

الأمن الصحي العالمي – التحديات والفرص، مع التركيز بشكل خاص على اللوائح الصحية الدولية (2005)

الملخص التنفيذي

1. هناك تهديدات كبيرة للصحة العمومية تواجه العديد من البلدان. والغالبية العظمى من هذه التهديدات تشكلها الأمراض المعدية المستجدة والتي عاودت الظهور، والتي قد تتحول إلى فاشيات. غير أن التهديدات ذات الصلة بالإطلاق العرضي أو العمدي للعوامل الكيميائية، والإشعاعية، والنووية باتت تثير قلقاً متزايداً. والتهديدات التي تحدد بالصحة العمومية في بلد ما، لن تبعد سوى بضع ساعات عن بلد آخر، وأصبحت فرص انتشار هذه التهديدات على الصعيد العالمي تتزايد طوال الوقت. وتعرض المكاسب التي تحققت في عديد المجالات الخاصة بمكافحة الأمراض المعدية، لخطر جسيم جراء انتشار المقاومة لمضادات الميكروبات، كما تشكل التجمعات البشرية أيضاً مخاطر فريدة للأمن الصحي.

2. ولطالما كانت أهمية العمل الجماعي لمواجهة الطوارئ الصحية العالمية أمراً يعترف به الجميع. وكان هناك اتفاق على الكثير من المبادرات، والاتفاقات، والأطر، والقرارات التي اتخذتها المنظمة لدعم بناء القدرات الوطنية في مجالات محددة للعمل، ولتحسين التنسيق والتعاون الدوليين في مواجهة الأحداث ذات الصلة. وتفرض اللوائح الصحية الدولية (2005) التزامات على الدول الأطراف لتنمية القدرات الأساسية للصحة العمومية في مجالات الترصد والاستجابة، بما يشمل نقاط الدخول، والحفاظ على هذه القدرات من أجل الاكتشاف المبكر للأحداث التي تشملها أحكام هذه اللوائح، وتقييم هذه الأحداث، والإخطار بها، وتبليغها للمنظمة، وكذلك من أجل إعداد استجابة متناسبة مع الأوضاع المحلية على الأرض، وتتفق مع المشورة التي تقدمها لجنة الطوارئ في هذا المجال. ومن شأن الوفاء بهذه الالتزامات أن يعود بالفائدة على المساعي التي تُبذل من أجل تحقيق الأمن الصحي العالمي.

3. ولقد انقضى، في 2012، الأجل المحدد، الذي مدته خمس سنوات، والذي وُضِعَ لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، في أعقاب دخولها حيز النفاذ في 2007. ومن بين الدول الأطراف الواحدة والعشرون في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، لم يستطع عشرون منها بلوغ أهداف تنفيذ هذه اللوائح. كما أن الموعد النهائي المقرر لهذا التنفيذ حزيران/يونيو 2014، لضمان توافر القدرات الوظيفية المحددة اللازمة بمقتضى هذه اللوائح، في جميع أنحاء أراضي الدول الأطراف، قد انقضى أيضاً الآن، وطلبت 13 دولة تمديداً ثانياً. وبلغ المعدل الإقليمي لتنفيذ المتطلبات من القدرات الأساسية 70% في 2013، مقارنة بـ 64% في 2012، وهو أعلى بقليل من المعدل العالمي للتنفيذ في هذا المجال، والبالغة نسبته 68%. وتُحرز الدول الأطراف تقدماً جيداً في مجالات الترصد، والمختبرات، والتبليغ بالمخاطر، والتشريعات، والتنسيق، وسلامة الغذاء. غير أن هناك عدداً من التحديات التي لا تؤثر فقط على بناء القدرات المطلوبة، بل أيضاً على الحفاظ على تلك القدرات. وتواجه المنظمة أيضاً تحديات

في ما يتعلق بقدرتها على مواصلة الاضطلاع بالولاية المسندة إليها بوصفها الأمانة المسؤولة عن الإشراف على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

4. وهناك حاجة ماسة للاستثمار في القدرات الخاصة بترصد جميع الأخطار والاستجابة لها في هذا الإقليم. فبدون هذا الاستثمار، سيكون الامتثال للالتزامات الخاصة بتنفيذ هذه اللوائح ضعيفاً، مما يؤدي إلى ثقب خيطيرة في ثوب الأمن الصحي العالمي. وهناك حاجة إلى تضافر الجهود الوطنية والدولية للتحقق من أن جميع البلدان لديها القدرات اللازمة للاكتشاف المبكر للأحداث التي تهدد الصحة العمومية، واستقصائها، والتبليغ بها، والاستجابة لها. وسيكون ممكناً، في ظل هذه الجهود الوطنية والدولية المشتركة، أن يُفرض تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وغيرها من المبادرات، والأطر، والقرارات، إلى تحقيق مستوى أعلى من الأمن الصحي العالمي، وستتضاءل كثيراً الفرصة أمام الأمراض لعبور الحدود، كلما أصبح بمقدور المزيد من البلدان، الحفاظ على أمنها الصحي الخاص. ولا سبيل لضمان الأمن الصحي العالمي والإقليمي إلا بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005).

5. ويُعدّ الوفاء بالالتزامات التي تفرضها اللوائح الصحية الدولية (2005) قراراً تتخذه الدول الأطراف وحدها. ويمكن للمنظمة أن تقدّم المشورة إلى الدول الأعضاء، إن هي طلبت ذلك، بشأن تنفيذها اللوائح. وعلى ذلك، فإن الإعلان من جانب الدول الأعضاء، في ما يختص بوفائها بالالتزامات، لا يعني بالضرورة أن جميع القدرات الأساسية متوافرة على الأرض من أجل الاكتشاف المبكر لأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً، وتقييمها، والإخطار بها، والاستجابة لها. وقد ترغب اللجنة الإقليمية في النظر في خيار تقوية واستدامة القدرة على استعراض التقدّم المحرز في تنفيذ اللوائح. وقد يتطلب ذلك، على سبيل المثال، إنشاء هيكل إقليمي لتقييم القدرات في الدول الأطراف على تدبير أحداث الصحة العمومية، والتحقق المستقل من توافر هذه القدرات، والإشهاد على ذلك.

المقدمة

6. لقد أحرز العالم، على مدى الأعوام الستين المنصرمة، تقدماً كبيراً في تحسين صحة الإنسان، بيد أنه ماتزال هناك تحديات ماثلة أمام الصحة العالمية، ويجري حالياً بحث سُبل مواجهة هذه التحديات. وعلى الرغم من الحاجة إلى حلول يكون لها بُعد محلي، لمواجهة معظم المشكلات المتعلقة بالصحة، فإن بعضاً من قضايا الصحة لا يمكن حله إلا بتبني نهج عالمي. فالخبرات التي تولدت في السنوات الأخيرة، من المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس)، وأنفلونزا الطيور (H5N1)، بصفة خاصة، استرعت الانتباه إلى مختلف القضايا المحيطة بالأمن الصحي. وتمثّل قضايا الصحة العالمية شواغل لجميع الدول الأعضاء لأنها تتجاوز الحدود الوطنية، وتتطلب قيام أطراف فاعلة مختلفة بالعمل معاً لمواجهةها والتصدي لها.

7. وهناك تهديدات محدقة بالصحة العمومية في بلدان كثيرة. فزيادة حركة السكان، سواء الناشئة عن السياحة، أو الهجرة، أو بسبب الكوارث، أو نمو التجارة العالمية، أو التغيرات الاجتماعية والبيئية أكدت من جديد أن مرضاً معدياً في بلد ما، لا يبعد سوى بضع ساعات من أن يصبح تهديداً لبلد آخر، وربما مصدر قلق للعالم بأسره. ومثل هذه الأمراض يمكن أن تدمّر البلدان التي لم تستعد جيداً للتعامل معها. وإن فاشية لمرض، على سبيل المثال، يمكن أن تصبغ، وبسرعة، مصدر تهديد للصحة العالمية، نتيجة لمجموعة من العوامل، والتي من بينها: نقص المعلومات، وعدم كفاية القدرات على مستوى البلدان، على الاكتشاف السريع لأحداث الصحة

العمومية، واحتوائها؛ والخوف من التداعيات المكلفة إذا ما تم الإخطار بهذه الأحداث؛ وعدم وجود آليات دولية شاملة لتوفير استجابة مناسبة، سواء قانونية أو تقنية.

8. لقد اتسع مفهوم الأمن الصحي العالمي مع مرور الوقت، من منظور الأمراض المعدية فقط، إلى المفهوم الذي تندرج تحته أي مخاطر جديدة تهدد الصحة العمومية وتكون لها آثار دولية. ولقد كان من الممكن توقي الكثير من طوارئ الصحة العمومية، أو مكافحتها على نحو أفضل، لو كانت النظم الصحية المعنية أقوى مما هي عليه وأفضل استعداداً. وإن الأمن الصحي العالمي ليعتمد، في النهاية، على جودة النظم الصحية العمومية الوطنية، وهو يحتاج إلى تعاون دولي، وحوكمة دولية.

9. وقد اتُخذ الكثير من الخطوات العالمية لحماية البلدان من التهديدات التي تحقّق بالصحة العمومية. وتُعَدُّ اللوائح الصحية الدولية (2005) أهم الخطوات التي اتُّخذت في السنوات الأخيرة، التي تحكم الاستجابة لطوارئ الصحة العمومية التي تشكل تهديداً دولياً، والتي أصبحت مُلزمة للدول الأطراف في 15 حزيران/يونيو 2007. وتوفر هذه اللوائح الإطار القانوني للمسؤولية الجماعية في ما يختص بالأمن الصحي العالمي، بما يفرض التزاماً على الدول الأطراف لتنمية القدرات الصحية الأساسية، والحفاظ عليها. وإن الوفاء بهذه الالتزامات يعود بالفائدة على المساعي الرامية إلى تحقيق الأمن الصحي العالمي، ومن شأنه أن يحمي جميع البلدان من تهديدات صحية جدية، سواء تلك التي تنشأ عن مصادر بيولوجية، أو كيميائية، أو إشعاعية، أو نووية.

10. ويتمثل الغرض من هذه الورقة في تسليط الضوء على أهمية اللوائح الصحية الدولية (2005) للأمن الصحي العالمي، وإحاطة اللجنة الإقليمية بأحدث المستجدات بشأن الوضع المتعلق بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية في هذا الإقليم.

التهديدات المحدقة بالأمن الصحي العالمي

11. إن الغالبية العظمى من التهديدات المحدقة بالأمن الصحي العالمي تشكلها مسببات الأمراض المستجدة، والأمراض المعدية التي عاودت الظهور والتي قد تتحول إلى فاشيات. غير أن التهديدات ذات الصلة بالإطلاق العرضي أو العمدي للعوامل الكيميائية، أو الإشعاعية، أو النووية، تثير هي الأخرى قلقاً متزايداً. وفي حين يصبح العالم أكثر اتصالاً وترابطاً، تزايد الفرص أمام هذه التهديدات المحدقة بالصحة العمومية لأن تكون ذات تأثير عالمي.

الأمراض التي قد تتحول إلى أوبئة

12. إن فاشيات الأمراض المعدية الحادة، مثل الكوليرا، والتهاب السحايا، والحصبة، والحمى الصفراء، والحمى النزفية، والأنفلونزا، وعدوى فيروس نيباه وغيرها، تشكل تهديداً للأمن الصحي العمومي العالمي، وتستوجب احتواءها في مصدرها للوقاية من الإصابة بالأمراض، والوفيات. ففي الفترة 2013-2014، أبلغ عدد من بلدان إقليم شرق المتوسط، المنظمة عن وقوع فاشيات كبيرة لطيف من الأمراض المعدية الحادة، شملت حمى القرم الكونغولية النزفية، والكوليرا، وحمى الضنك، وأشكال وخيمة من الأنفلونزا الجائحة (H1N1) 2009، والحصبة، وأنفلونزا الطيور (H5N1) والحمى الصفراء.

13. وتُعدُّ الفاشية الحالية لمرض إيبولا الذي تسببه سلالة من فيروس إيبولا، والتي تتشابه من حيث التنادد "homology" مع فيروس إيبولا زائير بنسبة (98%)، هي المرة الأولى التي يُكتشف فيها هذا المرض في غرب أفريقيا. فقد تطور تطوراً سريعاً في غينيا، وانتشر إلى البلدان المجاورة ليبيريا وسيراليون، مع وجود حالة واحدة وافدة من نيجيريا، مما يجعل هذا الانتشار هو الأوسع جغرافياً بالنسبة لفاشية من فاشيات الإيبولا التي أُبلغ عنها منذ ظهور هذا المرض لأول مرة عام 1976 في التجمعات البشرية في زائير (جمهورية الكونغو الديمقراطية حالياً) وجنوب السودان. وحتى 27 تموز/يوليو 2014، بلغ العدد التراكمي للحالات التي تُعزى لهذا المرض في البلدان الأربعة 1323 حالة منها 729 حالة وفاة. وتُعدُّ وتيرة سفر الأشخاص بين البلدان المتضررة وبعض البلدان في إقليم شرق المتوسط وتيرة مرتفعة، الأمر الذي يشكل مخاطر لانتقال هذا الفيروس إلى الإقليم.

14. ويشهد الإقليم حالياً حدثين عالميين كبيرين واللذين يُحتمل أن يكون لهما تأثير كبير على بلدان تقع خارج الإقليم؛ الأول، وهو شلل الأطفال، الذي يمثل واحداً من أربعة أمراض يتعين الأخطار بها على المستوى الدولي، والمدرجة على وجه التحديد في اللوائح الصحية الدولية (2005). وهناك بنية تحتية شاملة لضمان ترصد هذا المرض والإخطار الفوري بحالات الإصابة المؤكدة، واستقصاء الحالات المحتملة. وبنهاية 2013، كان 60% من حالات شلل الأطفال ناجمة عن الانتشار الدولي لفيروس شلل الأطفال البري، وكانت هناك بينات متزايدة على إسهام المسافرين من البالغين في هذا الانتشار. وخلال موسم السراية المنخفضة في 2014، كان هناك انتشار دولي لفيروس شلل الأطفال البري من ثلاثة بلدان من بين عشرة بلدان مصابة حالياً بالفيروس. وستكون العواقب لمزيد من الانتشار على المستوى الدولي في الوقت الحاضر عواقب حادة بصفة خاصة، نظراً للعدد الكبير من الدول الخالية من مرض شلل الأطفال ولكن تمزقها الصراعات وأصبحت هشة. فخدمات التطعيم الروتيني في هذه البلدان ضعيفة للغاية وتواجه مخاطر شديدة لعودة العدوى. وفي أيار/مايو 2014، أعلنت المنظمة شلل الأطفال طارئة صحية عمومية تثير قلقاً دولياً، وذلك استناداً إلى مشورة بالإجماع قدمتها لجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن انتشار فيروس شلل الأطفال البري على الصعيد الدولي. وقد أيدت المديرية العامة للمنظمة مشورة اللجنة بالنسبة "للدول التي تُصدّر حالياً فيروسات شلل الأطفال البرية" (باكستان، والكاميرون، والجمهورية العربية السورية)، وكذلك بالنسبة "للدول المصابة بفيروس شلل الأطفال البري ولكنها غير مصدرة حالياً للفيروس" (أفغانستان، وغينيا الاستوائية، وأثيوبيا، والعراق، وإسرائيل، والصومال، ونيجيريا)، وأصدرت اللجنة توصيات مؤقتة للحد من انتشار فيروس شلل الأطفال البري دولياً، وذلك اعتباراً من 5 أيار/مايو 2014.

15. أما الحدّث الثاني من أحداث الصحة العمومية الذي يثير القلق، فهو ظهور متلازمة الشرق الأوسط التنفسية التي يسببها الفيروس التاجي (فيروس كورونا) في عام 2012، التي تأثر بها عشرون بلداً حتى الآن، من داخل الإقليم وخارجه. فبنهاية تموز/يوليو 2014، تم إبلاغ المنظمة رسمياً بوقوع 837 حالة مؤكدة مختبرياً للإصابة بعدوى فيروس كورونا، منها ما لا يقل عن 292 وفاة جزاء هذا المرض. ويبدو أن الفيروس يسري على نطاق واسع في أرجاء شبه الجزيرة العربية، حيث أبلغت المملكة العربية السعودية عن معظم الحالات. وفي حين وقعت معظم الحالات بين أشخاص مقيمين، فإن بعض الحالات وقعت بين أشخاص مسافرين. وقد ازداد عدد حالات الإصابة زيادة حادة في المدة من آذار/مارس حتى نهاية أيار/مايو 2014، و تركزت أساساً في المملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة. ومن الواضح أن قسماً كبيراً من ارتفاع عدد الحالات جاء مدفوعاً بتفشي العدوى في المستشفيات. وارتفع أيضاً عدد الحالات التي اكتسبت العدوى داخل المجتمع منذ منتصف آذار/مارس. وأفاد بعض هذه الحالات بحدوث مخالطة مع الحيوانات، في حين تضمّنت العوامل الأخرى التي أسهمت في الارتفاع الكبير في الأعداد احتمال كون فصل الربيع موسم ذروة للسراية، وحقيقة أن البلدان المتضررة

تكتشف مزيداً من الحالات لإجرائها الاختبارات على المزيد من الناس. وليست هناك بيانات موثوقة عن الكيفية التي قد يلتقط بها كثير من الناس الفيروس دون أن تظهر عليهم أعراض، أو تظهر عليهم أعراض بسيطة، وعمّا إذا كان يمكن للحالات اللاعرضية أن تنشر الفيروس، أو عن كيفية معالجة المرضى معالجة ناجحة. وعلى الرغم من الاشتباه في كون الإبل المصدر الأساسي لانتقال العدوى إلى الإنسان، فإن المسارات الدقيقة للتعرض المباشر أو غير المباشر ماتزال غير معروفة. ولم تتوفر بعد الشروط اللازمة لإعلان متلازمة الشرق الأوسط التنفسية التي يسببها الفيروس التاجي (فيروس كورونا) طارئة صحية عمومية تثير قلقاً دولياً، بمقتضى اللوائح الصحية الدولية 2005.

الأمراض المنقولة بالغذاء

16. لقد تحسّنت سلامة الغذاء في الإقليم تحسناً كبيراً في السنوات الأخيرة، غير أن التقدم المُحرز في البلدان ليس متساوياً، ويشيع في كثير من بلدان الإقليم الفاشيات المنقولة بالغذاء التي تسببها العوامل الممرضة المكروبية، والطفيلية، والحيوانية المنشأ، وكذلك التلوث بالمواد الكيميائية، والسموم.. كما أن تداول الأغذية الملوثة بين البلدان يزيد من احتمال انتشار الفاشيات. وعلاوة على ذلك، فإن ظهور أمراض جديدة منقولة بالغذاء هو مدعاة لقلق كبير. ومن أمثلة الانتشار الأقليمي للأمراض المنقولة بالغذاء من داخل الإقليم تفشي العدوى بـفيروس الالتهاب الكبدي من النوع A في الفترة الواقعة بين 1 تشرين الثاني/نوفمبر 2012 و30 نيسان/أبريل 2013، واندلاع الإشريكية القولونية "الإيكولاي" النزفية المعوية في 2011.

أحداث الصحة العمومية العرضية والمتعمدة

17. لقد كان هناك، منذ عام 2011، العديد من الأحداث الصحية المزعجة الناجمة عن حوادث كيميائية، أو إشعاعية، أو نووية، أو إطلاق متعمد لعوامل معدية، أو عوامل كيميائية، أو إشعاعية أو نووية، إلى جانب التغيير البيئي المفاجئ. وقد أدى انصهار المفاعل النووي في محطة للطاقة النووية في فوكوشيما، باليابان، في آذار/مارس 2011 إلى انطلاق مواد مشعة في البيئة، الأمر الذي أثار المخاوف بشأن العواقب طويلة الأمد المحتملة على الصحة العمومية جراء التعرض للإشعاع من الخارج ومن الداخل. وقد نشرت المنظمة تقييمها للمخاطر الصحية المرتبطة بهذه الكارثة.

18. ولقد لفت استخدام الأسلحة الكيماوية في الجمهورية العربية السورية في 2013 و2014، والذي أثر على مئات الأشخاص، انتباه العالم إلى ضرورة تفعيل القوانين الوطنية والدولية ذات الصلة، وتحسين القدرات الوطنية من أجل التعامل مع مثل هذه الحوادث. وقد نتج عن الفيضان الذي وقع في أفغانستان في المدة بين آذار/مارس وأيار/مايو 2014، والذي أثر على آلاف الأشخاص في 27 مقاطعة، عواقب شديدة على الصحة العمومية، من بينها احتمال انتشار الأمراض المعدية، والأمراض المنقولة بالنواقل، وذلك بسبب الأضرار التي لحقت بالبنية الأساسية، وتلوث مصادر المياه، والاضطراب في أعمال جمع النفايات الصلبة والتخلص منها.

المقاومة لمضادات المكروبات

19. لقد برز ظهور الكائنات الدقيقة المقاومة لأقوى المضادات الحيوية كواحد من أكبر التهديدات التي تواجه الصحة العمومية. ويعتبر كثير من المحافل العالمية، ومن بينها مجموعة الدول الصناعية الثماني الكبرى (G8)، مقاومة مضادات المكروبات تهديداً جدياً للأمن الصحي العمومي العالمي. وتنبع الأزمة من الاستعمال غير

المسؤول لمضادات المكروبات كعوامل لتسريع النمو في تربية الحيوانات على وجه الخصوص من قبل مقدمي الرعاية الصحية، والمجتمعات، والصناعات في شتى أنحاء العالم، بما في ذلك مجال الإنتاج الغذائي.. وباتت المكاسب التي تحققت في كثير من المجالات المتعلقة بمكافحة الأمراض المعدية معرضة لتهديدات خطيرة جراء انتشار المقاومة لمضادات المكروبات. وأظهر تقرير المنظمة الصادر بعنوان "مضادات المكروبات: تقرير عالمي عن الترضد 2014"، انتشار أنماط مقاومة واسعة لعدة أنواع من البكتيريا ذات الأهمية للصحة العمومية، بما في ذلك الإشريكية القولونية، والكليسيلا الرئوية، والمكورات العنقودية الذهبية، والعقدية الرئوية، والسالمونيلا غير التيفويدية، والشيغيلة، والنيسرية البنية. وهناك الآن أمثلة لسلالات مقاومة للأدوية في جميع أنواع الكائنات الدقيقة، بما في ذلك البكتيريا، والفيروسات، والفطريات، والطفيليات. ولم يتم اكتشاف أي فئة جديدة من مضادات البكتيريا منذ عام 1987، ويرجع ذلك، في جزء منه، إلى أنه لم يعد بمقدور الشركات تحقيق أرباح كافية من مضادات المكروبات تبرر الاستثمار في البحوث اللازمة لذلك. ولقد حدثت احتمالات حدوث عواقب طبية، واجتماعية، واقتصادية خطيرة، في غضون سنوات قليلة، بالمنظمة إلى دعوة أصحاب المصلحة الكثيرين حول العالم إلى اتخاذ إجراء عاجل ومنسق في هذا المضمار. فالحاجة قائمة إلى العمل على جميع المستويات، ومن جميع بلدان العالم.

التجمعات البشرية

20. إن وجود أعداد كبيرة من الناس في مساحة صغيرة يمكن أن يؤدي إلى انتشار الأمراض المعدية، كما يمكن أن يقود إلى وقوع الحوادث، ويستثير الهجمات الإرهابية، ويتجاوز قدرة التدابير الروتينية للصحة العمومية. ولذلك، فإن التجمعات البشرية تشكل مخاطر فريدة على الأمن الصحي. ويستضيف الإقليم عدداً من تلك التجمعات، بما في ذلك المناسبات السنوية كالحج في المملكة العربية السعودية، والأربعين ومحرم في العراق، والمناسبات الرياضية المنتظمة، والتجمعات السياسية الأخيرة التي اجتذبت مئات الآلاف من الناس في بعض بلدان الإقليم. وجهود التأهب في مجال الصحة العمومية للتجمعات البشرية في أغلب بلدان الإقليم غير كافية وهي بحاجة إلى تحسين. ولا تقتصر المخاطر الصحية العمومية المرتبطة بالتجمعات البشرية على عدد الأشخاص الذين سيصابون بالمرض في البلد المضيف والعبء الناجم عن ذلك الذي سيُلقي على عاتق النظام الصحي، بل يتعلق أيضاً باحتمال انتشار الأمراض المعدية عند سفر هؤلاء الأشخاص عائدين إلى بلدانهم.

الأطر والمبادرات الرامية إلى تعزيز الأمن الصحي العالمي

21. تفرض اللوائح الصحية الدولية (2005) التزامات على الدول الأطراف لتنمية القدرات الصحية الأساسية والحفاظ عليها بما يشمل توافر هذه القدرات في نقاط الدخول، من أجل الاكتشاف المبكر للأحداث الصحية الواردة في أحكام هذه اللوائح، وتقييم تلك الأحداث، والإخطار بها، والتبليغ عنها. وعلى ذلك، فإن الاختلافات الجوهرية عن النسخ السابقة تتضمن: التحول من الاحتواء عند الحدود، إلى الاحتواء في مصدر الحدث؛ والتحول من قائمة قصيرة للأمراض التي يتعين الإخطار بها، إلى التركيز على جميع المخاطر التي تهدد الصحة العمومية، بما يشمل التهديدات الكيميائية، والإشعاعية، والنووية؛ والتحول من تدابير محددة سلفاً إلى استجابات مناسبة، مع مزيد من المرونة للتعامل مع الأوضاع المحلية على أرض الواقع، وتلقي المشورة من لجنة الطوارئ. وتمثل هذه اللوائح الأداة القانونية الرئيسية التي تحكم الاستجابة لطوارئ الصحة العمومية التي تشكل تهديداً على المستوى الدولي. ويعدُّ التعاون مع المنظمات المختصة الأخرى أمراً أساسياً تماماً، بل وإلزامياً بمقتضى هذه اللوائح، وإن الوفاء بهذه الالتزامات ليعود بالفائدة على المساعي المبذولة من أجل تحقيق الأمن الصحي العالمي.

22. وهناك عدد من الأطر والقرارات الأخرى التي تهدف إلى حماية الأمن الصحي العالمي، وإلى تعزيز القُدرات الوطنية الخاصة بالتأهب والاستجابة لمختلف طوارئ الصحة العمومية، ولجمع مختلف الشركاء من أجل تنسيق الاستجابة. ففي مجال سلامة الغذاء، تقوم هيئة الدستور الغذائي، التي أنشأتها منظمة الأغذية والزراعة "الفاو"، ومنظمة الصحة العالمية، منذ أوائل الستينات من القرن الماضي بتنسيق اللوائح الخاصة بالمكملات الغذائية في شتى أرجاء العالم، ووضع معايير دولية للسلامة لدعم التجارة في المواد الغذائية. وقد تم تعديل النظام الأساسي لهيئة الدستور الغذائي (ج ص ع 16.59) في عام 2006، بغرض حماية صحة المستهلك، وتعزيز التنسيق بين مختلف الأطراف المعنية، وتحديد الأولويات، والشروع في إعداد المعايير الغذائية وتقديم التوجيهات بشأنها.

23. ومن بين قرارات جمعية الصحة العالمية الجديرة بالملاحظة، القرار ج ص ع 14.54 بشأن الأمن الصحي العالمي، والقرار ج ص ع 16.55 بشأن استجابة الصحة العمومية على النطاق العالمي للحدوث الطبيعي أو الإطلاق العرضي، أو الاستخدام المتعمد للعوامل البيولوجية والكيميائية والمواد النووية الإشعاعية التي تؤثر على الصحة، والقرار ج ص ع 15.59 بشأن النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية. وفي مجال الطوارئ والكوارث، فإننا نجد القرارات ج ص ع 1.58 بشأن العمل الصحي في ما يتعلق بالأزمات والكوارث، وج ص ع 22.59 بشأن التأهب لحالات الطوارئ ومواجهتها، وج ص ع 10.64 بشأن تعزيز القُدرات الوطنية في مجال إدارة الطوارئ الصحية والكوارث ومرونة النظم الصحية، نجدها وثيقة الصلة بالموضوع، في حين تركز القرارات ج ص ع 29.51 وج ص ع 19.61 على الحماية ضد مخاطر التغيير المناخي على الصحة. ففي القرار ج ص ع 5.64، اعتمدت جمعية الصحة الإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الإنفلونزا الجائحة، الذي يهدف إلى تنفيذ نهج عالمي للتأهب للإنفلونزا الجائحة ومواجهتها.

24. وفي محافل أخرى، التزمت الحكومات في جميع أنحاء العالم بالعمل على الحد من مخاطر الكوارث. فقد اعتمد قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 195/60 إعلان هيوغو وإطار عمل هيوغو 2005 - 2015، وهو عبارة عن خطة عشرية للحد من سرعة التأثر بالأخطار الطبيعية. وهناك مشاورات جارية في شتى أنحاء العالم لرسم ملامح التوصيات الخاصة بوضع إطار لما بعد 2015. وجدول الأعمال الخاص بالأمن الصحي العالمي الذي أطلقته الولايات المتحدة الأمريكية في 2014، بأهدافه التسعة ذات الصلة بمنع انتشار الأوبئة التي يمكن تجنبها، والكشف عن التهديدات في وقت مبكر، والاستجابة لها بسرعة وفعالية، يدعم تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في تعزيز الأمن الصحي العالمي. وقد التزمت الولايات المتحدة الأمريكية بالعمل مع 30 بلداً على الأقل لمنع تهديدات الأمراض المعدية، واكتشافها، والاستجابة بفعالية لها، سواء كانت هذه التهديدات طبيعية الحدوث أم ناجمة عن إطلاقات عرضية أو متعمدة لمسببات أمراض خطيرة. وهناك مبادرات أخرى من بينها تلك الخاصة بمجموعة الثمانية (G8) ومجموعة العشرين (G20)، والشراكات العالمية ضد انتشار أسلحة ومواد الدمار الشامل، وكلها تهدف إلى بناء القُدرات الوطنية في مجالات عمل محددة، وتعزيز التنسيق والتعاون الدولي لمواجهة الأحداث ذات الصلة.

التقدم المحرز في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)

25. لقد انقضى في 2012، الأجل المحدد، الذي مدته خمس سنوات، لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، في أعقاب دخولها حيز النفاذ في 2007. ومن بين الدول الأطراف الواحدة والعشرون في إقليم شرق المتوسط، أعلنت دولة واحدة (جمهورية إيران الإسلامية) استعدادها للوفاء بالالتزامات، بحلول حزيران/يونيو 2012، في حين أخفقت بقية الدول في بلوغ أهداف تنفيذ هذه اللوائح، وحصل 19 دولة من الدول الأطراف على تمديد لمدة عامين من

أجل التحقيق الكامل للمتطلبات الخاصة بالقدرات الأساسية، وذلك بحلول 15 حزيران/يونيو 2014، بينما لم تتمكن دولة طرف واحدة من الامتثال لمتطلبات التمديد.

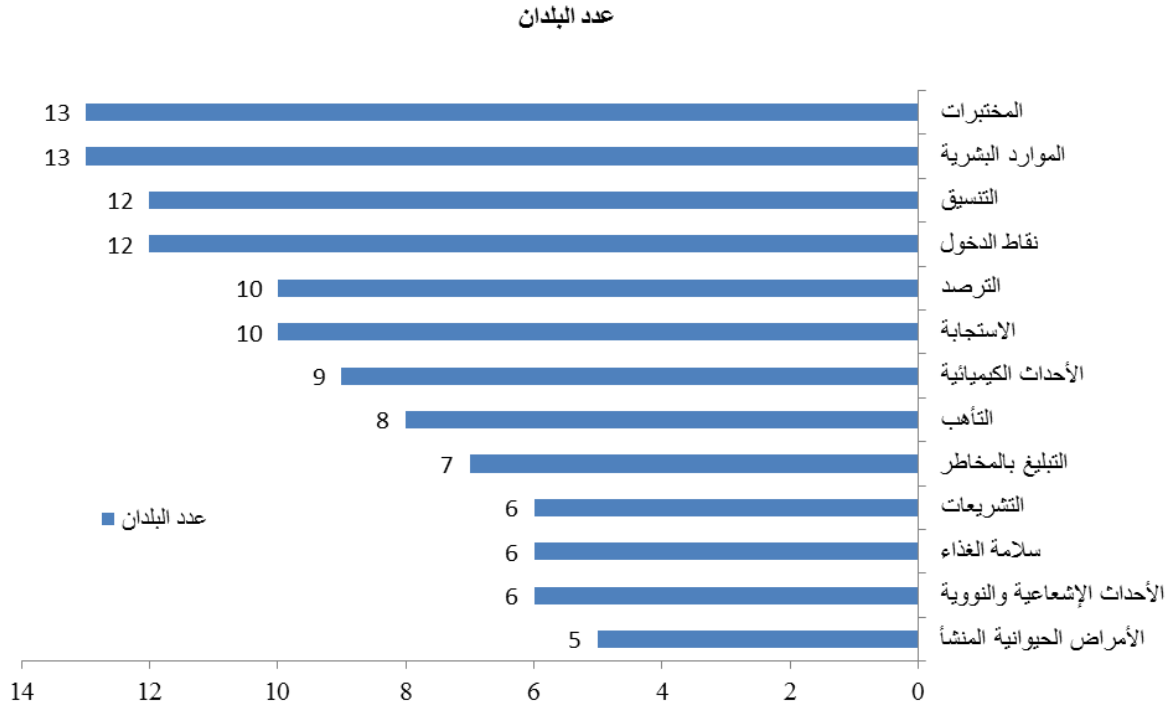
26. وانقضى أيضاً الآن، الموعد النهائي المقرر في 2014، لضمان توافر القدرات الوطنية المحددة اللازمة بمقتضى هذه اللوائح، في جميع أنحاء أراضي الدول الأطراف. وقد أوضحت 7 دول أطراف استعدادها للوفاء بالالتزامات بحلول الموعد النهائي في 15 حزيران/يونيو 2014 (البحرين، والأردن، والمغرب، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة)، في حين طلبت 13 دولة طرفاً في هذا الإقليم تمديداً ثانياً (أفغانستان، وجيبوتي، ومصر، والعراق، والكويت، وليبيا، ولبنان، وباكستان، والصومال، والسودان، والجمهورية العربية السورية، وتونس، واليمن). وقدمت جميع البلدان، التي طلبت تمديداً آخر، خطة تنفيذ جديدة إلى المنظمة.

27. ويُظهر تحليل طلبات التمديد أن جميع الدول الأطراف الثلاث عشرة المعنية، حددت القدرات المختبرية كأحد المجالات التي تتطلب مزيداً من الدعم، تلتها في ذلك القدرات الخاصة بالتنسيق والتواصل مع المركز الوطني المعني باللوائح الصحية الدولية، والقدرات التي ينبغي توافرها عند نقاط الدخول، وذلك من قِبَل 12 دولة طرفاً، ثم القدرات الخاصة بالترصد والاستجابة من قِبَل 10 دول أطراف. وحددت بضع دول أطراف القدرات الخاصة بالموارد البشرية كأولوية في حد ذاتها، لطلب التمديد. ومع ذلك، فقد أبرزت كل دولة من الدول الأطراف أهمية بناء القدرات الخاصة بالموارد البشرية اللازمة لتنفيذ القدرات الأساسية المختلفة. وعلى ذلك، فإن 13 دولة طرفاً تعتبر الموارد البشرية أحد المجالات التي تحتاج إلى مزيد من الدعم. وجاءت القدرات الخاصة بالأمراض الحيوانية المنشأ في ذيل القائمة التي حددتها الدول الأطراف للمجالات التي تتطلب مزيداً من الدعم. ويوضح الشكل (1) القدرات التي تتطلب مزيداً من الدعم.

28. وتقوم المنظمة برصد تنفيذ متطلبات اللوائح وإبلاغ النتائج، بصفة سنوية، إلى جمعية الصحة العالمية، مستخدمة في ذلك أداة الرصد الخاصة باللوائح الصحية الدولية. وتوضح النتائج المستمدة من هذه الأداة، أن المستوى الإقليمي لتنفيذ متطلبات القدرات الأساسية بلغ 70% في 2013، وهو أعلى بقليل من المستوى الذي تحقق في 2012، الذي كانت نسبته 64%. كما كان المستوى الإقليمي للتنفيذ أعلى قليلاً من المستوى العالمي للتنفيذ، الذي بلغت نسبته 68% (الشكل 2).

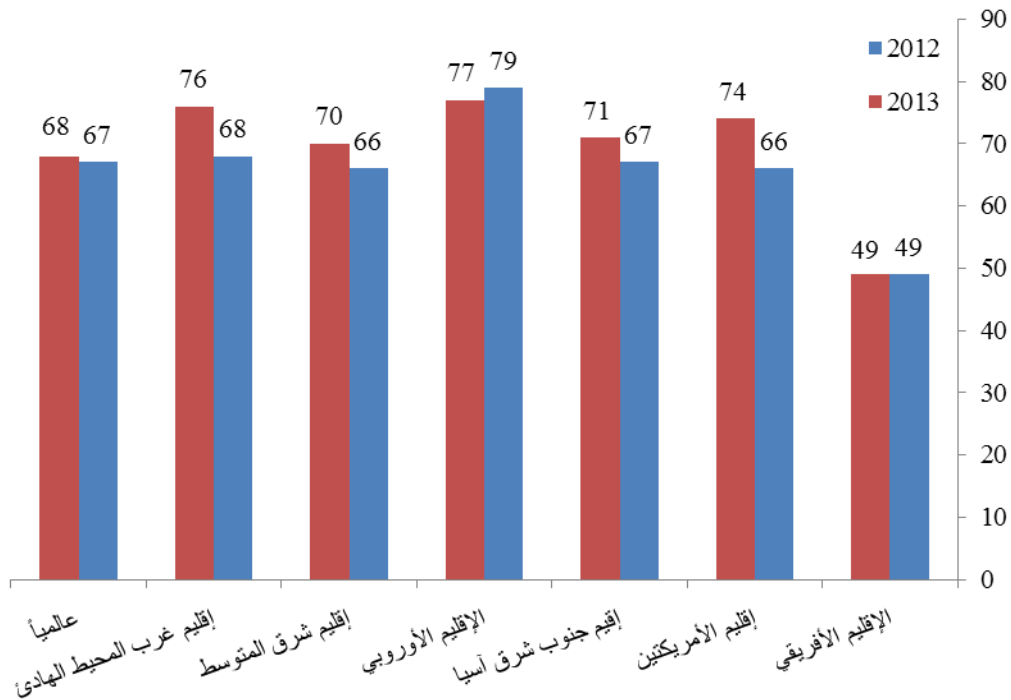
29. والدول الأطراف، بصفة عامة، تبرز تقدماً جيداً في مجالات الترصد، والمختبرات، والتبليغ بالمخاطر، والتشريعات، والتنسيق، وسلامة الغذاء، غير أن القدرات في ما يتعلق بنقاط الدخول والتعامل مع الأحداث الكيميائية والإشعاعات النووية ماتزال منخفضة (الشكل 3).

30. وبالإضافة إلى أداة الرصد العالمية، فإن البعثات إلى البلدان وفّرت مزيداً من المعلومات عن الإنجازات التي تحققت والثغرات الموجودة في الإقليم (سيتم نشر البيانات والمعلومات الخاصة بكل بلد في شكل مرسمات قُطرية، وسوف تُقدّم إلى اللجنة الإقليمية).



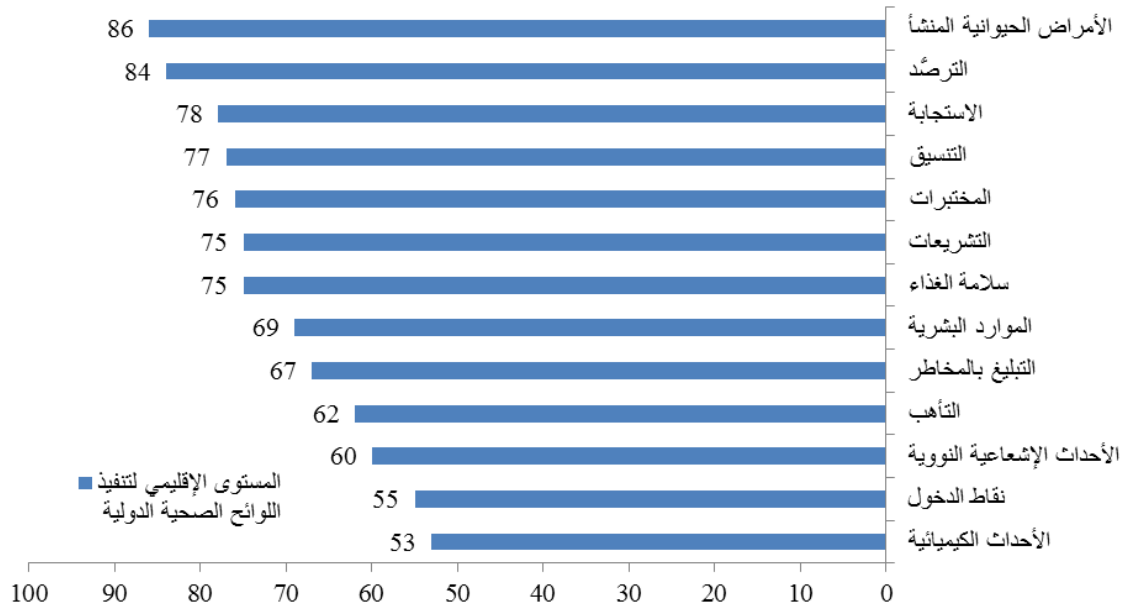
الشكل 1: اللوائح الصحية الدولية (2005): المقدرات الأساسية التي تتطلب مزيداً من الدعم في الدول الأطراف التي تطلب تمديداً حتى حزيران/يونيو 2016

المصدر: خطط تنفيذ اللوائح الصحية الدولية التي قدمتها إلى المنظمة الدول الأطراف التي تطلب تمديداً (لم تنشر)



الشكل 2: مستوى تنفيذ القدرات الأساسية الخاصة باللوائح الصحية بحسب الإقليم، 2013

المصدر: تقرير 2013 للدول الأطراف بشأن تنفيذ متطلبات القدرات الأساسية الخاصة باللوائح الصحية الدولية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2014



الشكل 3: اللوائح الصحية الدولية (2005): مستوى تنفيذ القدرات الأساسية (%) في إقليم شرق المتوسط، 2013

المصدر: تقرير 2013 للدول الأطراف بشأن تنفيذ متطلبات القدرات الأساسية الخاصة باللوائح الصحية الدولية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2014

31. قام العديد من البلدان بمراجعة التشريعات الوطنية واتخاذ الإجراءات المطلوبة لتيسير تنفيذ اللوائح. ويتم تعيين مركز الاتصال الوطني المعني باللوائح الصحية، مع تأكيد ذلك، بصفة سنوية في جميع البلدان، باستثناء الصومال. وقد أنشئت لجان متعددة القطاعات ومتعددة الاختصاصات، معنية باللوائح الصحية الدولية، في جميع البلدان تقريباً، وتعد هذه اللجان اجتماعات منتظمة. ويتم بذل جهود كبيرة لتعزيز الترصد القائم على المؤشرات في جميع البلدان، ويشمل ذلك توافر وحدات مخصصة مزودة بموارد بشرية مناسبة؛ وتوافر قائمة محددة بالأمراض التي يتعين الإخطار بها مع تعريف الحالات؛ وتوافر سياسات/وتوجيهات وطنية بشأن الترصد؛ ونظم لتبليغ بيانات الترصد وتحليلها وتفسيرها. وتم إنشاء نظم للإنذار المبكر بالأمراض في بعض البلدان ويجري حالياً التوسع فيها. كما يتم التوسع في استخدام نسخ إلكترونية من هذه النظم. وتتوافر بعض العناصر العاملة من عناصر الترصد القائم على الأحداث، مثل رصد وسائل الإعلام، والتحقق من الشائعات، والتغيب عن المدرسة. ولوحظ أن العاملين في القطاع الصحي على دراية بالمبادئ التوجيهية لاتخاذ القرارات الواردة في المرفق 2 من اللوائح الصحية الدولية (2005)، بل ويستخدمونها لتقييم الأحداث التي قد تشكل طارئة من طوارئ الصحة العمومية التي تثير قلقاً دولياً، والإخطار بتلك الأحداث.

32. وذكرت جميع البلدان أنها أنشأت آليات للاستجابة لأحداث الصحة العمومية، بما يشمل توافر فرق الاستجابة السريعة. والدلائل الإرشادية، وإجراءات العمل المعيارية الخاصة بشؤون التدبير والاستجابة متوافرة لمواجهة عدد من أحداث الصحة العمومية. وذكر خمسة عشر بلداً أن لديها سياسات/برامج وطنية خاصة بالوقاية من العدوى ومكافحتها. والدلائل الإرشادية وإجراءات العمل المعيارية بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها متوافرة في معظم البلدان. وذكر أربعة عشر بلداً أن لديها القدرات على حشد الموارد الداخلية، عند

توافرها، للاستجابة لأحداث الصحة العمومية؛ وتختلف الفترة الزمنية اللازمة لحشد الموارد الداخلية من بلد لآخر. وبعض البلدان لديها القدرة على حشد الموارد الخارجية للاستجابة لأحداث الصحة العمومية، على الرغم من أن هذه البلدان يغلب أن تكون بين تلك الدول التي تتلقى بالفعل دعماً من المانحين.

33. وجميع البلدان لديها هيكل وآلية محددين للتأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها، بما يشمل وضع خطط لقطاعات معينة. وذكر نصف البلدان أنها أجرت تقييماً للمخاطر وتوصيفاً للأخطار، سواء على المستوى الوطني، أو لبعض المناطق في البلد.

34. وذكر جميع البلدان تقريباً أنها حددت شركاء للإبلاغ عن المخاطر في بلدانهم. والقدرات الخاصة بالإبلاغ عن المخاطر الصحية قوية في القطاع الصحي في ما يتعلق بفاشيات الأمراض. وذكر نحو نصف البلدان أن لديها خططاً للإبلاغ عن المخاطر، خاصةً بكل قطاع من القطاعات. وعلى الرغم من أن أربعة عشر بلداً ذكرت أن لديها سياسات، أو دلائل إرشادية بشأن إجازة المعلومات والتصريح بنشرها، فإن بقية البلدان تقوم بذلك استناداً إلى ممارسات غير موثقة. ومن المعروف أن الإبلاغ عن المخاطر المتعلقة بأحداث جديدة من أحداث الصحة العمومية، مسؤولية مشتركة بين مختلف الوحدات/الإدارات المعنية. ومع ذلك، فإن مستوى التنسيق والتعاون بين القطاعات ذات الصلة في البلدان المختلفة، متباين. والتصريح بنشر المعلومات المتصلة بأحداث جديدة، ونوع المعلومات التي يُصرَّح بها هو أمر يقرره كبار المسؤولين. ويبدو أن هناك غياباً لآلية مؤسسية رسمية لتسريع عملية التصريح بنشر المعلومات أثناء الطوارئ. غير أنه، يوجد في بعض البلدان، بعض الأشخاص الذين يمكنهم، بصفتهم الشخصية، اتخاذ الإجراءات المطلوبة وتسريع إجراءات التصريح بنشر مثل تلك المعلومات. واعتماداً على مدى توافر الأموال، فإن البلدان تقوم، بشكل منتظم، بتحديث المعلومات ومواد التوعية والتواصل، وإتاحتها للجمهور.

35. وذكر ثمانية عشر (18) بلداً أن لديها شبكة من المختبرات الوطنية والدولية متوافرة لتلبية المتطلبات التشخيصية وتلك الخاصة بتأكيد التشخيص، ودعم استقصاء الفاشيات عند وقوع الأحداث. وذكر 15 بلداً أن لديها قائمة مُحدثة لمختبرات عمومية تتمتع بقدرات تشخيصية وثيقة الصلة. وذكر معظم البلدان وجود لوائح وطنية لديها لتعبئة ونقل العينات السريرية (الإكلينيكية)، ونظام فعال لجمع وتعبئة ونقل العينات السريرية (الإكلينيكية). وذكر جميع البلدان تقريباً أن لديها لوازم مجهزة بشكل مسبق لجمع ونقل العينات على المستويات المناسبة، كما أن لديها القدرات اللازمة لتسليم العينات السريرية إلى المختبرات المناسبة ضمن الإطار الزمني الملائم لاستقصاء الأحداث العادية. إلا أن ذلك ليس هو الحال بالنسبة لاستقصاء أحداث الصحة العمومية العاجلة. وقد قامت المنظمة بتقييم نظام إدارة الجودة بالمختبرات، وذلك في نصف البلدان، وأظهرت النتائج أن نظم إدارة المخاطر البيولوجية في المختبرات ما تزال تحتاج إلى استثمارات كبيرة.

36. وحدد جميع البلدان تقريباً نقاط الدخول المعنية لتنفيذ متطلبات اللوائح الصحية الدولية (2005)، كما حدد نصف البلدان قائمة الموانئ المخول لها في إصدار شهادات إصحاح السفن، وتم إطلاع المنظمة على هذه القائمة. وبالنسبة للقدرات الأساسية المطلوب توافرها في نقاط الدخول المعنية، فهي ليست متوافرة بالقدر الكافي. وفي ما يتعلق بخدمات الصحة العمومية ذات الصلة بالمرضى من المسافرين وأفراد الأطقم، والتفتيش على البضائع الغذائية والحيوانية، وعلى سلامة الأغذية وأمنوية المياه، ومعالجة النفايات، ومكافحة النواقل، وتطبيق تدابير مكافحة ذات الصلة بأحداث معينة من أحداث الصحة العمومية، فهي متوافرة في بعض البلدان، وعادة ما تقدّم من قِبَل مقدّمي خدمة مختلفين. كما يتم التعاقد مع شركات خاصة للقيام بهذه الوظيفة.

37. وتم إحرار تقدّم كبير في القدرات الخاصة بالأمراض الحيوانية المنشأ، ولاسيما في البلدان التي تشكّل فيها الأمراض الحيوانية المنشأ تهديداً كبيراً للصحة العمومية. فأنشطة ترصد الأحداث الحيوانية المنشأ موجودة في إطار وزارة الصحة في غالبية البلدان. وقد تم وضع قائمة بالأمراض الحيوانية، بما في ذلك الأمراض الحيوانية المنشأ، التي يُنوّجى ترصدها، وذلك داخل القطاعات المسؤولة عن الحيوانات في معظم البلدان. وعادة ما يتم تشاطر المعلومات بين الصحة وبين القطاعات التي تتعامل مع الحيوانات، في إطار مهمة محددة أو لغرض خاص. وبعض البلدان لديها القدرات لإجراء فحوص مخبرية لتأكيد الأحداث الحيوانية المنشأ ذات الأولوية، كما أن الحصول على الإمكانيات المخبرية الدولية، من خلال إجراءات مُتبعة وراسخة، لتأكيد الأحداث الحيوانية المنشأ ذات الأولوية هو أمر متاح بشكل مستدام في غالبية البلدان. وذكر جميع البلدان أن لديها آلية معمول بها لمواجهة فاشيات الأمراض الحيوانية المنشأ المعروفة، دون الأمراض الحيوانية المنشأ المستجدة (غير المعروفة).

38. وتباين قدرات البلدان في ما يتعلق بسلامة الغذاء، فبعض البلدان تحرز تقدماً في هذا المجال وتعمل على سد الثغرات القائمة من أجل تحسين القدرات في هذا الشأن، في حين تفتقر بلدان أخرى لكثير من المتطلبات اللازمة لذلك. وسلامة الغذاء مسؤولية مشتركة بين مختلف القطاعات في كل بلد من البلدان. والأدوار والمسؤوليات تكون محددة لكل جهة، إلا أنها في الغالب، تكون غير موثقة. وقد ذكر جميع البلدان تقريباً أن لديها معايير وطنية أو دولية لسلامة الغذاء، أو قوانين، أو لوائح، أو سياسات قائمة لتيسير مراقبة سلامة الغذاء، إلا أنها ليست حديثة في غالبية البلدان. وأفاد 15 بلداً بوضعها قائمة بالمخاطر ذات الأولوية على سلامة الغذاء. وقد ذكر 14 بلداً أن لديها خدمات قائمة لإجراء تفتيش، يستند إلى المخاطر، على الأغذية. ويتم استقصاء الشائعات حول الأحداث المرتبطة بسلامة الغذاء من قِبَل الوحدات ذات العلاقة، وذلك عند العلم بها. وفي ما يتعلق بالنظم الموضوعية للتبادل المنتظم للمعلومات ذات الصلة بالأحداث المرتبطة بسلامة الغذاء، بين القطاعات المختلفة، فإنها نادراً ما تكون متوافرة. وتتوافر في 15 بلداً دلائل إرشادية وإجراءات عمل معيارية لمعالجة الحالات المرتبطة بأحداث محددة تتعلق بسلامة الغذاء. ويجري، في غالبية البلدان، تدريب المهنيين المختصين في القطاعات المرتبطة بسلامة الغذاء، وذلك في مجال الاستجابة للأحداث المرتبطة بسلامة الغذاء ومكافحتها، إلا أن ذلك لا يجري بشكل منتظم.

39. ويُعدّ تنظيم واستخدام المواد الكيميائية مسؤولية مشتركة بين مختلف القطاعات في كل بلد من البلدان. ويوجد في كل بلد هيئة وطنية لتنظيم جميع الأنشطة المرتبطة بالمواد الكيميائية والمواد الخطرة، وذلك من خلال إطار قانوني. وقد تم، في بضعة بلدان، إعداد قائمة بالمواقع أو المرافق التي يُحتمل أن تكون مصدراً لطائفة من الطوارئ الكيميائية، مع تقييم المخاطر الكيميائية في تلك المواقع. والسياسات الخاصة بترصد الأحداث الكيميائية والاستجابة لها، والدلائل الإرشادية للاستجابة للأحداث الكيميائية وإدارتها، متوافرة في نصف البلدان، إلا أنها ليست متاحة لجميع القطاعات المعنية. وقد ذكر نصف البلدان أن لديها خططاً للتأهب للأحداث الكيميائية والاستجابة لها، ولكن ليس في إطار خطة وطنية. وتبادل المعلومات يتم، في غالبية البلدان، في إطار مهمة محددة أو لغرض خاص.

40. وفي ما يتعلق بالقدرات الوطنية للتأهب للطوارئ الإشعاعية والاستجابة لها، فإن هناك العديد من الأنشطة التي تجري حالياً في البلدان، في حين يتم التخطيط لأنشطة أخرى، وذلك حتى يمكن تعزيز القدرات بشكل أكبر. وهناك تشارك في المسؤولية عبر مختلف القطاعات. ويوجد في 16 بلداً خطط لاكتشاف الطوارئ الإشعاعية، وتقييمها، والاستجابة لها، كما تتوافر لدى 15 بلداً نظم لرصد الطوارئ الإشعاعية. وتتوافر لدى غالبية البلدان

دلائل إرشادية وإجراءات عمل معيارية لتقييم مخاطر الطوارئ الإشعاعية، وتبليغها، والتحقق من أحداثها والإخطار بها، واستقصائها، وإدارتها، إلا أن هذه الدلائل والإجراءات ليست متاحة لجميع القطاعات المعنية. وهناك نظم خاصة بتصدير المواد المشعة والتخلص منها، وهي تخضع للمراقبة في معظم البلدان، كما تتوفر القدرات التي يمكنها التفتيش على البضائع الملوثة بمواد مشعة، وذلك في معظم البلدان، بما في ذلك نقاط الدخول. ويوجد لدى غالبية البلدان خطط خاصة بكل قطاع، تتعلق بالتأهب للأحداث الإشعاعية والنوية والاستجابة لها، إلا أنها ليست متاحة للقطاعات الأخرى. وقد لوحظ وجود تعاون قوي من جانب الوكالة الدولية للطاقة الذرية مع البلدان من أجل تعزيز قدراتها الحالية في هذا المجال بشكل أكبر.

الثغرات في التنفيذ

41. إن عدم تفهم العملية الخاصة بمراجعة التشريعات الوطنية في سياق اللوائح الصحية الدولية (2005)، وسنّ التشريعات الوطنية اللازمة لتنفيذ متطلبات هذه اللوائح، يعتبر أحد التحديات الرئيسية بالنسبة لبعض الدول الأطراف. ومن الممكن أن تستغرق التعديلات التي تُجرى على التشريعات سنوات عدّة حتى تتم المصادقة عليها. وإن خيار إصدار مرسوم أو قرار وزاري لدعم تنفيذ اللوائح، كإجراء بديل، لا يجري استخدامه على نطاق واسع.

42. إن غالبية الأشخاص المسؤولين داخل مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية ليس لديهم الفهم الكافي للوائح، ولا المعدات اللازمة لتيسير التواصل على مدار الساعة مع مختلف القطاعات ومع المنظمة، كما أن مهام والتزامات مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح، وكذلك مهام والتزامات اللجان المتعددة القطاعات، ليست واضحة في معظم البلدان، وحتى عندما تكون واضحة، فإنها لا تنفذ بالكامل. وفضلاً عن ذلك، فقد لوحظ أنه ليس هناك تفهم كافٍ للوائح بين القطاعات المختلفة، ولا لدورها في تنفيذها، وعدم كفاية الالتزام السياسي باللوائح بين القطاعات غير الصحية، وذلك في غالبية البلدان.

43. ليس هناك تنظيم بين القطاعات في ما يتعلق بالتنسيق وتشاطر المعلومات، في الظروف الروتينية، ويُعزى هذا الأمر، في جزء منه، إلى ثقافة "عدم تشاطر المعلومات"، وفي جزء آخر، لغياب التوجيه السليم حول كيفية تعزيز التنسيق، وكيفية تشاطر المعلومات، ونوع المعلومات التي ينبغي تشاطرها. هذا إلى جانب حقيقة أن أدوار ومسؤوليات مختلف الأطراف المعنية في تنفيذ اللوائح، غير محددة بوضوح.

44. وبالنسبة لاكتمال وحسن توقيت بيانات الترصد التي يتم تبليغها، فإنها تمثل قضية في حد ذاتها، وبخاصة في ما يتعلق بالبيانات التي ترد من المرافق الصحية الواقعة في الأماكن غير الآمنة في بعض البلدان. فالأساليب والبرمجيات المستخدمة لإدارة بيانات الترصد ليست حديثة، كما لا يتم، على نحو منتظم، تقديم التعليقات وردود الأفعال على نتائج الترصد، إلى جميع المستويات، وإلى الأطراف المعنية الأخرى من ذوي العلاقة. ورغم أن عدداً كبيراً من البلدان أفاد بوجود أنشطة ترصد قائم على الأحداث، فإنه لم يتم إنشاء نظام رسمي لهذا الغرض في أي من البلدان. وعلاوة على ذلك، فقد لوحظ وجود فجوة كبيرة في استيعاب مفهوم الترصد القائم على الأحداث لدى البلدان، حتى بين كبار مسؤولي الترصد. ولا يجري استخدام المبادئ التوجيهية لاتخاذ القرارات الواردة في المرفق 2 من اللوائح، وذلك بين القطاعات غير الصحية.

45. وفي ما يتعلق بالاستقصاء المتعدد التخصصات لأحداث الصحة العمومية، والاستجابة لها، فإنهما غير كافيين، حيث لا توجد توجيهات بشأن تدبير بعض أحداث الصحة العمومية ذات الأولوية والاستجابة لها.

وكذلك، فإن تدابير مكافحة العدوى وسلامة المرضى هي تدابير غير كافية في معظم البلدان. والتفشي الحالي لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية التي يسببها الفيروس التاجي (فيروس كورونا) يبرز الخروقات/الثغرات الموجودة في برامج الوقاية من العدوى ومكافحتها. وهناك حاجة إلى تعزيز قدرات وحدات العزل في مستشفيات الرعاية الثالثة (المستشفيات التخصصية) في هذا الإقليم، كما أن هناك حاجة لإنشاء وحدات لإزالة التلوث في عدد من المستشفيات للتعامل مع الحالات التي تتعرض لتلوث كيميائي، وإشعاعي، و نووي. وتفتقر غالبية البلدان لوجود نظام شامل لرصد المقاومة لمضادات الميكروبات.

46. ويفتقر معظم البلدان إلى الخطط الوطنية للصحة العمومية المعنية بالتأهب لأخطار الصحة العمومية والاستجابة لها، بما في ذلك تلك الخاصة بنقاط الدخول. وهناك حاجة إلى توصيف الأخطار المحتملة والمواقع الخطيرة في معظم البلدان، مع ضرورة إعداد/تحديث الخطط الوطنية للصحة العمومية المعنية بالتأهب لهذه الأخطار المحتملة والاستجابة لها، وفقاً لذلك. وعلى الجانب الآخر، فإن المخزونات المجهزة مسبقاً من الأدوية والمستلزمات الخاصة بطوارئ الصحة العمومية، وخطط إدارة هذه المخزونات، ليست متوفرة بالقدر الكافي.

47. وتحتاج القدرات في مجال التبليغ بالمخاطر في القطاعات غير الصحية، ولاسيما تلك التي تتعامل مع الطوارئ الكيميائية والإشعاعية إلى تطوير واسع النطاق. فالحاجة قائمة إلى اتباع نهج متكامل في هذا الصدد. ويشمل ذلك القيام، بالمشاركة مع جميع الأطراف المعنية، بإعداد خطط متكاملة للتبليغ بالمخاطر لمواجهة الأخطار المحتملة في القطر. وهناك حاجة أيضاً إلى خطط محددة أخرى لمواجهة الأخطار النوعية. والحاجة قائمة كذلك للتدريب في مجال التبليغ المشترك بالمخاطر، وذلك للأطراف المعنية الرئيسية، بغرض تعزيز التنسيق والتعاون في ما بينها، وبصفة خاصة لكي يمكن تقليل الوقت المستغرق في الانتقال إلى وضع مواجهة حالات الطوارئ كفريق متكامل للتبليغ بالمخاطر. والحاجة تدعو أيضاً إلى وضع استراتيجيات تمكن المجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمنظمات الدولية من العمل معاً بفعالية في هذا الخصوص. وفي ذات الوقت ينبغي أيضاً تقصي المتطلبات الخاصة بالتبليغ بالمخاطر، على المستويات الإدارية المختلفة حتى تكون الحكومات أكثر استعداداً للتواصل في حالات الطوارئ الصحية.

48. وعلى الرغم من العمل الضخم الذي تم القيام به لبناء قدرات نُظُم إدارة المخاطر البيولوجية في المختبرات الوطنية، فإن هذا الأمر ما يزال يشكل تحدياً رئيسياً في بعض البلدان. ومن أسباب ذلك، نقص الوعي والالتزام السياسي، وعدم وجود خطة شاملة تتناول البنية الأساسية، والمعدات، والتعاون في ما بين القطاعات المختلفة، وغياب الموارد البشرية المدربة.

49. إن غياب التنسيق والتواصل بين مختلف مقدمي الخدمة في نقاط الدخول المعينة، إلى جانب نقص الوعي باللوائح الصحية الدولية وبدور السلطات المختصة في تنفيذها يمثل ثغرة كبيرة في هذا النطاق. فالوثائق الصحية التي تستخدم في نقاط الدخول ليست هي الوثائق التي تم تحديثها والمطلوبة بمقتضى اللوائح الصحية الدولية، كما أن قدرات الموظفين المسؤولين عن إصدار مثل هذه الوثائق ليست كافية. ومعظم نقاط الدخول المعينة لا تملك خطط طوارئ الصحة العمومية. وهناك نقص في التوجيهات بشأن كيفية تعزيز القدرات المطلوبة في المعابر البرية، ولاسيما في البلدان التي يسهل فيها اختراق هذه النقاط، وتصبح فيها السيطرة على مرور المسافرين بالقدر الكافي. وهناك نقص أيضاً في التوجيه حول كيفية إدماج بيانات الترصد عند نقاط الدخول ضمن بيانات الترصد الوطني. وهناك حاجة إلى مزيد من الجهود لتعزيز التنسيق مع البلدان المتجاورة حتى يمكن تقوية أنشطة الترصد والاستجابة عبر الحدود.

50. ومعظم البلدان ليس لديها خطط وطنية للتأهب للأحداث الحيوانية المنشأ والاستجابة لها. وبعض البلدان ليس لديها تعريف للحالات أو توجيهات لاستقصاء الأمراض الحيوانية ومكافحتها والتدبير العلاجي لها، بما في ذلك الأمراض الحيوانية المنشأ. كما أن هناك قصوراً في التنسيق بين القطاعات المسؤولة عن الحيوانات وغيرها من القطاعات، وفي جمع المعلومات المتعلقة بالأمراض الحيوانية المنشأ، ومضاهاتها، وتبادلها بين وحدات مراقبة صحة الحيوان، والمختبرات، ووحدات مراقبة صحة الإنسان، وغيرها من القطاعات ذات الصلة بطريقة منهجية وفي الوقت المناسب. وعلاوة على ذلك، فإن اكتشاف الأمراض الحيوانية يستند إلى الترضد السليبي ونادراً ما يستند إلى الترضد النشط، وهو المطلوب في هذا المجال. وهناك قصور أيضاً في معظم البلدان، في استخدام التدابير الفعالة في ما يختص بالعزل ومكافحة العدوى في الرعاية الصحية، وزيادة القدرة الفورية على تلبية الاحتياجات المفاجئة أثناء الطوارئ بما يضمن الاستجابة بشكل كاف للأحداث، وتوفير العلاج الوقائي أو التدابير المضادة، والوصول إلى الخبراء الذين يمكنهم دعم الاستجابة السريعة للأحداث الحيوانية المنشأ.

51. ولم تقم غالبية البلدان بإجراءات كافية لتلبية المتطلبات التالية الخاصة بالقدرة ذات الصلة بسلامة الغذاء: توافر آلية معتمدة للتنسيق وتشاطر المعلومات بين مختلف الأطراف المعنية، ومع مركز الاتصال الوطني المعني باللوائح الصحية الدولية؛ ونظام ترصد معتمد وقائمة محددة بالأحداث المرتبطة بسلامة الغذاء؛ وآلية معززة لتتبع وسحب المنتجات الملوثة؛ وقدرة على مستوى عال من الكفاءة للتفتيش على الأغذية المنتجة محلياً؛ والتفتيش في نقاط الدخول على المنتجات الغذائية المستوردة ومنح الرخص في ذلك؛ وقدرة في مجال الفحص المخبري للأمراض المنقولة بالغذاء والتلوث الغذائي بما يشمل التلوث بالمواد الكيميائية؛ ووضع خطط وطنية للتأهب للأحداث المرتبطة بسلامة الغذاء والاستجابة لها؛ وإرساء نظام إداري لمراقبة سلامة الغذاء، يعمل بشكل كامل.

52. وهناك قصور في التنسيق وتشاطر المعلومات بين مختلف القطاعات ذات الصلة بالمواد الكيميائية، أو مع مركز الاتصال الوطني المعني باللوائح الصحية الدولية. كما أن وجود ثغرات في نظم الترصد واستجابات الصحة العمومية للأحداث الكيميائية، هو من الأمور الشائعة في العديد من البلدان. فهناك ثغرات كبيرة موجودة بين أقل البلدان نمواً، والبلدان التي تدور فيها الصراعات، والتي من بينها: توصيف الأخطار الكيميائية المحتملة، ووضع خطة وطنية متعددة القطاعات للتأهب للأحداث الكيميائية والاستجابة لها؛ وتعزيز القدرات لترصد الأحداث الكيميائية؛ وتوافر قدرات مختبرية لإجراء الاختبارات المرتبطة بالأحداث الكيميائية؛ ووجود قدرات صحية عمومية كافية لمواجهة الأحداث الكيميائية، بما يشمل البنية الأساسية، والمعدات، والمواد، والموارد البشرية المؤهلة تأهيلاً كاملاً؛ وتوافر مراكز عاملة للسموم الكيميائية، أو مراكز المعلومات الخاصة بالمواد الكيميائية.

53. والتنسيق والتعاون بين القطاعات ذات الصلة بالإشعاع وقطاع الصحة العمومية ليسا كافيين. ومعظم البلدان تفتقر إلى القدرات الوطنية لترصد الأحداث الإشعاعية والنووية، أو مصادر تلك الأحداث. ويتم إسناد المعالجة والتدبير السريري للحالات التي تتعرض للإشعاع، بصفة عامة، إلى القطاع الصحي. ومع ذلك، فإن الحاجة قائمة إلى مزيد من التعزيز لقدرة الصحة العمومية القائمة في المجالات ذات الصلة بإزالة التلوث، ومعدات الوقاية الشخصية، والمخزونات الضرورية من الأدوية والمستلزمات، وتدريب الكادر الطبي. وينبغي تحديث الخطط المحددة لكل قطاع للتأهب للأحداث الإشعاعية والنووية والاستجابة لها، وذلك في شكل خطط وطنية، وأن تتم إتاحتها لجميع القطاعات المعنية.

التحديات الحالية التي تعرق الوفاء بالالتزامات الخاصة باللوائح الصحية الدولية (2005)

54. لقد تم إحرار تقدّم كبير في تنفيذ متطلبات اللوائح الصحية الدولية بين الدول الأطراف في هذا الإقليم. ومع ذلك، فما يزال هناك عدد من التحديات التي لا تؤثر على بناء القدرات المطلوبة فحسب، بل أيضاً على الحفاظ على تلك القدرات. وفي ما يلي أهم هذه التحديات:

- يمر عدد كبير من البلدان بأنواع مختلفة من التحول السياسي والجغرافي، وهو ما أدى، وما زال يؤدي، إلى تدمير أو إضعاف النظم الصحية. فقد حدثت هذه الأوضاع من الحصول على الرعاية الصحية، وقلّصت القدرات على اكتشاف أحداث الصحة العمومية، وتوقيها، والاستجابة لها، كما أدت إلى توقف الجهود الرامية إلى بناء وتعزيز قدرات الصحة العمومية الوطنية بشكل أكبر.
- هناك قصور في فهم اللوائح الصحية الدولية على المستوى الوطني، حتى داخل مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية. وقد أدى ذلك إلى عدم الالتزام السياسي من جانب القطاعات غير الصحية تجاه تنفيذ متطلبات اللوائح، وإلى عدم كفاية الجهود التي تُبذل لتعزيز التنسيق بين مختلف القطاعات، بما في ذلك القطاعات غير الصحية، ومراجعة التشريعات الوطنية من أجل تيسير التنفيذ.
- التنسيق غير كافٍ بين البلدان المتجاورة لتعزيز القدرات في نقاط الدخول، وتشاطر بيانات ومعلومات الترصد الوبائي، لضمان الاستجابة السريعة والفعّالة، عبر الحدود، لأحداث الصحة العمومية.
- سرعة تغيير المهنيين تجعل من الصعب الاحتفاظ بعدد كافٍ من الموارد البشرية ذات كفاءة للحفاظ على القدرات المطلوبة وتنميتها. ويجري على نطاق واسع، تنفيذ الأنشطة الرامية إلى بناء قدرات الموارد البشرية، وذلك من قِبَل مختلف الشركاء، وفي مختلف المجالات. غير أن الحاجة ماثلة لتعزيز التنسيق في ما بين مختلف الشركاء لضمان مراعاة تدريب الموارد البشرية في جميع مجالات العمل الضرورية.
- أدى شح الموارد المالية في بعض البلدان إلى عدم تخصيص الميزانية اللازمة لتنفيذ متطلبات اللوائح الصحية الدولية، وإجراء مزيد من التعزيز للبنية الأساسية والمعدات الطبية. وترجع هذه القيود في التمويل، بصورة رئيسية، إلى الأولويات الوطنية المتنافسة. ومع ذلك، فإن سياسة المانحين في ما يتعلق بالدعم، تمثل أيضاً أحد العوامل، حيث لا يتناسب هذا الدعم غالباً مع الاحتياجات الفعلية للبلدان المتلقية له، أو أنه لا يذهب إلى البلدان التي تحتاج بالفعل إلى الدعم. وعلاوة على ذلك، فإنه على الرغم من أن الدول الأطراف مُلزَمة، بمقتضى اللوائح، بدعم بعضها بعضاً، فإن هذا الأمر، إلى الآن، لا يتم التقيّد به.

55. ولقد عملت المنظمة، وما زالت تعمل، على دعم البلدان بشكل موسّع للوفاء بالالتزامات، وتقديم الدعم التقني لها، وحشد الموارد، التقنية منها والمالية، لتمكين البلدان من بناء القدرات الوطنية في مجالات الترصد والاستجابة، وتقييم المخاطر المرتبطة بأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً، وتنسيق الاستجابة لأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً. وقد أُجريت عملية هيكلية داخلية بغرض تنسيق جهود المنظمة، والدعم المقدم للبلدان، إلا أن المنظمة تواجه أيضاً تحديات تؤثر على قدرتها على مواصلة الاضطلاع بالولاية المسندة إليها بوصفها الأمانة المسؤولة عن الإشراف على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

56. ويتمثل أول هذه التحديات في الإحطار الإلزامي، وتبليغ البلدان للمنظمة بأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً، التي تحدث في أراضيها. وكانت الفاشية الأخيرة لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية التي يسببها الفيروس التاجي (فيروس كورونا)، بمثابة فرصة لاختبار وتأكيد فاعلية نظام التبليغ بهذه الأحداث، وهو الإجراء المطلوب بمقتضى اللوائح. ولقد رأينا التقدّم في سرعة إخطار المنظمة بهذا الحدث من قِبَل مراكز الاتصال الوطنية

المعنية باللوائح الصحية الدولية. غير أنه، وبحسب سياسة كل دولة من الدول الأطراف، فإن موافقة كبار المسؤولين الوطنيين غالباً ما تكون مطلوبة قبل إخطار المنظمة بالأحداث، وهذا قد يؤدي إلى تأخر الإجراء الخاص بالإخطار المبكر المطلوب القيام به بمقتضى اللوائح. وينبغي أن يكون لدى مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية صلاحية كافية للقيام بإخطار المنظمة دون مزيد من الرجوع إلى مستويات أعلى في هذا الشأن. ومن ناحية أخرى، فإن التبليغ الشامل الذي يتيح للمنظمة تقييم مخاطر الأحداث لا يتم الالتزام به في الوقت الراهن، ويحتاج إلى معالجة من قِبَل مراكز الاتصال الوطنية.

57. ويتعلق التحدي الثاني بعدم وجود موارد بشرية كافية في المكتب الإقليمي تستطيع رصد تنفيذ اللوائح عن كثب، والمتابعة مع المسؤولين الوطنيين بشأن الإجراءات المطلوبة للتأهب للتنفيذ. وعلى نحو مشابه، فإن القدرات في مكاتب المنظمة القطرية غير كافية لدعم تنفيذ اللوائح على الصعيد القطري.

الخاتمة

58. يواجه العالم، والإقليم، في كل يوم مجموعة متنوعة من التهديدات الصحية. وهناك احتمال هائل لأن تكون لهذه التهديدات تداعيات سلبية على بلدان هذا الإقليم، ولاسيما في ضوء عدم الاستقرار السياسي القائم في كثير منها. فأكثر من 50% من الدول الأعضاء، في الإقليم طلب تمديداً ثانياً للموعد النهائي لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005). وبالنسبة لهذه البلدان، فإن كثيراً من القدرات مايزال يحتاج إلى تطوير. وفي ذات الوقت، فإن بعضاً من هذه القدرات متوافر بالفعل، لكن توافره غير معلوم لجميع القطاعات المعنية، أو لمراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية، بسبب عدم وجود تنسيق كافٍ في هذا الشأن. وعلى الجانب الآخر، فإن البلدان التي أعلنت استعدادها للوفاء بالتزاماتها بحلول حزيران/يونيو 2012 وحزيران/يونيو 2014، تحتاج أيضاً إلى إيجاد آليات لمواصلة تنمية القدرات المطلوبة، ولاسيما تلك المتعلقة بالتأهب، والتبليغ بالمخاطر، ونقاط الدخول، وتعزيز قطاع الصحة العمومية بما يمكنه من إدارة الطوارئ الكيميائية والإشعاعية.

59. وهناك بعض البلدان التي تتلقى أنواعاً مختلفة من الدعم من الشركاء. وقد أدى غياب التنسيق بين الشركاء إلى الإفراط في دعم بعض مجالات العمل في حين لا تلقى مجالات عمل أخرى أي اهتمام، وبعض البلدان التي تحتاج للدعم لم تتلق مطلقاً أي دعم من الشركاء. وهناك العديد من المبادرات القائمة على المستوى العالمي، بين مختلف المنظمات الدولية لتعزيز القدرات الوطنية، غير أنه لم يتم بعد تنفيذها تنفيذاً كاملاً على المستوى القطري.

60. وهناك حاجة ماسة للاستثمار في القدرات الخاصة بترصد جميع الأخطار والاستجابة لها في هذا الإقليم. فبدون هذا الاستثمار، سيكون الامتثال للالتزامات الخاصة بتنفيذ هذه اللوائح ضعيفاً، مما يؤدي إلى ثقب خطيرة في ثوب الأمن الصحي العالمي. إذن، هناك حاجة إلى تضافر الجهود الوطنية والدولية للتحقق من أن جميع البلدان لديها القدرات للاكتشاف المبكر للأحداث التي تهدد الصحة العمومية، واستقصائها، وتبليغها، والاستجابة لها. وسيكون ممكناً في ظل هذه الجهود الوطنية والدولية المشتركة، أن يفضي تنفيذ اللوائح وغيرها من المبادرات، والأطر، والقرارات إلى تحقيق مستوى أعلى من الأمن الصحي العالمي، وستضاءل الفرصة أمام الأمراض لعبور الحدود، كلما أصبح بمقدور المزيد من البلدان الحفاظ على أمنها الصحي الخاص. ولا سبيل لضمان الأمن الصحي العالمي والإقليمي إلا بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005).

61. إن الوفاء بالالتزامات التي تفرضها اللوائح الصحية الدولية (2005) هو قرار تتخذه الدول الأطراف وحدها. ويمكن للمنظمة أن تقدم المشورة إلى الدول الأعضاء، إن هي طلبت ذلك، بشأن تنفيذها للوائح. وعلى ذلك، فإن الإعلان من جانب الدول الأعضاء، في ما يختص بوفائها بالالتزامات لا يعني بالضرورة أن جميع القدرات الأساسية متوافرة على الأرض من أجل الاكتشاف المبكر لأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً، وتقييمها، والإخطار بها، والاستجابة لها. وقد ترغب اللجنة الإقليمية في النظر في خيار تقوية واستدامة القدرة على استعراض التقدم المحرز في تنفيذ اللوائح. وقد يتطلب ذلك، على سبيل المثال، إنشاء هيكل إقليمي لتقييم القدرات في الدول الأطراف على تدبير أحداث الصحة العمومية، والتحقق المستقل من توافرها، والإشهاد على ذلك.

الخطوات التالية المطلوبة من الدول الأعضاء

- (1) القيام بأنشطة الدعوة والتوعية لرفع مستوى استيعاب اللوائح الصحية الدولية (2005)، وتفهم الدور المنوط بمختلف القطاعات في تنفيذها، والحصول على الالتزام السياسي للوزراء من غير وزراء الصحة.
- (2) تشكيل لجنة من المستشارين القانونيين يُمثّل فيها مختلف القطاعات لمراجعة التشريعات الوطنية، وتيسير تنفيذ اللوائح، والنظر في إصدار مراسيم وزارية، كإجراء متوسط الأمد، لتيسير التنفيذ حين اكتمال مراجعة وسن التشريعات الوطنية اللازمة.
- (3) تعيين الأشخاص المناسبين، ومختلف المسؤولين في مراكز الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية لضمان التنفيذ الكامل لمهامهم. ويتعين أن يزوّد المسؤولون العاملون في مراكز الاتصال الوطنية بالتجهيزات المناسبة لتيسير التواصل على مدار الساعة مع مختلف القطاعات الوطنية ومع المنظمة، وأن يتاح لهم خط مباشر للتواصل مع كبار المسؤولين في جميع القطاعات الأخرى من أجل تيسير التنسيق في ما بينها.
- (4) تشكيل لجنة مشتركة بين القطاعات تكون معنية باللوائح الصحية الدولية، بتمثيل رفيع المستوى من مختلف القطاعات، بما يسمح باتخاذ القرارات في الوقت المناسب، والمشاركة الفاعلة لكل قطاع في إعداد خطة العمل الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية، وتنفيذها ورصدها.
- (5) إنشاء آلية لتشاطر المعلومات بين مختلف الأطراف المعنية على الصعيد الوطني، ولاسيما مع القطاعات غير الصحية، ومع مركز الاتصال الوطني المعني باللوائح الصحية الدولية، مع التحديد الواضح للاختصاصات في هذه الآلية بالنسبة للمعلومات التي ينبغي تشاطرها، وكيفية تشاطرها، ومن يتم إشراكه في ذلك.
- (6) تعزيز استخدام المبادئ التوجيهية لاتخاذ القرارات الواردة في المرفق 2 من اللوائح الصحية الدولية (2005) من أجل تقييم الأحداث التي قد تشكل طارئة من طوارئ الصحة العمومية التي تثير قلقاً دولياً، والإخطار بها، ولاسيما من قِبَل القطاع غير الصحي، مع مزيد من التحسين للإخطار السريع للمنظمة بأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً، وضمان التبليغ الشامل عن الحالات المرتبطة بهذه الأحداث.
- (7) تخصيص الميزانية اللازمة لتنفيذ خطة العمل الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية حتى يمكن الوفاء بالالتزامات والحفاظ على ذلك كأولوية قصوى، ولتنفيذ الأطر وغيرها من الاتفاقات القائمة، وتعزيز إقامة الشبكات مع الشركاء، بما في ذلك المراكز المتعاونة مع المنظمة لدعم سد الثغرات.

- (8) إعداد خطط استبقاء للموارد البشرية مع إيجاد حلول قصيرة الأمد وأخرى طويلة الأمد لمعالجة التغيير المستمر بين الموظفين اللازمين لتنفيذ متطلبات اللوائح. وإدخال اللوائح الصحية الدولية في المقررات التعليمية ذات الصلة، بما في ذلك المقرّر الخاص ببرامج التدريب القائمة حالياً في مجال الوبائيات الميدانية كبدائية.
- (9) بدء حوار مع البلدان المتجاورة لإيجاد الآلية المناسبة لتعزيز التعاون عبر الحدود لترصّد أحداث الصحة العمومية والاستجابة لها، وضمان إشراك المنظمات الدولية ذات الصلة على المستوى القطري لتيسير إيجاد الآلية المناسبة للتعاون.
- (10) إنشاء آلية لتوفير الدعم المالي، والتقني، واللوجستي للبلدان الأخرى للتأهّب لإعداد متطلبات اللوائح من القدرات الأساسية، والحفاظ عليها.
- (11) تحديد الخبراء الوطنيين في مختلف مجالات العمل وتسميتهم تمهيداً لإدراجهم في القائمة العالمية للخبراء في مجال اللوائح الصحية الدولية.
- (12) مراجعة وتحديث خطة العمل الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية، لمعالجة جميع الثغرات التي يتم تحديدها، وذلك ضمن إطار زمني وميزانية، يحدّدان بوضوح.