



PISM | POLSKI INSTYTUT SPRAW MIĘDZYNARODOWYCH
THE POLISH INSTITUTE OF INTERNATIONAL AFFAIRS

BIULETYN

Nr 63 (1995), 2 kwietnia 2020 © PISM

Redakcja: Sławomir Dębski • Patrycja Sasnal • Rafał Tarnogórski
Katarzyna Staniewska (sekretarz redakcji)
Sebastian Płóciennik • Justyna Szczudlik • Daniel Szeligowski • Jolanta Szymańska
Marcin Terlikowski • Karol Wasilewski • Szymon Zaręba • Tomasz Żornaczuk

Bliski koniec epidemii eboli w DR Konga – wnioski dla walki z koronawirusem

Jędrzej Czerep

Pojawienie się pierwszych przypadków COVID-19 w Afryce Subsaharyjskiej zbiegło się w czasie z wypisaniem do domu ostatniego pacjenta wyleczonego z gorączki krwotocznej ebola w Demokratycznej Republice Konga. Dla pokonania drugiej największej w historii epidemii tej choroby kluczowa była zmiana codziennych nawyków mieszkańców zagrożonych terenów. Doświadczenie walki z ebolą może wpłynąć na działania WHO względem koronawirusa, np. w zakresie doraźnego stosowania nieatestowanych szczepień.

Ebola w Afryce. Jeśli do 12 kwietnia br. nie pojawią się nowe przypadki eboli w Demokratycznej Republice Konga (DRK), WHO ogłosi zakończenie epidemii, która od sierpnia 2018 r. zabiła w tym państwie 2,2 tys. osób przy śmiertelności ok. 68% zakażonych. Okazała się ona najtrudniejsza do pokonania z dotychczasowych ok. 30, najczęściej lokalnych, wybuchów eboli w Afryce. Ebola, po raz pierwszy opisana w 1976 r., przenosi się przez kontakt z płynami ustrojowymi, np. krwią lub śliną. Jest wysoce zaraźliwa. Niektóre szczepy wirusa zabijają 90% zakażonych, najczęściej jest to ok. 40–50%. Jak dotąd największy zasięg miała epidemia eboli w Afryce Zachodniej (Gwinea, Liberia, Sierra Leone) z lat 2013–2016, w której zmarło ponad 11 tys. osób. Wówczas Rada Bezpieczeństwa ONZ w rezolucji 2177 (2014) ogłosiła ją zagrożeniem dla światowego pokoju i bezpieczeństwa, co ułatwiło uzyskanie od międzynarodowych instytucji ok. 2 mld dol. na wsparcie działań służb medycznych. Pomimo uznania w sierpniu 2019 r. przez WHO obecnej epidemii w DRK za zagrożenie zdrowia publicznego o międzynarodowym znaczeniu (PHEIC) nie uzyskała ona podobnej uwagi i środków. W samym 2019 r. zebrano od donatorów tylko ok. 60% z 435,9 mln dol. potrzebnych do wdrożenia strategicznego planu odpowiedzi na epidemię opracowanego przez ministerstwo zdrowia DRK. Choć żadna z eksperymentalnych szczepionek na ebolę nie uzyskała wszystkich międzynarodowych atestów, od 2018 r. stosuje się je w celu ograniczania zarażeń na zasadzie *compassionate use* (dopuszczania niesprawdzonych leków w nagłych sytuacjach). W toku obecnej epidemii w DRK i Rwandzie do szczepień zgłosiło się ok. 300 tys. osób, co pozwoliło od połowy ub.r. wyhamować dynamikę zachorowań.

Uwarunkowania polityczne. Epidemia objęła przede wszystkim prowincje Kiwu Północne i Ituri położone w najbardziej niespokojnej, północno-wschodniej części DRK, na pograniczu z Rwandą i Ugandą. Jest to obszar objęty tylko iluzoryczną kontrolą państwa kongijskiego, pogrążony w lokalnych konfliktach, których podłożem są najczęściej napięcia etniczne oraz rywalizacja o zasoby mineralne. W prowizorycznych kopalniach, często prowadzonych przez watazków, pozyskuje się m.in. kobalt wykorzystywany w przemyśle elektronicznym.

Wybuch epidemii zbiegł się w czasie z ogólnopaństwowym kryzysem politycznym. [Choć mandat prezydenta Josepha Kabili formalnie wygaś w 2016 r.](#), wybory prezydenckie i parlamentarne odbyły się dopiero w styczniu 2019 r. Na obszarach objętych epidemią (okręgi Beni i Butembo, będące też bastionem

przeciwników Kabil) odwołano je, co spowodowało zamieszki, które zakłóciły walkę z ebolą. Sytuacja ta pogłębiła poczucie frustracji i nieufność ich mieszkańców wobec władz centralnych.

We wschodnim Kongu, w tym na obszarach objętych epidemią, stacjonuje kontyngent ok. 18 tys. żołnierzy ONZ (misja MONUSCO) mających chronić ludność przed nadużyciami armii i kilkudziesięciu lokalnych ugrupowań zbrojnych. Działalność bojówek nie pozwalała lekarzom swobodnie działać w interiorze. W ostatnich latach aktywne były zwłaszcza dżihadystyczne Zjednoczone Siły Demokratyczne (ADF), które deklarują lojalność wobec tzw. Państwa Islamskiego (PI). Grupa nasiliła ataki na ludność cywilną, np. w okolicach Beni, w bezpośrednim sąsiedztwie baz MONUSCO. Niezdolność sił ONZ do ochrony mieszkańców spowodowała głęboki kryzys zaufania mieszkańców do tej misji – nasilały się spontaniczne ataki na jej personel i wezwania do opuszczenia przez nią DRK. Sytuację zmieniła dopiero rozpoczęta w październiku 2019 r. udana ofensywa wojsk kongijskich na leśne bazy ADF, która jednak także zakłóciła pracę lekarzy.

Kulturowe przeszkody w walce z epidemią w Kongu. Mimo występowania w przeszłości w DRK niewielkich ognisk eboli dla większości mieszkańców państwa była ona zjawiskiem nieznanym. Dlatego teorie spiskowe dotyczące wirusa łatwo zyskiwały posłuch. Popularnością cieszyły się zwłaszcza pogłoski, że ebola to mit służący interesom polityków lub że epidemię przywiózł celowo zagraniczny personel np. w szczepionkach. Świadczyć miał o tym m.in. wygląd pracowników Lekarzy bez Granic (MSF) lub Międzynarodowego Czerwonego Krzyża, stosujących skafandry ochronne, które budziły lęk i podkreślały dystans obcokrajowców wobec miejscowych. W marcu 2019 r. szef misji MSF alarmował, że lekarze „przegrywają walkę” z epidemią z uwagi na brak zaufania mieszkańców. Po atakach na kliniki MSF w lutym 2019 r. personel tej organizacji na cztery miesiące wycofał się z obszaru epidemii.

Kluczowe dla opanowania epidemii było przekonanie Kongijczyków do zmiany ich nawyków mogących powodować zarażenia. Niechęć do szczepień przełamało dopiero zaangażowanie liderów lokalnych społeczności cieszących się autorytetem (m.in. artystów, filantropów), którzy własnym przykładem zachęcali innych. Szczególnie ważna była zmiana zwyczajów pogrzebowych – zamiast przechowywać ciało zmarłego w domu i organizować rodzinny pochówek zaczęto przekazywać je służbom medycznym. Konieczne było też unikanie uścisków podczas powitań, utrzymywanie dystansu w miejscach publicznych, korzystanie z punktów mycia rąk i poddawanie się ulicznym kontrolom temperatury, popularyzowanym np. poprzez plakaty.

Znaczenie eboli dla walki z koronawirusem. SARS-CoV-2 przenosi się w podobny sposób co ebola – głównie drogą kropelkową – a walka z nim wymaga zbliżonych środków zaradczych. Dlatego doświadczenie największych epidemii eboli w Afryce w latach 2013–2016 i 2018–2020 ma znaczenie dla przeciwdziałania pandemii koronawirusa zarówno na kontynencie, jak i w wymiarze globalnym. Dla WHO, kierowanego przez pochodzącego z Etiopii Tedrosa Adhana, walka z ebolą w DRK była najpoważniejszym wyzwaniem bezpośrednio poprzedzającym obecny kryzys. Kiedy w połowie 2019 r. przypadki eboli zanotowano w dwumilionowej Gomie na granicy z Rwandą i w Ugandzie, WHO rekomendowało niezamykanie granic lądowych w regionie (zwłaszcza między DRK a Rwandą), aby nie spowodować paniki, co groziłoby zwiększeniem nieformalnego ruchu pieszego między państwami. W odniesieniu do koronawirusa można spodziewać się podobnych zaleceń wobec państw słabo rozwiniętych, o nieszczelnych granicach.

Choć systemy ochrony zdrowia państw afrykańskich należą do najsłabszych na świecie, mogą one czerpać z własnych doświadczeń w przeciwdziałaniu eboli. Wprowadzanie środków ostrożności będzie łatwiejsze w państwach, które stosowały już je względem poprzedniej epidemii. Z powstrzymaniem koronawirusa stosunkowo dobrze radzi sobie Nigeria, w której potwierdzono pierwszy przypadek w Afryce Subsaharyjskiej 27 lutego br. Odtworzyła ona procedury identyfikowania i izolowania kontaktów zarażonego, wypracowane w lipcu 2014 r., kiedy liberyjski dyplomata przywiózł ebolę do Lagos. Udało się wtedy zapobiec wybuchowi epidemii w tej ok. 20-milionowej metropolii. Obecnie większość państw afrykańskich na lotniskach korzysta ze sprzętu do badania temperatury pasażerów, który stosowano do wychwytywania przypadków eboli. W ten sposób zidentyfikowany został m.in. pierwszy przypadek koronawirusa w DRK.

Ostatnia epidemia eboli w Afryce unaoczniała, że opanowanie wysoko zaraźliwych chorób wymaga od mieszkańców dotkniętych nimi państw dyscypliny w zmianie codziennych nawyków do czasu ustania zagrożenia. Doświadczenie eboli wskazuje również na kluczowe znaczenie otoczenia informacyjnego dla powodzenia działań przeciw epidemii. Nieprzypadkowo w Kenii, także zagrożonej ebolą, pokazowo aresztowano użytkownika Twittera oskarżonego o sianie paniki i dezinformację odnośnie do pierwszego w tym państwie, potwierdzonego 14 marca, przypadku COVID-19. Państwa zarówno afrykańskie, jak i zachodnie będą skłonne ostrzej niż zwykle przeciwdziałać rozprzestrzenianiu nieprawdziwych informacji – np. wpisom w mediach społecznościowych, ale też w prasie drukowanej, podważającym zaufanie do rzetelnej wiedzy medycznej i służb państwowych w czasie pandemii. Istnieje ryzyko, że w niektórych państwach będzie to usprawiedliwiać nadużycia wobec dziennikarzy.

W przypadku wystąpienia drugiej fali epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, możliwej jesienią 2020 r., WHO może rekomendować – podobnie jak w przypadku eboli – stosowanie w jej ogniskach szczepionek nawet bez niezbędnych atestów, niezależnie od postępów prac nad programem powszechnych szczepień.