارئ، التي تعد منفعة عامة عالمية، يوصي الفريق أيضا بتخصيص نسبة ١٠ في المائة من جميع التبرعات المقدمة للمنظمة - إضافة إلى تكاليف دعم البرامج - بصورة إلزامية لدعم قدرات المنظمة على الاستجابة لحالات الطوارئ.

التوصية ١٩

توجه نسبة ١٠ في المائة من جميع التبرعات المقدمة إلى المنظمة - علاوة على تكاليف دعم البرامج - بصورة إلزامية لدعم مركز التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ.

٣ - تمويل الاستجابة القوية لحالات الطوارئ

٢١٦ - تعتمد غالبية أنشطة الاستجابة لحالات الطوارئ الرامية إلى احتواء تفشي الأمراض حتى الآن على التمويل الطوعي. ولا توجد موارد كبيرة يمكن استخدامها في غضون مهلة قصيرة. وعندما يعلن عن حالة من حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي، عادة ما يتحسن التمويل المتاح، حيث يتعهد مزيد من الشركاء بتقديم دعمهم. غير أن تسليم الأموال المتعهد بها يمكن أن يستغرق وقتاً طويلاً قد يؤثر جهود الاستجابة الأولية. ولا بد من سد الفجوة إلى حين أن ترد الأموال المتعهد بالتبرع بها. وبالتالي فإن التمويل الطوعي، رغم الأهمية البالغة التي يكتسبها، لا يمكنه أن يحل محل التمويل المقدم في الوقت المناسب والممكن التنبؤ به.

٢١٧ - وإذ أدركت المنظمة هذه الحاجة، أنشأت في الآونة الأخيرة صندوقاً للطوارئ يبلغ رصيده ١٠٠ مليون دولار. ويؤيد الفريق إنشاء ذلك الصندوق. وبالنظر إلى أن الاستجابة المبكرة والقوية تتاح لها أحسن الفرص لكبح جماح تفشي الأمراض، فإن الفريق يرى أن من شأن الزيادة في رصيد الصندوق ليلبلغ ٣٠٠ مليون دولار أن تعزز فعاليته بقدر كبير. وينبغي أن يمول صندوق الطوارئ بشكل تام من الأنصبة المقررة (وفقاً لجدول الأنصبة المقررة الحالي) وأن يتم تحديد موارده بنفس الطريقة.

٢١٨ - وعلاوة على ذلك، يقدم الكثير من المساعدة الطوعية بصورة ثنائية إلى منظمات أو مجموعات محددة، مما يحرم المنظمة من القدرة اللازمة لتنسيق برامج الاستجابة على نحو فعال. ولذلك ينبغي أن يتاح استخدام صندوق الطوارئ المنشأ حديثاً لا للمنظمة فحسب، بل كذلك لغيرها من الجهات التي تستجيب لحالات الطوارئ الصحية.

التوصية ٢٠

تقدم الدول الأعضاء تمويلاً قدره ٣٠٠ مليون دولار على الأقل إلى صندوق الطوارئ التابع لمنظمة الصحة العالمية بحلول نهاية عام ٢٠١٦.

- يتاح استخدام صندوق الطوارئ لأعضاء مجموعة الصحة بتنسيق من منظمة الصحة العالمية

- ضماناً لإمكانية التنبؤ بالتمويل، تموّل الدولُ الأعضاء صندوق الطوارئ تمويلًا تامًا وفقًا لجداول الأنصبة المقررة لها حاليا. ويموّل الصندوق تمويلًا تامًا بحلول نهاية عام ٢٠١٦ وتجدّد موارده فور استنفادها

٢١٩ - وبالمثل، يمكن أن يؤدي مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية الذي اقترحه البنك الدولي دورا رئيسيا في تمويل الاستجابات المبكرة. وسوف يُستخدم مرفق التمويل مزيجًا من أدوات التمويل الميسر وآليات التأمين المبتكرة لإتاحة الأموال للبلدان المتضررة حالما تستوفي المعايير المحددة مسبقا لحالات تفشي الأمراض. وسيتيح ذلك للبلدان المساعدة المالية التي تكون في أمس الحاجة إليها في الأيام الأولى من الأزمات.

التوصية ٢١

يعجّل البنك الدولي بتنفيذ مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية.

- تغطّي الأقساط السنوية لمرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية لأقل البلدان نمواً بموارد إضافية يقدمها الشركاء
- تولي السلطات الوطنية في البلد المتضرر الأولوية لمدفوعات مرفق تمويل حالات الطوارئ الوبائية وفقا لخطط الاستجابة الوطنية، بينما تقدم المنظمات المعنية دعمها التقني

٤ - تمويل البحث والتطوير في مجال الأمراض المهملة التي تنطوي على احتمال التسبب في أزمات صحية

٢٢٠ - نظرا لارتفاع تكلفة تطوير اللقاحات، سيكون من الضروري تخصيص قدر كبير من التمويل لكفالة المزيد من البحث والتطوير في الأمراض المهملة. ففي عام ٢٠١٣، لم تُنفق إلا ٣,٢ بلايين دولار على أكثر من ٢٠ مرضا مهملا من أمراض المناطق المدارية، في حين أن ما لا يقل عن ٥٠٠ مليون دولار صرفت على تطوير لقاح ضد فيروس إيبولا عندما تفشى هذا المرض. ولا بد من إتاحة التمويل الكافي لدعم تطوير اللقاحات أو التدابير المضادة مقابل القائمة المرتبة حسب الأولوية لمسببات الأمراض التي يُرجّح أن تؤدي إلى أزمة صحية (انظر التوصية ١٣). ويتمثل الهدف في ضمان وجود لقاحات وأدوية مرشحة نجحت في المرحلة الأولى من الاختبارات السريرية للتمكن من إجراء اختبارات سريعة وزيادة الإنتاج في حالة تفشي مرض من الأمراض.

٢٢١ - ويوصي الفريق بإنشاء صندوق رصيده ١ بليون دولار يكرّس لدعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص للأمراض المعدية المهمة التي توليها منظمة الصحة العالمية الأولوية. وينبغي أيضا أن يُستخدم الصندوق، حسب الاقتضاء، لدعم وتحفيز البحث والتطوير أثناء الأزمات. وينبغي تحديد موارده على أساس سنوي واعتباره جزءا لا يتجزأ من التأهب العالمي لمواجهة الأزمات الصحية.

٢٢٢ - ولتحفيز البحث والتطوير على نحو أكثر فعالية، ينبغي أن تكون هياكل التحفيز المستخدمة مخصصة لكل مسببات الأمراض التي يتم تحديدها، وأن تعتمد على المجموعة الواسعة من الآليات الاقتصادية والتنظيمية المتاحة.

التوصية ٢٢

تُشرف منظمة الصحة العالمية على إنشاء وإدارة صندوق دولي لا يقل رصيده عن ١ بليون دولار سنويا لدعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص السريع للأمراض المعدية المهمة.

- يستهدف هذا الصندوق تعزيز الوقاية من الأزمات الصحية في المستقبل، وينبغي أن يكمل الآليات القائمة التي تدعم جهود البحث والتطوير لتحديد اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص للأمراض المعدية المتوطنة حاليا مثل الملاريا والسل وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز
- يُستخدم الصندوق لتحفيز جهود البحث والتطوير في مجال اللقاحات والعلاجات وعمليات التشخيص السريع المدرجة في قائمة مسببات الأمراض ذات الأولوية التي تحددها اللجان الاستشارية لجمعية الصحة العالمية
- رهنا بكل واحد من مسببات الأمراض، تُستخدم أساليب محددة الأهداف لتحفيز البحث والتطوير من أجل تحقيق نتائج بسرعة وبأقل تكلفة.

٥ - تخفيف العواقب الاقتصادية المترتبة على الأزمات الصحية

٢٢٣ - بينت التجربة المكتسبة أثناء تفشي الإصابات بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS) والإنفلونزا H1N1 وفيرس إيبولا أن الأمراض المعدية غالبا ما تكون لها عواقب اقتصادية كبيرة تتجاوز حدود البلدان المتضررة في البداية. ففي حالة تفشي فيروس إيبولا في غرب أفريقيا، فرض ما يقرب من ٧٠ بلدا أكثر من ٥٠٠ من قيود السفر أو التجارة على المسافرين من البلدان المتضررة أو البضائع الواردة منها، زيادة على التدابير

المؤقتة الذي أوصت بها لجنة الطوارئ التابعة لمنظمة الصحة العالمية. وهذه القيود، التي لا يزال الكثير منها قائما، تُكبد البلدان المتضررة والعالم بأسره تكاليف اقتصادية كبيرة.

٢٢٤ - ويجب اتخاذ تدابير لمنع مثل هذه العواقب الاقتصادية لثلاثة أسباب. فأولا، غالبا ما يكون للعواقب المترتبة عن الانكماش الاقتصادي الناجم عن تفشي المرض تأثير عميق ومدمر بقدر يفوق تفشي المرض ذاته، وبالتالي ينبغي أن تُعالج في حد ذاتها. وثانيا، يشكل الخوف من الآثار الاقتصادية السلبية في أعقاب الإعلان علانية عن تفشي المرض عائقا كبيرا أمام إبلاغ منظمة الصحة العالمية في وقت مبكر بحالات التفشي. وثالثا، يمكن أن تعرقل القيود المفروضة على السفر والتجارة جهود الاستجابة الدولية بمنع سفر العاملين في مجال الاستجابة أو منع استيراد المواد الحيوية اللازمة لها. وبالتالي فإن بناء آليات أفضل لمنع أو معالجة الآثار الاقتصادية المترتبة على الأزمات الصحية جزء لا يتجزأ من أي نظام عالمي للاستجابة للأزمات الصحية.

٢٢٥ - وبما أن تحقيق التوازن بين شواغل الصحة العامة وحرية السفر والتجارة هو الهدف الصريح من اللوائح الصحية الدولية، يرى الفريق أن لجنة استعراض اللوائح الصحية الدولية هي الجهة الأنسب لبحث سبل تفادي أو معالجة الآثار الاقتصادية السلبية للأزمات الصحية، لا سيما بعد الإعلان عن حالة من حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي. ومع ذلك، يلاحظ الفريق أن من الممكن استكشاف عدة سبل لتحقيق ذلك.

٢٢٦ - فأولا، يمكن وضع آليات مالية للمساعدة على تعويض البلدان المتضررة من حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي عن الخسائر الاقتصادية الناجمة عن قيود التجارة والسفر التي تفرضها البلدان الأخرى و/أو التي تترتب على قرارات القطاع الخاص. وفي هذا السياق، يمكن النظر في استخدام الآليات القائمة على التأمين، مثل مرفق تمويل الطوارئ الوبائية، كما يمكن النظر في استخدام آليات التعويض غير القائمة على التأمين مثل المنح أو القروض.

٢٢٧ - وثانيا، يمكن النظر في تعزيز آليات الامتثال للوائح الصحية الدولية. فحتى الآن، ليست التوصيات المؤقتة التي يقدمها المدير العام لمنظمة الصحة العالمية عندما يعلن حالة من حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي ملزمة قانونا للدول الأعضاء. وتقر اللوائح الصحية الدولية صراحة بحق الدول الأطراف في تنفيذ تدابير صحية تحقق قدرا أكبر من الحماية من التدابير التي توصي بها منظمة الصحة العالمية. غير أن اللوائح الصحية الدولية تشترط ألا تقيد تلك التدابير التجارة والسفر أكثر من اللازم، وأن

تستند إلى المبادئ والأدلة العلمية المتاحة و/أو إرشادات منظمة الصحة العالمية. ويجب إخطار المنظمة بتلك التدابير، ويجوز لها أن تطلب إلى الدول الأعضاء إعادة النظر في كيفية تطبيقها. ومع ذلك، لا يرد في اللوائح الصحية الدولية في الوقت الراهن أي إجراء آخر يمكن اتخاذه إذا سَنَ أحد البلدان تدبيراً لا تبرره المبادئ أو الأدلة العلمية. ولذلك، يمكن النظر في تعزيز سلطات الاستعراض المخولة لمنظمة الصحة العالمية ومنح تعويضات حين يتبين أن فرض قيود على التجارة والسفر يتجاوز دون مبررات كافية ما تحدده المنظمة في توصياتها المؤقتة.

٢٢٨ - وثالثاً، ينبغي إيجاد آليات للتعامل مع القيود المفروضة على السفر وحالات حظر التأشيرات عقب الإعلان عن حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي. ونظراً لأهمية التوفر على أعداد كافية من العاملين في المجال الطبي والإنساني للاستجابة للأزمات الصحية، ينبغي إيلاء اهتمام خاص للقيود التي تمنع سفر أولئك العاملين.

٢٢٩ - وأخيراً، لا بد من تناول تأثير الخوف في صفوف عامة الناس. فسلوك النفر الذي يميل إليه المستهلكون الخواص، كالسياح على سبيل المثال، يتسبب في نسبة كبيرة من الآثار الاقتصادية السلبية المرتبطة بحالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي. وبما أن خوف عامة الناس يقع خارج نطاق التنظيم، لا بد من رفع مستوى الوعي لضمان أن الأفراد يتخذون قرارات مستنيرة بشأن المخاطر المرتبطة بالسفر أو بشراء السلع من البلدان المتضررة.

التوصية ٢٣

تنظر لجنة استعراض اللوائح الصحية الدولية في وضع آليات للإسراع في معالجة الإجراءات الفردية التي تتخذها الدول وغيرها، والتي تخالف التوصيات المؤقتة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية كجزء من الإعلان عن حالة من حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي.

٢٣٠ - يلاحظ الفريق أن هناك مجالاً لتعزيز الاتساق بين اللوائح الصحية الدولية واتفاقيات منظمة التجارة العالمية فيما يتعلق بالقيود التجارية المفروضة في إطار اللوائح الصحية الدولية.

٢٣١ - ويجوز أن تدرج القيود التجارية المفروضة في إطار الاستجابة لحالات تفشي الأمراض في إطار اللوائح الصحية الدولية وفي الإطار القانوني لمنظمة التجارة العالمية معاً. وإذا نشأت منازعة بشأن تدبير تقييدي يفرض على التجارة استجابة لإخطارات اللوائح

الصحية الدولية، يمكن للبلدان المتضررة أن تطعن فيه بموجب أي من هذين الاتفاقين القانونيين، إذ لا يحظى أي منهما بأسبقية واضحة.

٢٣٢ - ومع ذلك، فإن الإجراءات المتوقعة لتسوية المنازعات تختلف اختلافا كبيرا. وتحت اللوائح الصحية الدولية الدول الأطراف على "تسوية المنازعة عن طريق التفاوض أو أي وسيلة سلمية أخرى تختارها". وإذا لم يتم التوصل إلى تسوية بتلك الوسائل، يجوز للأطراف أن تعرض المنازعة على المدير العام لمنظمة الصحة العالمية. وعلى النقيض من ذلك، تتوفر لدى منظمة التجارة العالمية آلية مؤسسية وقوية لتسوية المنازعات يمكنها أن تلزم الحكومات قانونا بسحب التدابير التجارية التي تخالف قانون منظمة التجارة العالمية، أو أن تأذن للطرف المتضرر بسحب امتيازات تجارية في المقابل.

٢٣٣ - وإذا تم الطعن أمام منظمة التجارة العالمية في التدابير التجارية المتخذة استجابة للإخطارات المرسلة بموجب اللوائح الصحية الدولية، لا بد من التأكد من أن المعايير الدولية والتوجيهات ذات الصلة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (بما في ذلك التوصيات المؤقتة التي يصدرها المدير العام عندما يعلن حالات طوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي) تؤخذ في الحسبان بشكل مناسب. وينبغي النظر أيضا في تعزيز الوضع القانوني لإرشادات منظمة الصحة العالمية ذات الصلة في الإطار القانوني لمنظمة التجارة العالمية، على نحو ما تحقق للمعايير والمبادئ التوجيهية أو التوصيات الصادرة عن ثلاث منظمات أخرى في اتفاق منظمة التجارة العالمية بشأن تطبيق التدابير الصحية وتدابير الصحة النباتية.

٢٣٤ - ولذلك يقترح الفريق أن تنشئ أمانة منظمة التجارة العالمية وأمانة منظمة الصحة العالمية لجنة مشتركة من الخبراء لدراسة إطاريهما القانونيين وتقديم توصيات لتعزيز الاتساق في التعامل مع التدابير التجارية التقييدية المفروضة لأسباب تتعلق بالصحة العامة.

التوصية ٢٤

تنشئ منظمة التجارة العالمية ومنظمة الصحة العالمية لجنة خبراء مشتركة غير رسمية لدراسة التدابير الممكنة لتعزيز الاتساق بين اللوائح الصحية الدولية والأطر القانونية لمنظمة التجارة العالمية بشأن القيود التجارية المفروضة لأسباب تتعلق بالصحة العامة.

٦ - تعزيز فعالية المعونة والمساءلة بشأنها

٢٣٥ - أعرب العديد من المحاورين الوطنيين عن قلقهم بشأن تجزؤ البرامج الدولية المنفذة في بلدانهم دون التنسيق الكافي مع السلطات المعنية. وكثيرا ما يؤدي ذلك إلى تجزؤ الجهود

الدولية ويتسبب في ازدواجية البرمجة ويحد من فعالية المعونة. وعلى ضوء هذه الخلفية، يجدد الفريق التأكيد على أهمية الوفاء بالالتزامات الدولية القائمة في هذا المجال.

التوصية ٢٥

تمثل البلدان والأطراف الشريكة لإعلان باريس بشأن فعالية المعونة، وخطة عمل أكرا، واتفاق شراكة بوسان، لا سيما فيما يتعلق بتنسيق الدعم ومواءمة الجهود والخضوع للمساءلة المتبادلة.

- تُبلغ جميع الجهات الفاعلة الدولية الحكومات بصورة منهجية بالمعونات التي تتبرع بها للبلدان وتنسق برامجها مع الوزارات المعنية
- عند الاستجابة لحالة من حالات الطوارئ، يكون منسق الطوارئ مسؤولاً عن تقديم الدعم للحكومة في التأكد من أن المساعدة الدولية تنسق بفعالية.

سادسا - المتابعة والتنفيذ

٢٣٦ - لم يكن تفشي فيروس إيبولا في غرب أفريقيا في عام ٢٠١٤ إلا آخر حدث في سلسلة من حالات تفشي الأمراض المعدية التي كان من الممكن احتواؤها بسرعة أكبر. فلو كان هناك هيكل صحي فعال قائم على الصعيد العالمي، لأمكن الحد من نطاق تفشي المرض بقدر كبير ولأمكن تفادي الآلاف من حالات الإصابة والوفاة. ويعرض هذا التقرير الإصلاحات الرئيسية التي يجب تنفيذها لإنشاء مثل هذا النظام وجعل العالم في مأمن من تهديدات الأوبئة.

٢٣٧ - ومع ذلك، يساور الفريق قلق بالغ من أن الزخم السياسي اللازم لإجراء تغييرات حاسمة سيضيع، مثلما حدث مرات عديدة في السابق، ومن أن الاستثمار الذي تشتد الحاجة إليه لن يقدم في الوقت المناسب. فالتاريخ الحديث لا يبعث على الثقة.

٢٣٨ - وفي السنوات العشرين الماضية، بُذل العديد من الجهود المماثلة لتحسين حماية العالم من الأمراض المعدية. وقد دفعت إلى تلك الجهود كلها تجارب الكوارث التي حدثت في الآونة الأخيرة، وقد باءت كلها بالفشل في نهاية المطاف.

٢٣٩ - ومن المفارقات أن في عام ١٩٩٥، كان بطء الاستجابة لتفشي فيروس إيبولا في كيكويت في جمهورية الكونغو الديمقراطية، إلى جانب تفشي مرضين آخرين، هو ما دفع العالم إلى عقد العزم على مراجعة اللوائح الصحية الدولية بهدف تعزيز الاستجابة العالمية. غير أن ذلك العزم قد تبخر وتوقفت المفاوضات.

٢٤٠ - وكان تفشي وباء المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS) في عام ٢٠٠٣ هو ما أدى إلى الزخم اللازم لاستكمال المفاوضات بشأن اللوائح الصحية الدولية، التي بدأ نفاذها في عام ٢٠٠٧.

٢٤١ - وفي عام ٢٠٠٩، دفع تفشي وباء الإنفلونزا H1N1 الذي أودى بحياة ما يقدر بنحو ٣٠٠ ٠٠٠ شخص إلى استعراض اللوائح الصحية الدولية. وأوصى ذلك الاستعراض بتنفيذ العديد من نفس الإصلاحات التي يوصي بها الفريق، بما في ذلك إنشاء صندوق طوارئ للتصدي للأوبئة، وإنشاء قوة عاملة صحية عالمية، وتعزيز قدرات منظمة الصحة العالمية على الاستجابة لحالات تفشي الأمراض. ولم يؤخذ بمعظم تلك التوصيات.

٢٤٢ - وبدلاً من ذلك، في عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٠، اقتطعت الدول الأعضاء ٥٠٠ مليون دولار من الميزانية الإجمالية لمنظمة الصحة العالمية لفترة السنتين، وخفضت أعداد الموظفين في أقسام الاستجابة الطارئة في المنظمة بقدر كبير. وفي أيار/مايو ٢٠١٥، بعد وقت قصير من تجاوز حالة تفشي فيروس إيبولا ذروتها، تم الاعتراض في جمعية الصحة العالمية على اقتراح بزيادة ما لا يتعدى نسبة ٥ في المائة في الميزانية المقررة للمنظمة. وفي وقت كتابة هذا التقرير، بلغ مجموع التبرعات المقدمة لصندوق الطوارئ الذي أنشأته المنظمة حديثاً ١٤,٣ مليون دولار، وهو مبلغ بعيد كل البعد عن الرصيد المتصور البالغ ١٠٠ مليون دولار.

٢٤٣ - وقد أزاحت قضايا جديدة مثل الهجرة والتراعات تهديد الأوبئة من عناوين الأنباء الرئيسية بالفعل، مما يهدد باستمرار فقدان العزم والتمويل المحتمل اللازم للتصدي للآزمات الصحية.

٢٤٤ - وقد أبلغ الفريق بأن الافتقار للقيادة السياسية على الصعد القطري والإقليمي والدولي فيما يتعلق بالتأهب للآزمات الصحية والاستجابة لها كان عاملاً حاسماً في تقويض فعالية الإجراءات. فرؤساء الدول والحكومات هم من يجب أن يقودوا الإجراءات ذات الأولوية المتعلقة بالأوبئة.

٢٤٥ - وعلى ضوء هذه الخلفية، فإن الفريق مقتنع بضرورة وجود آلية للحفاظ على الزخم الحالي وضمان تنفيذ الإصلاحات الحاسمة. ولذلك يبحث الفريق الجمعية العامة على إنشاء "مجلس رفيع المستوى معني بآزمات الصحة العامة العالمية".

٢٤٦ - ويتعين أن يكلف هذا المجلس الرفيع المستوى برصد تنفيذ توصيات هذا الفريق والإصلاحات ذات الصلة في مجال تعزيز هيكل الصحة العامة على الصعيد العالمي. وسيتعين على المجلس أن يقدم تقارير مرحلية منتظمة إلى الجمعية العامة.

٢٤٧ - ولضمان أن تظل مسألة الأزمات الصحية في صدارة جدول الأعمال العالمي، يتعين على المجلس أيضاً أن يشرف على إنشاء لجنة تحضيرية لتنظيم مؤتمر قمة حول أزمات الصحة العامة العالمية يُعقد في عام ٢٠١٨.

التوصية ٢٦

تنشئ الجمعية العامة للأمم المتحدة على الفور مجلساً رفيع المستوى معنياً بأزمات الصحة العامة العالمية لضمان أن يكون العالم متأهباً وقادراً على الاستجابة لأزمات الصحة العامة.

- يرصد المجلس الرفيع المستوى القضايا السياسية وغير الصحية المتعلقة بضرورات الوقاية والتأهب لاحتمالات تفشي الأوبئة على الصعيد العالمي التي يمكن أن تكون لها آثار غير مسبوقه على الاقتصادات وتنقل الأشخاص واستقرارهم، وكذلك على شفائهم. وسيحدد المجلس تأكيد التوجيهات في أوقات الأزمات الصحية وسيتدخل في المجالات المتضررة غير مجال الصحة
- يرصد المجلس الرفيع المستوى تنفيذ التوصيات التي يعتمدها الفريق الرفيع المستوى المعني بالاستجابة العالمية للأزمات الصحية على الصعيد القطري والإقليمي والدولي ويبلغ الجمعية العامة بذلك بانتظام
- يكفل المجلس الرفيع المستوى أن التوصيات التي يعتمدها الفريق الرفيع المستوى تنفذ في الوقت المناسب
- يتألف المجلس الرفيع المستوى من ممثلين سياسيين لما يتراوح عدده ما بين ٤٥ و ٥٠ دولة من الدول الأعضاء، وتنتخبهم الجمعية العامة
- يقدم المجلس الرفيع المستوى الدعم للاستعدادات الفنية لعقد مؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة العالمية

التوصية ٢٧

يُعقد مؤتمر قمة بشأن أزمات الصحة العامة العالمية في عام ٢٠١٨ للتركيز على التأهب والاستجابة للأزمات الصحية.

٢٤٨ - يأمل الفريق أن المجلس الرفيع المستوى سيرفع مسألة أزمات الصحة العامة العالمية إلى المكانة التي تحق لها في جدول الأعمال الدولي.

المرفق الأول

مسرد المصطلحات

١ - الاشتراكات المقررة - وهي المبالغ المستحقة على الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لاكتساب صفة الدولة العضو في المنظمة، وتحتسب هذه الاشتراكات وفقا للنتائج الاقتصادية للبلد وعدد سكانه^(أ).

٢ - مستويات السلامة البيولوجية - هي أربعة مستويات تسترشد بها المختبرات المختصة في اتباع الطريقة السليمة لمناولة الميكروبات ومسببات الأمراض واحتوائها. وتحدد هذه المستويات وفقا لدرجة العدوى، وحدة المرض، وقابليته للانتقال، وطبيعة العمل وما إلى ذلك من عوامل أخرى.

مستوى السلامة البيولوجية ١ - ويشمل مسببات المرض التي لا يعرف عنها أنها تتسبب على نحو مستمر في أمراض لدى الكبار وتنطوي على احتمالات دنيا لأن تشكل خطرا على العاملين في المختبرات والبيئة (من قبيل بكتيريا الإشريكية القولونية).

مستوى السلامة البيولوجية ٢ - ويشمل مسببات الأمراض التي تشكل أخطارا متوسطة على العاملين في المختبرات والبيئة (من قبيل، العنقودية الذهبية)^(ب).

مستوى السلامة البيولوجية ٣ - مسببات الأمراض التي يمكن أن تسبب أضرارا بالغة أو يمكن أن تؤدي إلى مرض قاتل ينتقل عن طريق الجهاز التنفسي (من قبيل السل الناجم عن بكتيريا مايكو)^(ج).

مستوى السلامة البيولوجية ٤ - وهو أعلى مستويات السلامة البيولوجية، وهناك عدد قليل من المختبرات في جميع أنحاء العالم بهذا المستوى من السلامة. وتشكل هذه المسببات المرضية خطرا كبيرا من حيث التعرض للإصابات المنقولة عن طريق الهباء الجوي، وهي غالبا ما تكون قاتلة، ولا يوجد لها علاج أو لقاح (هناك مثالان للميكروبات المتعامل معها في مختبرات للسلامة البيولوجية من المستوى ٤ يشملان فيروس الإيبولا وفيروسات ماربورغ)^(د).

(أ) www.who.int/about/funding/assessed/en/

(ب) www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety

(ج) www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety

(د) www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety

٣ - الأمراض المعدية - هي أمراض تنتقل من إنسان لآخر أو من الحيوان إلى الإنسان^(هـ).

٤ - عامل في المجال الصحي في المجتمعات المحلية - وهم عمال ذوو مهارات محدودة، ويشكلون الفئة الرئيسية من القوة العاملة في قطاع الصحة العامة^(و). ومن المهام المحتملة المنوطة بهم، الزيارات المنزلية؛ والتصحاح البيئي؛ وتقديم الإسعافات الأولية؛ ومعالجة الاعتلالات الشائعة والبسيطة؛ والتربية الصحية؛ والتغذية والمراقبة؛ وصحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة؛ وخدمات الرعاية المتعلقة بمرض السل ونقص المناعة البشرية/الإيدز؛ ومكافحة الملاريا؛ والتهابات الجهاز التنفسي الحادة؛ ومكافحة الأمراض المعدية؛ وأنشطة النهوض بالمجتمعات المحلية؛ والإحالات إلى مستويات أرفع من الرعاية؛ ومسك دفاتر الحسابات^(ز).

٥ - الفيروس التاجي - هو نوع شائع من الفيروسات عادة ما لا يسبب إلا أمراضاً تنفسية علوية تكون درجة حدتها بين خفيفة ومتوسطة. ويستثنى من ذلك المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس)، التي حددت في عام ٢٠٠٣، وفيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الذي حدد في عام ٢٠١٢، وكلاهما أديا إلى تفشي الأوبئة في السنوات الـ ١٥ الماضية بنسب مختلفة ودرجات تتباين حدتها^(ح).

٦ - عملية تطوير العقاقير - وهي اختبار سريري للعقاقير من مستويات: المرحلة التجريبية الأولى - خلال دراسات المرحلة الأولى، يختبر الباحثون عقاراً جديداً لتقييم سلامته تناوله.

المرحلة التجريبية الثانية - في المرحلة الثانية من الدراسات، يناول الباحثون العقار لمجموعة من المرضى الذين يعانون من مرض أو حالة يجري تطوير الدواء لمعالجتها، وذلك بغية اختبار نجاعته، والتأكد مرة ثانية من سلامته تناوله.

المرحلة التجريبية الثالثة - يصمم الباحثون دراسات المرحلة الثالثة لمواصلة إثبات تحقيق النجاعة والسلامة في مجموعة أكبر من البشر (من عدة مئات إلى عدة آلاف)، ومقارنة العلاج بأي علاج آخر موجود حالياً^(ط).

(هـ) www.globalhealth.gov/global-health-topics/communicable-diseases/

(و) www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf

(ز) www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf

(ح) www.cdc.gov/coronavirus/

(ط) www.who.int/ictpr/glossary/en/#TrialPhase

- ٧ - الاستجابة في حالات الطوارئ - الغرض من إطار التصدي في حالات الطوارئ هو توضيح أدوار ومسؤوليات منظمة الصحة العالمية وتقديم نهج مشترك لعملها في حالات الطوارئ. وفي نهاية المطاف، يتطلب إطار منظمة الصحة العالمية تعجيل وتيرة العمل والقدرة على التنبؤ لتقديم الخدمات على أحسن وجه للسكان المتضررين من هذه الحالات^(ي).
- ٨ - الأمراض المتوطنة - تشير إلى الوجود المتواصل و/أو التفشي الاعتيادي لمرض أو عامل من العوامل البيولوجية المعدية بين سكان منطقة جغرافية ما^(ك).
- ٩ - الأوبئة - تشير إلى ما يحدث في مجتمع ما أو في منطقة ما من حالات أمراض أو أنماط سلوك محدد مرتبط بالصحة أو أحداث أخرى تتصل بالصحة وتتجاوز بشكل واضح ما هو متوقع في العادة. ويختلف عدد الحالات التي تشير إلى وجود وباء باختلاف العامل، والعدد، وفئات السكان المعرضين، وتعرضهم للمرض من قبل أو عدم تعرضهم له، وتاريخ ومكان حدوث الحالة^(ل).
- ١٠ - الفريق الطبي الأجنبي - وهو وحدة تساهم بها مؤسسة أو بلد، وتوفده منظمة الصحة العالمية لتوفير الرعاية في حالات الطوارئ للمرضى الذين يعانون من أمراض وبائية، وإصابات مرضية وغيرها من الحالات المرضية التي تهدد الحياة^(م).
- ١١ - إنفلونزا H1N1 - وهو فيروس إنفلونزا كان معروفاً بأنه يصيب الخنازير، وتسبب في تفشي وباء في عام ٢٠٠٩، ولكنه أصبح ينتشر الآن موسمياً في جميع أنحاء العالم^(ن).
- ١٢ - إنفلونزا H5N1 - وهو فيروس إنفلونزا معروفاً بأنه يصيب الطيور، ويبلغ معدل الوفيات الناجمة عنه ٦٠ في المائة تقريباً وقد أثبت حتى الآن ضعف احتمال انتقاله من إنسان إلى آخر^(س).
- ١٣ - الرعاية الصحية - توفير الخدمات لحفز وتحسين الصحة البدنية والعقلية^(ع).

(ي) www.who.int/hac/about/erf/en/

(ك) www.cdc.gov/ophs/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html

(ل) www.who.int/hac/about/definitions/en/

(م) www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt/en/

(ن) www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm

(س) www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm

(ع) www.oxforddictionaries.com/us/definition/american_english/healthcare

١٤ - مجموعة الصحة - هي مجموعة وكالات تنضم لبعضها البعض للعمل سويا من أجل أهداف مشتركة في قطاع معين من قطاعات الاستجابة في حالات الطوارئ^(ف). وتقود منظمة الصحة العالمية مجموعة الصحة العالمية التي تضم في الوقت الحالي أكثر من ٣٠ وكالة ومنظمة ومؤسسة شريكة معنية بالشؤون الإنسانية^(ص).

١٥ - الأزمات الصحية - لأغراض هذا التقرير، اختار الفريق أن يركز اهتمامه على الأزمات الصحية الناشئة عن تفشي أمراض معدية، سواء ما كان منها جديدا أو حادا أو عائدا، يوجد احتمال لأن تنتشر على الصعيد الدولي. وعموما، تمثل الأزمة الصحية حدثا يفوق قدرة النظام الصحي على احتواء انتشاره وتجنب وقوع عدد مفرط في حالات الاعتلال والوفيات التي قد تنجم عن تفشي مرض، أو كارثة طبيعية أو بعض الحوادث الأخرى.

١٦ - عمال الصحة - هم طائفة متنوعة من الأشخاص منهم من هو ذو مهارات محدودة ومن هو ذو مهارات عالية يدعمون تقديم خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة العامة^(ق).

١٧ - النظام الصحي - هو نظام يرمي إلى تنسيق جميع الأنشطة اللازمة من أجل تعزيز واستعادة و/أو الحفاظ على صحة الأفراد والسكان^(ك).

١٨ - مستويات الطوارئ الإنسانية التي حددها اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات - هذه اللجنة هي بمثابة الآلية الرئيسية التي تتولى تحت قيادة منسق الإغاثة في حالات الطوارئ التنسيق المشترك بين الوكالات للمساعدة الإنسانية التي تقدم استجابة لحالات طوارئ معقدة وكبيرة^(ش). وتصنف اللجنة حالات الطوارئ في أحد المستويات الثلاثة التالية: المستوى ١، ويتعلق بحالات طوارئ يمكن أن تصدى لها المكاتب القطرية للوكالات؛ والمستوى ٢، ويتعلق بحالات طوارئ تتطلب تعبئة موارد تتجاوز نطاق المكاتب القطرية، كتعبئتها على الصعيد الإقليمي؛ والمستوى الثالث، ويتطلب تفعيل منظومة العمل الإنساني برمتها.

(ف) www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/who_field_handbook/annex_7/en/

(ص) www.who.int/hac/about/faqs/en/index3.html

(ق) www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf

(ر) www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

(ش) interagencystandingcommittee.org/iasc/membership-and-structure

ويشير المستوى ٣ أو L3 إلى حالات طوارئ تشكل أزمة إنسانية مفاجئة كبيرة ناجمة عن كوارث طبيعية أو نزاعات وتتطلب تعبئة على نطاق المنظومة برمتها لضمان استجابة أكثر فعالية في تلبية الاحتياجات الإنسانية للسكان المتضررين. وهذا التدبير الاستثنائي لا يطبق إلا في حالات استثنائية، عندما تكون الخطورة على قدر يبرر القيام بتعبئة تفوق المستويات المتوقعة في العادة، مع التسليم بالتكامل بين النظم الإنسانية. ويتولى منسق الإغاثة في حالات الطوارئ، بالتشاور مع مسؤولي اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، تصنيف حالة طوارئ بوصفها حالة من المستوى L3، على أساس تحليل خمسة معايير هي: الحجم ودرجة التعقيد ودرجة الاستعجال والقدرة وخطر الإضرار بالسمعة^(ت).

١٩ - الوقاية من العدوى ومكافحتها - المبادئ الأساسية المستخدمة لمنع انتشار العدوى إلى الآخرين، ولا سيما في مرافق الرعاية الصحية والأماكن العامة^(ث).

٢٠ - اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) - هي صك قانوني دولي خَلَفَ الأنظمة الصحية الدولية، وهو ملزم لما عدده ١٩٦ دولة طرفاً في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. والهدف من هذه اللوائح هو منع انتشار الأمراض على الصعيد الدولي، والحماية منها ومكافحتها والاستجابة لها، مع تجنب أي تدخل لا مبرر له في الحركة الدولية لتتقل الأشخاص والتجارة الدولية. ومن بين المسؤوليات والالتزامات الأخرى، تتطلب اللوائح الصحية الدولية من البلدان إبلاغ منظمة الصحة العالمية عن بعض حالات تفشي الأمراض وحوادث الصحة العامة. وقد تم الاتفاق على آخر تنقيحات هذه اللوائح الصحية الدولية في عام ٢٠٠٥، ودخلت حيز النفاذ في ١٥ حزيران/يونيه ٢٠٠٧^(ج).

٢١ - القدرات الأساسية اللازمة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية - تحدد اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) احتياجات أساسية من القدرات لكل بلد من البلدان الأطراف في تلك اللوائح، البالغ عددها ١٩٦ بلداً، وذلك لكفالة أن تكون لكل بلد القدرة على أن يتولى على النحو السليم كشف أي حالات طوارئ محتملة في مجال الصحة العمومية تأثير القلق على الصعيد الدولي، والاستجابة لها^(د).

(ت) <https://interagencystandingcommittee.org/node/2564>.

(ث) www.who.int/topics/infection_control/en/.

(ج) www.who.int/ihr/about/faq/en/.

(د) www.phe.gov/Preparedness/international/ihr/Documents/Cor%20Capacity%205_12.pdf.

٢٢ - لجنة استعراض اللوائح الصحية الدولية - تدعو اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) إلى إنشاء لجنة استعراض بعد حل كل أزمة صحية معينة تثير القلق على الصعيد الدولي. ويعهد إلى هذه اللجنة بمهمة تقييم فعالية اللوائح الصحية الدولية فيما يتعلق بالوقاية من الأزمات والتأهب والاستجابة لها. وقد عينت في آب/أغسطس ٢٠١٥ لجنة لاستعراض اللوائح الصحية الدولية، للنظر في أداء اللوائح الصحية الدولية في التصدي لوباء الإيبولا في غرب أفريقيا.

٢٣ - أقل البلدان نمواً - ويعنى بها البلدان المنخفضة الدخل التي تعاني من أشد العوائق الهيكلية وطأة في مجال التنمية المستدامة. ويوجد حالياً ٤٨ بلداً عينتها الأمم المتحدة ضمن أقل البلدان نمواً. ويقاس معيار الدخل بنصيب الفرد في إجمالي الدخل القومي، وهو ما يعطي معلومات عن حالة الدخل في البلد. ويُستند في تحديد عتبة الإدراج إلى متوسط ثلاث سنوات لمستوى الدخل القومي الإجمالي للفرد، وذلك هو الأسلوب المتبع في البنك الدولي لتحديد البلدان المنخفضة الدخل. وستكون عتبة الإدراج في فئة أقل البلدان نمواً ١٠٣٥ دولاراً في استعراض عام ٢٠١٥^(ض).

٢٤ - فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية - وهو فيروس حيواني المصدر (ينتقل من الحيوان إلى الإنسان) حدد لأول مرة في المملكة العربية السعودية في عام ٢٠١٢. ويتسبب هذا الفيروس في أمراض تنفسية ناجمة عن فيروس تاجي جديد^(ع).

٢٥ - التقنيات المتنقلة في مجال الصحة (mHealth) - جزء من برنامج الصحة الإلكترونية (eHealth) لتوفير الخدمات والمعلومات الصحية من خلال التكنولوجيات المتنقلة كالهواتف النقالة والحواسيب اللوحية وأجهزة المساعد الرقمي الشخصي^(ط).

٢٦ - بروتوكول ناغويا الملحق باتفاقية التنوع البيولوجي - بروتوكول ناغويا بشأن الحصول على الموارد الجينية والتقاسم العادل والمنصف للمنافع الناشئة عن استخدامها هو اتفاق ملحق باتفاقية التنوع البيولوجي. وقد بدأ نفاذه في عام ٢٠١٤، وهو يوفر إطاراً قانونياً شفافاً للتقاسم العادل والمنصف للمنافع الناشئة عن استخدام الموارد الجينية. والغرض من البروتوكول هو إيجاد قدر أكبر من اليقين القانوني والشفافية لكل من مقدمي الموارد الجينية ومستخدميها، وذلك بوضع شروط أكثر قابلية للتنبؤ بها تكفل الوصول إلى الموارد الجينية والمساعدة في كفالة تقاسم المنافع عندما تترك الموارد الجينية البلد الذي يوفر هذه الموارد^(أ).

(ض) www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_criteria.shtml

(ع) www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/en/

(ط) www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/definitions/en/

(أ) www.cbd.int/abs/about/

٢٧ - نقطة الاتصال المعنية بالتنسيق في مجال اللوائح الصحية الدولية - وتقوم هذه النقطة بدور حاسم في مجال الاتصالات مع كل من منظمة الصحة العالمية وسائر الهيئات الوطنية العاملة في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وهي مسؤولة عن التنسيق في بلدها وعن إبلاغ وإخطار منظمة الصحة العالمية بحدوث الصحة^(بب).

٢٨ - الأمراض المهملة - وهي حالات تسبب أعباء صحية وخيمة على أفقر الناس في العالم وغالبا ما يتجاهلها مصنعو الأدوية وواضعو برامج الصحة العامة، وواضعو السياسات، ووسائل الإعلام. والكثير من هذه الأمراض هي أمراض معدية وهي أكثر شيوعا في المناطق ذات المناخ الاستوائي، وإن كانت قد توجد في طائفة من البيئات في جميع أنحاء العالم^(جج).

٢٩ - أمراض المناطق المدارية المهملة - وهي مجموعة متنوعة من ١٨ مرضا معديا توجد بكثرة في المناطق المدارية وشبه المدارية في ١٤٩ بلدا وتصيب أكثر من بليون شخص، وهو ما يكلف اقتصادات البلدان النامية بلايين الدولارات سنويا. وهي تؤثر أساسا على السكان الذين يعيشون في فقر، دون مرافق ملائمة للصرف الصحي، وفي احتكاك بعوامل معدية وحيوانات منزلية وحيوانات من المواشي^(د).

٣٠ - الأمراض غير المعدية - وتعرف باسم الأمراض المزمنة وهي ليست معدية ولا تنتقل من شخص لآخر. وهي طويلة الأمد وبطيئة التقدم عموما وتشمل أمراض القلب والأوعية الدموية (من قبيل النوبات القلبية والسكتات) وأمراض السرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة (كأمراض الانسداد الرئوي المزمن والربو)، والسكري^(هه).

٣١ - المساعدة الإنمائية الرسمية - وتشمل تدفقات الأموال من مؤسسات متعددة أطراف إلى البلدان والأقاليم وهي: (أ) أموال تقدمها وكالات رسمية كالدولة والحكومات المحلية، أو تقدمها وكالاتها التنفيذية؛ و (ب) كل صفقة '١' تُقدّم بحيث يكون الهدف الرئيسي منها تعزيز التنمية الاقتصادية للبلدان النامية ورفاهها؛ '٢' وتكون تساهلية بطبيعتها وتتضمن عنصر منح لا تقل نسبته عن ٢٥ في المائة (محبوبا بسعر خصم يساوي ١٠ في المائة)^(و).

(بب) www.who.int/ihr/nfp/en/

(جج) https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected_diseases_faqs.pdf

(دد) www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/

(هه) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/

(وو) www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassistance/definitionandcoverage.htm

٣٢ - توحيد الأداء في مجال الصحة - يسعى هذا النهج إلى تحسين الصحة والرفاه من خلال منع الأخطار والتخفيف من آثار الأزمات التي تنشأ في العلاقة بين الإنسان والحيوان وبيئتهما المتنوعتين^(ز).

٣٣ - التفشي - يحمل نفس التعريف المنطبق على الوباء، ولكن يُقصر استخدامه على منطقة جغرافية محدودة^(ح).

٣٤ - الجائحة - وتطلق على الوباء الذي ينتشر في عدة بلدان، وعادة ما يشمل عددا كبيرا من الناس^(ط).

٣٥ - الإطار الخاص بالتأهب للجائحة الإنفلونزا - يجمع هذا الإطار الدول الأعضاء والقطاع المعني وأصحاب المصلحة الآخرين ومنظمة الصحة العالمية لتنفيذ نهج عالمي في مجال التأهب لمواجهة جائحة الإنفلونزا والتصدي لها. وتشمل أهدافها الرئيسية تحسين وتعزيز تبادل المعلومات بشأن فيروسات الإنفلونزا المحتمل أن تسبب في جائحة؛ وزيادة إمكانية وصول البلدان النامية إلى اللقاحات وغيرها من اللوازم الضرورية في الجائحات^(ي).

٣٦ - العامل الممرض - وهو كائن حي، كالبكتيريا والفيروس، والطفيليات، أو الفطريات يسبب للإنسان مرضا^(ك).

٣٧ - معدات الحماية الشخصية - هي معدات تصمم لحماية العمال من التعرض لإصابات أو أمراض خطيرة في مكان العمل تنجم عن الاحتكاك بمواد كيميائية أو إشعاعية أو مادية أو كهربائية أو ميكانيكية، أو غير ذلك من المواد الخطرة في مكان العمل. وبالإضافة إلى الأقنعة الواقية والنظارات الواقية والخوذات الصلبة والأحذية الواقية، تشمل المعدات الواقية طائفة متنوعة من الأدوات والملابس، كالنظارات، والمعاطف، والقفازات، والصدرات، وسدادات الأذنين وأجهزة التنفس. وبدون تدريب كافٍ على استخدام هذه المعدات وإزالتها والتخلص منها، فإن معدات الحماية المذكورة لن توفر حماية فعالة^(ل).

(ز) www.onehealthglobal.net/what-is-one-health/

(ح) www.cdc.gov/ophs/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html

(ط) www.cdc.gov/ophs/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html

(ي) www.who.int/influenza/pip/en/

(ك) www.cdc.gov/vaccines/about/terms/glossary.htm

(ل) www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/ppe-factsheet.pdf

٣٨ - الصحة العامة - الصحة العامة هي علم وفن تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، وإطالة أمد الحياة من خلال الجهود المنظمة التي يبذلها المجتمع^(٢٢).

٣٩ - حالات الطوارئ في مجال الصحة العامة - ظهور أمراض أو مشاكل صحية، أو خطر محقق يتمثل في ظهورها، بسبب حوادث تشمل الأمراض الوبائية أو الجائحة التي تشكل خطراً كبيراً يهدد بملاك عدد كبير من الناس أو أصابتهم بإعاقة دائمة أو طويلة الأجل^(٢٣).

٤٠ - حالات الطوارئ في مجال الصحة العمومية التي تثير القلق على الصعيد الدولي - وتعني الحوادث غير العادية التي يُعتبر أنها، بحسب ما هو منصوص عليه في اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥):

(أ) تشكل خطراً على الصحة العامة على الدول الأخرى عن طريق انتشار المرض على الصعيد الدولي؛

(ب) يكون من المحتمل أن تتطلب أيضاً تقديم استجابة دولية منسقة^(٢٤).

ويعلن المدير العام عن حالات الطوارئ بعد التشاور مع الدولة الطرف المعنية ولجنة الطوارئ المعينة لوضع التوصيات المؤقتة بشأن حالات الطوارئ. وفي تحديد ما إذا كان حدث ما يشكل حالة طارئة في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي، يأخذ المدير العام في الاعتبار ما يلي:

(أ) المعلومات التي تقدمها الدولة الطرف؛

(ب) أداة البت المبينة في المرفق ٢ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛

(ج) المشورة المقدمة من لجنة الطوارئ؛

(د) المبادئ العلمية، فضلاً عن الأدلة العلمية المتاحة والمعلومات الأخرى ذات الصلة؛

(هـ) تقييم الخطر المحدق بصحة الإنسان، واحتمال انتشار الأمراض واحتمال

التدخل في الحركة الدولية لتنقل الأشخاص والبضائع^(٢٥).

(مم) www.who.int/rpc/meetings/wr2004/en/index8.html

(نن) www.who.int/hac/about/definitions/en/

(سس) www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/

(عع) www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/

٤١ - الاتفاق الخاص بتطبيق التدابير الصحية وتدابير الصحة النباتية - يسعى الاتفاق الخاص بتطبيق التدابير الصحية وتدابير الصحة النباتية إلى تحقيق توازن بين حق أعضاء منظمة التجارة العالمية في حماية الصحة والحاجة إلى السماح بالتدفق السلس للسلع عبر الحدود الدولية. ويقر الاتفاق بحق أعضاء منظمة التجارة العالمية في اعتماد التدابير المشروعة لحماية الأمن الغذائي والصحة الحيوانية والنباتية، مع ضمان ألا تطبق هذه التدابير بطريقة لا لزوم لها لأغراض حمائية^(ف).

٤٢ - التغطية الصحية الشاملة - ويتمثل الهدف منها في التأكد من أن جميع الناس يحصلون على الخدمات التي يحتاجون إليها دون معاناة من صعوبات مالية. ويتطلب هذا الأمر نظاما صحيا فعالا وحسن الإدارة وتمويل الخدمات الصحية، والحصول على الأدوية الأساسية والتكنولوجيات، وقوى عاملة في قطاع الصحة حسنة التدريب^(ص).

٤٣ - الأمراض المنقولة عن طريق العوامل الناقلة - هي أمراض تنقل إلى الإنسان عن طريق ناقلات (من غير البشر أو الحيوانات)، كالبعوض والقراد^(ق).

٤٤ - جمعية الصحة العالمية - وهي الهيئة التي تتخذ قرارات منظمة الصحة العالمية وتحدد سياساتها، وتعين هذه الجمعية المدير العام، وتشرف على السياسات المالية، وتستعرض الميزانية البرنامجية المقترحة وتعتمدها^(ر).

٤٥ - الممثل القطري لمنظمة الصحة العالمية - وهو ممثل منظمة الصحة العالمية في البلد الذي يعمل به ويتولى فيه مسؤولية توجيه وإدارة تنفيذ مبادرات البرامج. ويتعاون هذا الشخص على نحو وثيق مع وزارات الحكومة/الصحة وسائر المنظمات غير الحكومية في البلد المضيف^(ش).

٤٦ - درجات تصنيف منظمة الصحة العالمية لحالات الطوارئ - تصنف منظمة الصحة العالمية حالات الطوارئ في أربع درجات تختلف وفقا لمعايير محددة:

(ف) www.wto.org/english/thewto_e/20y_e/sps_brochure20y_e.pdf

(ص) http://www.who.int/universal_health_coverage/en/

(ق) http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/vector-borne_diseases/pages/index.aspx

(ر) <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>

(ش) <http://apps.hr.emory.edu/JobDescriptions/class.jsp?code=XA29>

(أ) الحوادث غير المصنفة: وتشمل الحوادث التي تقوم منظمة الصحة العالمية بتقييمها أو تعقبها أو رصدتها، والتي لا تتطلب منها استجابة فورية؛

(ب) الدرجة الأولى: حالة قطرية أو متعددة الأقطار تترتب عليها درجات دنيا من التبعات على الصحة العامة التي تتطلب من منظمة الصحة العالمية استجابة دنيا على صعيد المكتب القطري أو استجابة دنيا على الصعيد الدولي. ويكون الدعم التنظيمي و/أو الدعم الخارجي المطلوب من المكتب القطري في الحد الأدنى. وتتولى نقطة الاتصال في المكتب الإقليمي تنسيق عملية تيسير هذا الدعم للمكتب القطري؛

(ج) الدرجة الثانية: حالة قطرية أو متعددة الأقطار تترتب عليها درجات متوسطة من التبعات على الصحة العامة التي تتطلب من منظمة الصحة العالمية استجابة متوسطة على صعيد المكتب القطري و/أو استجابة متوسطة على الصعيد الدولي. ويكون الدعم التنظيمي و/أو الدعم الخارجي المطلوب من المكتب القطري متوسطا. ويتولى فريق من أفرقة الدعم في حالات الطوارئ، يدار من خارج المكتب الإقليمي (لا يدار فريق الدعم في حالات الطوارئ من خارج المقر إلا في حالة تضرر مناطق إقليمية متعددة) التنسيق لتقديم الدعم إلى المكتب القطري؛

(د) الدرجة الثالثة: حالة قطرية أو متعددة الأقطار تترتب عليها درجات عالية من التبعات على الصحة العامة التي تتطلب من منظمة الصحة العالمية استجابة قوية على صعيد المكتب القطري و/أو على الصعيد الدولي. ويتولى فريق من أفرقة الدعم في حالات الطوارئ، يدار من خارج المكتب الإقليمي، تنسيق الدعم الذي يقدم إلى المكتب القطري^(تت).

٤٧ - المرض الحيواني المصدر - هو المرض الذي يمكن أن ينتقل من الحيوان إلى الإنسان. وقد تكون فيروسات وبكتيريا، وطفيليات، وفطريات هي سبب هذا المرض^(تت).

(تت) www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/en/

(تت) www.cdc.gov/onehealth/zoonotic-diseases.html

المرفق الثاني

التواريخ الهامة في مراحل الأزمة والاستجابة لها

٢٠١٣

٢٨ كانون الأول/ديسمبر - المصاب الأول، وفاة طفل عمره عامان.

٢٠١٤

١٨ آذار/مارس - المسؤولون الصحيون في غينيا يعلنون عن تفشي حمى نزفية ويبلغون عن وجود ٣٥ إصابة، وما لا يقل عن ٢٣ حالة وفاة. وفي ٢٢ آذار/مارس، غينيا تعلن أن التحاليل قد أكدت أن الحمى تعزى إلى الإصابة بفيروس الإيبولا.

نهاية آذار/مارس ٢٠١٤ - منظمة الصحة العالمية تعلن عن ١١٢ إصابة و ٧٠ وفاة في غينيا وهي حالات تُعزى بشكل مؤكد إلى الإصابة بفيروس الإيبولا، أو يُشتبه في أنها تعزى إلى الإصابة به. ووزارة الصحة في ليبيريا تؤكد وقوع أول إصابتين في البلد بفيروس الإيبولا، بوجود مريضين في مقاطعتي لوبا ونيمبا. وأُبلغ أيضا عن الاشتباه في وجود ثلاث إصابات أخرى في سيراليون.

نهاية نيسان/أبريل - منظمة الصحة العالمية تعلن أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ٢٣٩ إصابة، وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ١٦٠ حالة.

١٩ أيار/مايو - وزير الصحة في غينيا يقدم إحاطة لجمعية الصحة العالمية بشأن فيروس الإيبولا في بلده ويقول إن نتائج مشجعة قد سُجّلت.

نهاية أيار/مايو - منظمة الصحة العالمية تعلن أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ٣٨٣ إصابة، وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ٢١١ حالة.

١٧ حزيران/يونيه - ليبيريا تعلن وصول فيروس الإيبولا إلى عاصمتها مونروفا.

٢١ حزيران/يونيه - منظمة أطباء بلا حدود تعلن عن تفشي موجة ثانية خرجت عن نطاق السيطرة، وتدعو إلى توفير موارد ضخمة لمكافحة الوباء.

نهاية حزيران/يونيه - منظمة الصحة العالمية تعلن أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ٧٧٩ إصابة، وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ٤٨١ حالة.

١٢ تموز/يوليه - تسجيل الإصابة الأولى في عاصمة سيراليون، فريتاون.

٢٠ تموز/يوليه - أحد ركاب طائرة خطوط جوية، باتريك سوير، وهو أحد كبار المسؤولين الحكوميين في وزارة المالية في ليبيريا، يدخل الفيروس من ليبيريا إلى لاغوس، نيجيريا. وهذه هي المرة الأولى التي يدخل فيها الفيروس إلى بلد جديد عن طريق السفر الجوي الدولي. وقد أدى هذا الحادث إلى اتخاذ خطط عاجلة لتنظيم لجنة طوارئ لتقييم الحالة الناشئة عن تفشي فيروس الإيبولا بموجب أحكام اللوائح الصحية الدولية. وقد توفي سوير في مستشفى نيجيري في ٢٥ تموز/يوليه.

٢٩ تموز/يوليه - وفاة الدكتور شيخ عمر خان، الخبير السيراليوني الكبير في مجال الحمى النزفية متأثراً بإصابته بفيروس الإيبولا. وحتى ذلك التاريخ، كان الدكتور خان أبرز عامل من بين العاملين في مجال الصحة يتوفى بسبب الإصابة بالمرض. وفي ما بعد، وصل عدد العاملين في مجال الصحة المتوفين خلال تفشي الوباء إلى ما يقرب من ٥٠٠ عامل.

٣٠ تموز/يوليه - ليبيريا تغلق المدارس وتصدر أوامر بفرض الحجر الصحي على أشد المجتمعات المحلية تضرراً، وتستعين بالجيش لذلك الغرض. وسيراليون تبدأ في نشر قواتها لفرض الحجر الصحي.

نهاية تموز/يوليه - منظمة الصحة العالمية تعلن أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ١ ٦٠٣ إصابات، وأن عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ٨٨٧ حالة.

٦-٧ آب/أغسطس - يعقد عن طريق التداول عن بُعد الاجتماع الأول للجنة الطوارئ المعنية بتفشي فيروس الإيبولا في غرب أفريقيا، التي أنشأتها منظمة الصحة العالمية بموجب اللوائح الصحية الدولية. وتتوصل اللجنة إلى اتفاق بالإجماع على اعتبار تفشي فيروس الإيبولا حالة طوارئ في مجال الصحة العامة تثير قلقاً دولياً، وفقاً للوائح الصحية الدولية، وتبلغ المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بهذا الاستنتاج، إلى جانب التوصيات المؤقتة التي أصدرتها اللجنة.

٨ آب/أغسطس - المدير العام لمنظمة الصحة العالمية يعلن أن الوباء يشكل حالة طوارئ في مجال الصحة العمومية تثير القلق على الصعيد الدولي.

١٢ آب/أغسطس - منظمة الصحة العالمية فريق الخبراء يوافق على استخدام عقاقير ولقاحات لم تثبت نجاعتها سلفاً. والتجارب السريرية تبدأ في وقت لاحق على عدة متطوعين لتجريب العلاج واللقاحات عليهم.

٢٧ آب/أغسطس - منظمة الصحة العالمية تصدر "خريطة طريق" للتصدي للوباء، وتحدد الاستراتيجيات والفئات المشمولة بكل مستوى من مستويات الخطر في تلك البلدان وتعلن عن أهداف مقترنة بشروط زمنية.

٢٩ آب/أغسطس - السنغال تؤكد اكتشاف أول إصابة في البلد بفيروس الإيبولا، وتعلق مواطن غيني سافر إلى داكار. وقد شفي الرجل ولم يبلغ عن إصابات أخرى. وأعلن في ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤ عن خلو السنغال من فيروس الإيبولا.

نهاية آب/أغسطس - تبين إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ٣٧٠٧ إصابة، وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ١٨٠٨ حالة.

١٨-١٩ أيلول/سبتمبر - مجلس الأمن يعقد جلسة طارئة في ١٨ أيلول/سبتمبر لتقييم الآثار المترتبة على الوباء باعتباره خطراً يهدد السلام والأمن الدوليين. الجمعية العامة ومجلس الأمن يعتمدان قرارين بإنشاء بعثة الأمم المتحدة للتصدي العاجل لفيروس الإيبولا، وهي المرة الأولى التي تنشئ فيها الأمم المتحدة بعثة لحالة طوارئ في مجال الصحة.

٢٢ أيلول/سبتمبر - منظمة الصحة العالمية تفيد بأن مجموع عدد الإصابات في نيجيريا قد وصل إلى ٢٠ إصابة وأن عدد الوفيات قد وصل فيها إلى ٨ حالات. وفي ٢٠ تشرين الأول/أكتوبر، أعلن عن خلو نيجيريا من فيروس الإيبولا.

نهاية أيلول/سبتمبر - تبين إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ١٥٧٧ إصابة، وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ٣٣٣٠ حالة.

٢٤ تشرين الأول/أكتوبر - وفاة بنت غينية في مالي عمرها عامان توفيت متأثرة بإصابتها بفيروس الإيبولا، وهي أول ظهور لفيروس الإيبولا في مالي. ولم تحدث أي حالة عدوى.

٢٧ تشرين الأول/أكتوبر - توفي إمام غيني في عيادة في باماكو، مالي، فيما يشكل إصابة أخرى في سلسلة عدوى غير متصلة بالحالة الأولى. ولم تشخص الإصابة إلا في ١١ تشرين الثاني/نوفمبر، عندما تأكدت إصابة ممرضة في العيادة بفيروس الإيبولا. وبلغ مجموع الإصابات التي أعلن عنها في مالي على إثر موجتي تفشي الفيروس ثماني إصابات وست حالات وفاة.

نهاية تشرين الأول/أكتوبر - تبين إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ١٣ ٥٤٠ إصابة وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ٩٤١ حالة. ومنظمة الصحة العالمية تفيد أن معدل الإصابات في ليبيريا قد تباطأ، وهو ما يعزى جزئياً إلى التغييرات في الممارسات التقليدية المتعلقة بالدفن. وأدى إجراء تقييم أكثر شمولاً لقواعد البيانات المتعلقة بالمرضى إلى رفع مجموع الإصابات المسجلة لدى منظمة الصحة العالمية بما عدده ٣ ٧٩٢ إصابة إضافية حدثت طوال فترة تفشي الوباء.

نهاية تشرين الثاني/نوفمبر - تبين إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن مجموع عدد الإصابات في غينيا وليبيريا وسيراليون قد وصل إلى ١٥ ٩٠١ إصابة، وأن مجموع عدد حالات الوفاة قد وصل فيها إلى ٦٧٤ حالة.

١٨-١٩ كانون الأول/ديسمبر - الأمين العام، بان كي - مون، يتعهد أثناء سفره إلى منطقة غرب أفريقيا بأن يقدم إلى البلدان المتضررة في هذه المنطقة دعماً من أجل إعادة بناء نظمها الصحية.

نهاية كانون الأول/ديسمبر - إحصاءات منظمة الصحة العالمية تفيد أن عدد الإصابات قد وصل إلى ٢٠ ١٧١ إصابة ووصل عدد حالات الوفاة إلى ٨٩٠ حالة.

٢٠١٥

١٨ كانون الثاني/يناير - حكومة مالي ومنظمة الصحة العالمية تعلنان خلو البلد من فيروس الإيبولا.

٢١ كانون الثاني/يناير - غينيا وسيراليون وليبيريا تبلغ عن أدنى معدل أسبوعي لحالات العدوى منذ آب/أغسطس ٢٠١٤.

٥ آذار/مارس - ليبيريا تعلن عن آخر إصابة مؤكدة بفيروس الإيبولا. وفي ٩ أيار/مايو، منظمة الصحة العالمية تعلن خلو ليبيريا من فيروس الإيبولا.

٢٩ حزيران/يونيه - تفشي فيروس الإيبولا من جديد في ليبيريا يتسبب في ست إصابات وحالي وفاة. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥، يتسبب تفشي الفيروس من جديد في وقوع ثلاث إصابات أخرى وحالة وفاة واحدة في ليبيريا. وترتبط حادثتا التفشي كلتاهما بالعدوى من أشخاص تعافوا من الفيروس.

٣١ تموز/يوليه - أبلغ عن أن لقاحاً ضد فيروس الإيبولا قد أثبتت فعاليته في تجارب سريرية أجريت في غينيا.

٣١ تموز/يوليه - انتهاء بعثة الأمم المتحدة للتصدي للعاجل لفيروس الإيبولا، ونقل مسؤوليات دورها القيادي في مجال الاستجابة للفيروس إلى منظمة الصحة العالمية والشركاء الآخرين.

٧ تشرين الثاني/نوفمبر - منظمة الصحة العالمية تعلن خلو سيراليون من الفيروس.

٢٩ كانون الأول/ديسمبر - منظمة الصحة العالمية تعلن خلو غينيا من الفيروس.

٢٠١٦

١٤ كانون الثاني/يناير - تأكيد حدوث إصابة جديدة بفيروس الإيبولا في سيراليون.

المرفق الثالث

تكوين الفريق

جاكاي مريشو كيكويي (جمهورية تنزانيا المتحدة) (الرئيس) انتخب رئيسا رابعا لجمهورية تنزانيا المتحدة في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٥، وأعيد انتخابه لفترة ثانية في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠، وأكمل مدة ولايته في ٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥. وفي عام ١٩٨٨، عُيِّن للمرة الأولى في مجلس الوزراء، حيث تولى عدة حقائب وزارية، بما في ذلك وزير المالية ووزير المياه والطاقة والموارد المعدنية ووزير الشؤون الخارجية والتعاون الدولي (١٩٩٥-٢٠٠٥). وتولى رئاسة الاتحاد الأفريقي (٢٠٠٨-٢٠٠٩)، ورئاسة المجموعة الثلاثية المعنية بالسياسة والدفاع والأمن التابعة للجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي (٢٠١٢-٢٠١٣). وهو الرئيس الحالي لمؤتمر قمة رؤساء دول جماعة شرق أفريقيا.

ميشلين كالمي - ري (سويسرا) تولت منصب رئيس حكومة كانتون جنيف (٢٠٠٢-٢٠١١) قبل انتخابها في المجلس الاتحادي السويسري في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢، لتترأس الإدارة الاتحادية للشؤون الخارجية في الفترة من ٢٠٠٣ إلى ٢٠١١. وفي عامي ٢٠٠٧ و ٢٠١١، شغلت منصب رئيس الاتحاد السويسري لفترتين كل منهما عام واحد. وفي أيار/مايو ٢٠١٢، جرى ترشيحها لشغل مقعد أستاذ زائر في جامعة جنيف.

سيلسو أموري (البرازيل) شغل منصب وزير الخارجية (١٩٩٣-١٩٩٤ و ٢٠٠٣-٢٠١٠)، ومنصب وزير الدفاع (٢٠١١-٢٠١٤). وقبل ذلك، شغل منصب الممثل الدائم للبرازيل لدى الأمم المتحدة في جنيف (١٩٩١-١٩٩٣) ولدى منظمة التجارة العالمية (١٩٩٩-٢٠٠١)، والممثل الدائم للبرازيل لدى الأمم المتحدة في نيويورك (١٩٩٥-١٩٩٩)، وسفير البرازيل لدى المملكة المتحدة (٢٠٠٢). وشغل أيضا منصب الرئيس التنفيذي في شركة الأفلام البرازيلية إمبرافيلم (Embrafilme) في الفترة من عام ١٩٧٩ إلى عام ١٩٨٢، وشغل منصب وكيل وزارة العلم والتكنولوجيا (١٩٨٥-١٩٨٨). وقد ألف العديد من الكتب والمنشورات الأخرى بشأن الثقافة والعلوم والسياسة التكنولوجية والعلاقات الدولية. ويحمل آخر كتبه عنوان *Teerã, Ramalã e Doha* (2015).

ر. م. ماري م. ناتاليغاوا (إندونيسيا) شغل منصب وزير الخارجية في جمهورية إندونيسيا (٢٠٠٩-٢٠١٤)، وشغل قبل ذلك منصب الممثل الدائم لإندونيسيا لدى الأمم المتحدة في نيويورك (٢٠٠٧-٢٠٠٩). وفي الفترة من عام ٢٠٠٥ إلى عام ٢٠٠٧، تولى منصب سفير

إندونيسيا لدى المملكة المتحدة. وبدأ حياته الوظيفية لدى إدارة الشؤون الخارجية في إندونيسيا عام ١٩٨٦.

جوي فومافي (بوتسوانا) هي الأمين التنفيذي لتحالف القادة الأفريقيين لمكافحة الملاريا. وعملت عضواً في البرلمان، بصفتها مسؤولة في مجلس الوزراء أولاً عن حقبة الأراضي والإسكان (١٩٩٥-١٩٩٩)، ومن ثم حقبة الصحة (١٩٩٩-٢٠٠٣). وانضمت لاحقاً إلى منظمة الصحة العالمية في وظيفة المدير العام المساعد لشؤون الصحة الأسرية والمجتمعية (٢٠٠٣-٢٠٠٧). وعملت نائبة الرئيس لشؤون التنمية البشرية في البنك الدولي (٢٠٠٧-٢٠٠٩). وعملت أيضاً في عدد من اللجان وأفرقة الخبراء، وهي عضو في مجلس إدارة العديد من المنظمات الدولية التي لا تستهدف الربح العاملة في مجال الصحة العالمية.

راجيف شاه (الولايات المتحدة) شغل منصب مدير وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٠-٢٠١٥) حيث نهض بمهمتها في القضاء على الفقر المدقع وتعزيز بناء مجتمعات ديمقراطية قادرة على التكيف. وأخذ بزمام المبادرة في إنشاء شراكات جديدة بين القطاعين العام والخاص، وحفز الابتكارات العلمية، وحشد القطاع الخاص وزعماء الحزبين في الكونغرس للمشاركة في هذه القضية. كما قاد استجابة حكومة الولايات المتحدة الإنسانية للأزمات الكارثية في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك الزلزال الذي ضرب هايتي، وإعصار هايان ووباء فيروس إيبولا في غرب أفريقيا.

وفي السابق، شغل السيد شاه منصب وكيل الوزارة وكبير العلماء في وزارة الزراعة بالولايات المتحدة. وقبل ذلك، قضى ثماني سنوات في مؤسسة بيل وميليندا غيتس منذ نشأتها، وقاد الجهود المبذولة في مجالات الصحة والزراعة والخدمات المالية حول العالم.

المرفق الرابع

الاجتماعات المنعقدة

اجتماعات الفريق بكامل هيئته

٤-٨ أيار/مايو ٢٠١٥

مقر الأمم المتحدة

نيويورك وغرينتري، نيويورك

١٣-١٧ تموز/يوليه ٢٠١٥

مكتب الأمم المتحدة في جنيف ومنظمة الصحة العالمية
جنيف

٢-٦ آب/أغسطس ٢٠١٥

غينيا وسيراليون وليبيريا

١٤-١٨ أيلول/سبتمبر ٢٠١٥

مقر الأمم المتحدة

نيويورك

١٦-٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥

مكتب الأمم المتحدة في جنيف

جنيف

١٤-١٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٥

مقر الأمم المتحدة

نيويورك

اجتماعات الموائد المستديرة

٢ تموز/يوليه ٢٠١٥

اجتماع المائدة المستديرة بشأن إصلاحات منظمة الصحة العالمية

مقر الأمم المتحدة

نيويورك

٧ تموز/يوليه ٢٠١٥

اجتماع المائدة المستديرة بشأن الأزمات الصحية السابقة والأزمات الأخرى
مقر الأمم المتحدة
نيويورك

١٠ آب/أغسطس ٢٠١٥

اجتماع المائدة المستديرة مع المكاتب الإقليمية في غرب أفريقيا
داكار

٤ أيلول/سبتمبر ٢٠١٥

اجتماع المائدة المستديرة بشأن العلوم الاجتماعية والاستجابة للأزمات الصحية
جامعة ساسيكس
برايتون، إنكلترا

٩ و ١٠ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥

اجتماع المائدة المستديرة مع الخبراء بشأن النتائج الأولية التي توصل إليها الفريق
مقر الأمم المتحدة
نيويورك

١١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٥

اجتماع المائدة المستديرة مع الخبراء في مجال البحث والتطوير
مقر الأمم المتحدة، وعن طريق التداول من بعد
نيويورك

المرفق الخامس

البحوث التي صدر تكليف بإجرائها

Chatham House, “Profiles of successful responses to Ebola — Nigeria, Senegal and Mali”, 3 August 2015.

Didier Wernli, MD, and Antoine Flahault, MD, “Strengthening research and development for and access to health technologies for neglected diseases and global health threats”, 3 July 2015.

David Fidler, “Memorandum on the International Health Regulations”, 9 July 2015.

Awa Coll-Seck, MD, “Ebola’s impact on Senegal”, 16 August 2015.

Chatham House, “Public health surveillance and alert in sub-Saharan Africa,” 29 October 2015.

Alan Capps, PhD, “Military involvement in the Ebola response”, August 2015.

Oyewale Tomori, DVM, PhD, “Nigeria’s health infrastructure and its response to Ebola”, Oyewale Tomori, DVM, PhD, 16 August 2015.

Chatham House, “Comparing Ebola experiences in Guinea, Liberia and Sierra Leone”, 3 August 2015.

Chatham House, “Border issues in the West African Ebola outbreak: Regional dynamics”, 3 August 2015.

المرفق السادس

مراجع مختصرة

- Abramowitz, S.A., Bardosh, K.L., et al. (2015, January 24). Social science intelligence in the global Ebola response. *The Lancet*, vol. 385, no. 9965, p. 330. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60119-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60119-2)
- BBC News. (6 November 2015). Ebola: Mapping the outbreak. Retrieved on 20 November 2015 from <http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033>
- Baer, D. (2015, May 27). Bill Gates just described his biggest fear — and it could kill 33 million. *Business Insider UK*. Retrieved on 18 November 2015 from <http://uk.businessinsider.com/bill-gates-biggest-fear-is-a-killer-flu-2015-5?r=US&IR=T>
- Baize, S. (2014, April 16). Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea. *N Engl J Med*, 371, S. 1418-1425. DOI:10.1056/NEJMoa1404505
- Bakari, E., Frumence, G. (2013, August 16). Challenges to the Implementation of the International Health Regulations (2005) on Preventing Infectious Diseases: experience from Julius Nyerere International Airport, Tanzania. *Global Health Action* 2013 6: 20942, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i10.20942>
- Chandran, R. (2015, July 8). It's Not There, so Build It: Pandemic Response, the UN, and the World Bank. *United Nations University Centre for Policy Research*. Retrieved on 22 January 2016 from <http://collections.unu.edu/view/UNU:3230>
- Chatham House. (2014). *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing*. Retrieved on 26 November 2015 from https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf
- The Earth Institute, Columbia University. (2013). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. Retrieved on 27 November 2015 from http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf
- Commission on Creating a Global Health Risk Framework for the Future. (2016, January 13). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies of Science.
- Dawood, F. S., Luliano, A. D., et al. (2012, September). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet*, 12(9), 687-695. Retrieved on 1 December 2015 from [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70121-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70121-4/abstract)
- DuBois, M., Wake, C., et al. (2015, October). *The Ebola response in West Africa: Exposing the politics and culture of international aid*. London, United Kingdom: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute.

- Durrheim, D. N., Crowcroft, N. S., & Strebel, P. M. (2014, December 5). Measles — The epidemiology of elimination. *Vaccine*, 32(51), 6880-6883. DOI:10.1016/j.vaccine.2014.10.061
- Ebola Interim Assessment Panel. (2015, July 7). *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*. Geneva: World Health Organization.
- Farmer, P. (2015, July 10). *Building Health Systems and Increasing Resilience to Crises: Lessons from Rwanda*. Office of the Secretary-General's Special Adviser on Community Based Medicine and Lessons from Haiti.
- Gates, B. (2015, March 18). The Next Epidemic — Lessons from Ebola. *N Engl J Med*, 372, p. 1381-1384, DOI: 10.1056/NEJMp1502918
- Gostin, L.O, Friedman, E.A. (2015, May 9). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet* 2015; 385: 1902-09.
- Gostin, L.O., DeBartolo, M.C., et al. (2015, November 22). *The Lancet*, vol. 386, no. 10009, p. 2222-2226. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00948-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4)
- Håkon Angell Bolkan, D. A.-T. (2014, December 19). Ebola and indirect effects on health service function in Sierra Leone. *PLoS Curr*. DOI:10.1371/currents.outbreaks.0307d588df619f9c9447f8ead5b72b2d.
- Ighobor, K. (2014, December). Ebola Threatens Economic Gains in Affected Countries. *African Renewal*. Retrieved on 20 November 2015 from <http://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2014/ebola-threatens-economic-gains-affected-countries>
- Independent Expert Group. (2015). *Policy Recommendations for the G7 from the Independent Expert Group (IEG): Preparing for the Next Epidemic — A Global Preparedness and Response System*.
- Institute for Development Studies. (2015, February). *Practice Paper in Brief 16: Ebola and Lessons for Development*. Brighton, United Kingdom: Institute for Development Studies, University of Sussex.
- Institute for Development Studies. (2015, February). *Practice Paper in Brief 24: Local Engagement in Ebola Outbreaks and Beyond in Sierra Leone*. Brighton, United Kingdom: Institute for Development Studies, University of Sussex.
- Institute of Medicine. (2014). Summary. In G. J. Buckely, J. E. Lange, & E. A. Peterson (Hrsg.), *Investing in Global Health Systems: Sustaining Gains, Transforming Lives* (pp. 4). Washington, D.C.: National Academies Press. Retrieved in December 2015 from www.nap.edu/read/18940/chapter/1
- Kamradt-Scott, A., Harman, S., et al. (2015, October). *Saving Lives: The Civil-Military Response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa*. Sydney, Australia: The University of Sydney.
- Katz, R., Fischer, J. (2010, Spring). The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response. *Global Health Governance*, vol. 3, no. 2. Retrieved on 21 January 2015 from http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.pdf

- Keesing, F., Belden, L. K., et al. (2010, December 1). Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*, 468 (7324), 647-652. DOI:10.1038/nature09575
- Klein, E. (2015, May 27). The most predictable disaster in the history of the human race. *Vox*. Retrieved on 22 January 2016 from <http://www.vox.com/2015/5/27/8660249/gates-flu-pandemic>
- Louise H. Taylor, S. M. (2001, July 9). Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. DOI:10.1098/rstb.2001.0888
- Médecins Sans Frontières. (2015, March 23). *Pushed to the Limit and Beyond: A year into the largest ever Ebola outbreak*. Retrieved on 21 January 2016 from <https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf143061.pdf>
- Menéndez, C., Lucas, A., et al. (2015, January 22). Ebola crisis: the unequal impact on women and children's health. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70009-4)
- Moon, S., Sridhar, D., et al. (2015, November 22). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386: 2204-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0)
- Morrison, J. S. (2014, November 11). The Trajectory of Ebola and Our Response. In *Global Forecast 2015* (pp. 92-95). Washington, D.C: Center for Strategic and International Studies.
- Petherick, A. (2015, February 10). Ebola in West Africa: learning the lessons. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60075-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60075-7)
- Plotkin, S.A., Mahmoud, A.A.F., et al. (2015, July 23). Establishing a Global Vaccine-Development Fund. *N Engl J Med*, 373;4. DOI: 10.1056/NEJMp1506820
- Riley, S., Fraser, C., et al. (2003, June 20). Transmission Dynamics of the Etiological Agent of SARS in Hong Kong: Impact of Public Health Interventions. *Science*, 300 (5627), 1961-1966. DOI:10.1126/science.1086478
- Roos, R. (2012, June 18). Fouchier study reveals changes enabling airborne spread of H5N1. *CIDRAP News*. Retrieved on 18 November 2015 from <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2012/06/fouchier-study-reveals-changes-enabling-airborne-spread-h5n1>
- Rubin, H. (2011, January 14). Future Global Shocks: Pandemics. *Multi-Disciplinary Issues*, OECD/IFP Project.
- Sack, K. F. (2014, December 29). How Ebola Roared Back. Retrieved on 21 November 2015 from <http://www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html>
- Takahashi, S., Metcalf, C. J. E., et al. (2015, March 13). Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola. *Science*, Vol. 347 (no. 6227), 1240-1242. DOI:10.1126/science.aaa3438
- Save the Children. (2015). *A Wake-Up Call: Lessons from Ebola for the world's health systems*. London, United Kingdom: Save the Children.

- Serdobova, I., Kieny, M. (2006, September). Assembling a Global Vaccine Development Pipeline for Infectious Diseases in the Developing World. *AJPubHealth*, Vol. 96, No. 9.
- Shiu Hung, L. (2003, August). The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *Journal of The Royal Society of Medicine*, 96(8), 374-378. Retrieved on 1 December 2015 from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/
- Siedner, M.J., Gostin, L.O., et al. (2015, March 24). Strengthening the Detection of and Early Response to Public Health Emergencies: Lessons from the West African Ebola Epidemic. *PLoS Med* 12(3): e1001804. DOI:10.1371/journal.pmed.1001804
- Sifferlin, A. (2014, December 17). 5 Million Kids Aren't in School Because of Ebola. Retrieved on 20 November 2015 from <http://time.com/3637570/5-million-kids-arent-in-school-because-of-ebola/>
- Summers, A. (2014, December 19). Challenges in Responding to the Ebola Epidemic — Four Rural Counties, Liberia, August-November 2014. Atlanta, GA, USA: *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*. Retrieved on 21 January 2016 from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6350a5.htm>
- Sutherst, R. W. (2004, January). Global Change and Human Vulnerability to Vector-Borne Diseases. *Clinical Microbiology Reviews*, 17(1), 136-173. DOI:10.1128/CMR.17.1.136-173.2004
- Taubenberger, J., & Morens, D. M. (2006, January). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (1). DOI:10.3201/eid1201.050979
- Tully, C.M., Lambe, T., et al. (2015, January 14). Emergency Ebola response: a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 356-59. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)71071-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71071-0)
- United Nations Development Programme. (2014). *Socio-economic impact of the Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone: Policy Notes Volume 1, Numbers 1-5*. United Nations Development Programme. Retrieved on 1 December 2015 from http://www.africa.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP Policy note EN_web.pdf
- United Nations Economic Commission for Africa. (2015, January). *Socio-Economic Impacts of Ebola on Africa*. Addis Ababa, Ethiopia: Economic Commission for Africa.
- United Nations General Assembly. (2014, September 19). GA Resolution 69/1: Measures to contain and combat the recent Ebola outbreak in West Africa. Retrieved on 21 January 2016 from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/1
- United Nations Security Council. (2014, September 18). Resolution 2177 (2014). Retrieved on 21 January 2016 from [http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20\(2014\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20(2014))
- World Economic Forum. (2015, June). Managing the Risk and Impact of Future Epidemics: Options for Public-Private Cooperation. Retrieved on 21 January

- 2016 from http://www3.weforum.org/docs/WEF_Managing_Risk_Epidemics_report_2015.pdf
- WHO. (2015). Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment. Retrieved on 21 November 2015 from <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>
- WHO. (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005): Responding to health emergencies. Retrieved on 19 November 2015 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22-en.pdf
- WHO. (2015). *World Health Statistics 2015*. Retrieved on 20 November 2015 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1
- World Bank. (2014). *Update on the Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea*. World Bank Group. Retrieved on 1 December 2015 from <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Economic%20Impact%20Ebola%20Update%202%20Dec%202014.pdf>
- Yong Choi, J. (2015, September 1). An Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection in South Korea, 2015. *Yonsei Medical Journal*, 56(5), 1174-1176. DOI:10.3349/ymj.2015.56.5.1174

المرفق السابع

شكر وتقدير

يود الفريق أن يعرب عن تقديره العميق إلى الأمين العام، بان كي - مون، على قيادته والتزامه بمنع الأزمات الصحية في العالم. ونشكر الأمين العام على تكليفنا بهذه المهمة الهامة.

وقد ثابر نائب الأمين العام، يان إلياسون، ورئيسة مكتب الأمين العام السابقة، السيدة سوزانا مالكون، على تقديم الدعم لنا طوال هذه العملية، ولهما امتناننا العميق. وقد استفدنا في أعمالنا بصفة خاصة من حكمة وأفكار الدكتور ديفيد نابارو، المبعوث الخاص السابق المعني بفيروس إيبولا.

ونعرب عن خالص الشكر إلى الدكتورة مارغريت تشان، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، على تكريس وقتها واستعدادها لتبادل الآراء بشكل صريح مع الفريق. وهذا الاعتراف يشمل أيضا الموظفين التابعين لها على ما قدموه من دعم وتعاون كبيرين.

وينبغي الاعتراف بوجه خاص بدور رؤساء الدول في البلدان الأشد تضررا الذين حظي الفريق بشرف الاجتماع بهم: السيد ألفا كوندي، رئيس غينيا؛ والسيدة إلين جونسون سيرليف، رئيسة جمهورية ليبيريا؛ والسيد إرنست باي كوروما، رئيس جمهورية سيراليون. ويحيي الفريق جهودهم التي لا تكل في مكافحة فيروس إيبولا. وبالإضافة إلى ذلك، نتوجه بالشكر للسيد جون دراماني ماهاما، رئيس جمهورية غانا؛ والسيدة أنجيلا ميركل، مستشارة جمهورية ألمانيا الاتحادية؛ والسيدة إرنا سولبرج، رئيس وزراء النرويج. ويعرب الفريق عن امتنانه إلى ألمانيا والنرويج لدورهما النشط بشكل خاص في تمويل العملية.

وقد تقاسم ممثلو الدول الأعضاء في الأمم المتحدة والسلطات الحكومية الكثير من المعلومات ذات الصلة بعمل الفريق، وقد كانوا دائما على استعداد للتشاور. ونحن نشكرهم على مشاركتهم وإسهاماتهم.

ونحن ممتنون للدكتورة نكوسازانا دلاميني - زوما، رئيسة مفوضية الاتحاد الأفريقي؛ والدكتور جيم يونغ كيم، رئيس مجموعة البنك الدولي؛ والدكتور توم فريدن، مدير المراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والتأهب لها؛ والدكتورة جوان ليو، الرئيس الدولي لمنظمة أطباء بلا حدود، وجميع وكالات الأمم المتحدة والشركاء التي ساهمت في المداولات. وعلاوة على ذلك، نتوجه بالشكر الخاص إلى ما يقرب من ٣٠٠ خبير على تبرعهم بوقتهم لتبادل

المعلومات والمشورة. وهذا يشمل أيضا الجهات المستجيبة والناجين في البلدان الثلاثة الأشد تضررا.

وخلال مهلة قصيرة، أبدت السيدة غابرييل فيتزجيرالد، والدكتور ديفيد هيمان، والدكتورة آن ماري كيمبال، والبروفيسور إلونا كيكبوش، والدكتور لارس شاد استعدادهم لتنظيم اجتماعات المائدة المستديرة وتيسيرها بخبرة مقتدرة فيما يتعلق بأعمال الفريق. ونحن ممتنون للغاية لما كرسوه من جهد ودعم.

وأخيرا، نتقدم بالشكر للأفراد الذين قادوا الاستعراضات المتزامنة التي قدمت معلومات ومشورة شديدة الأهمية، بما في ذلك السيدة باربارا ستوكينغ والزملاء من فريق منظمة الصحة العالمية للتقييم المؤقت لفيروس إيبولا؛ والدكتور فيكتور دزاو والزملاء في اللجنة المعنية بتهيئة إطار مخاطر للصحة على الصعيد العالمي في المستقبل التابعة لمعهد الطب؛ والدكتور بيتر بيوت والزملاء في الفريق المستقل المعني بالاستجابة العالمية لفيروس إيبولا التابع لجامعة هارفارد/مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة وطب الأمراض المدارية.

وفي إطار عملية تشاورية من قبيل عمل الفريق، من الطبيعي أن تُعفل عن غير قصد بعض الأسماء الهامة من بين المئات من الأفراد الذين تعاونوا معنا بشكل مفيد. ونحن مدينون لهؤلاء الخبراء، والجهات المستجيبة، والمسؤولين، والاجتماعات المحلية، والناجين من فيروس إيبولا، والزملاء الذين بذلوا وقتهم وقدموا مشورتهم في كل حالة بلا تردد. وكانت رغبتهم في رؤية عالم خال من الأمراض المعدية والأوبئة مصدر إلهام لنا.

ونود أن ننوه بعمل أمانتنا، بما في ذلك مدير الأمانة، السيد راميش راجاسنغام، والدكتورة إلن غورسكي، والسيدة سانينا كوازي، والسيد موريتز مير - إورت، والسيدة صوفي روتنبار، والسيدة كارين وليامز - كوملاني. ونود كذلك أن نشكر السيد جوناثان باوم، الزميل في مركز مركزاتور للشؤون الدولية، والمتدربين الداخليين السيد ميين بهاتي، والسيد ديفيد مانغار، والسيدة كايل روينسون لما قدموه من مساعدة في هذه العملية.