

Distr.: General
5 September 2007
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة الثانية والستون

البند ٤٩ من جدول الأعمال المؤقت*

٢٠٠١-٢٠١٠: عقد دحر الملاريا

في البلدان النامية، لا سيما في أفريقيا

٢٠٠١-٢٠١٠: عقد دحر الملاريا في البلدان النامية، لا سيما

في أفريقيا**

مذكرة من الأمين العام

يحيل الأمين العام طيه التقرير الذي أعدته منظمة الصحة العالمية وفقا لقرار الجمعية

العامة ٦١/٢٢٨.

* A/62/150.

** أدى تجميع المساهمات المطلوبة لتضمين أحدث المعلومات إلى التأخر في تقديم هذا التقرير.



تقرير منظمة الصحة العالمية المعنون "٢٠٠١-٢٠١٠ عقد دحر الملاريا في البلدان النامية، لا سيما في أفريقيا"

موجز

يسلط هذا التقرير الضوء على الأنشطة المضطلع بها والتقدم المحرز نحو تحقيق أهداف عام ٢٠١٠ المتعلقة بالملاريا، في سياق قرار الجمعية العامة ٢٢٨/٦١ وإعلان أبوجا بشأن دحر الملاريا في أفريقيا (٢٠٠٠). ويستعرض التقرير، في جملة أمور، ما استجد من تطورات في علاج الحالات والوقاية منها، وآفاق القضاء على الملاريا بما يشمل المسائل ذات الصلة بالبحث والتطوير وتعبئة الموارد. وبالإضافة إلى هذا، يتناول التقرير أيضا المشكلات المرتبطة بالملاريا عند الحوامل والتحديات الخاصة التي تشكلها الملاريا وتعزيز النظم الصحية. وترد في التقرير بعض الاستنتاجات والتوصيات كي تنظر فيها الجمعية العامة.

المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٤	٤-١	..... مقدمة ومعلومات أساسية
٦	١١-٥	..... إتاحة الوصول إلى العلاج الفعال للملاريا
١٠	١٤-١٢	..... الملاريا والحمل
١١	٢٠-١٥	..... مكافحة الملاريا
١٤	٢٢-٢١	..... المراقبة والرصد والتقييم
١٥	٢٤-٢٣	..... القضاء على الملاريا
١٦	٢٧-٢٥	..... الملاريا والنظم الصحية
١٨	٣١-٢٨	..... التمويل وتعبئة الموارد
٢١	٣٣-٣٢	..... التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية والتحديات التي تواجهها
٢٢	٣٧-٣٤	..... الاستنتاجات والتوصيات

أولا - مقدمة ومعلومات أساسية

١ - ظهر خلال السنوات السبع، منذ انطلاق عقد دحر الملاريا في البلدان النامية، لا سيما في أفريقيا، الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا وبرنامج البنك الدولي للدعم ومبادرة رئيس الولايات المتحدة للملاريا، التي تمثل التزامات سياسية ومالية مهمة في مجال مكافحة الملاريا. بيد أن هذا المرض لا يزال يهدد ٤٠ في المائة على الأقل من سكان العالم في ١٠٧ من البلدان والأقاليم. وعلى الرغم من الجهود العالمية، يعاني ما يزيد على ٥٠٠ مليون شخص من الملاريا الحادة سنويا فيبلغ بذلك معدل الوفيات السنوي ما يزيد على مليون حالة سنويا، يقع ٨٦ في المائة على الأقل منها في مناطق أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى. ويموت يوميا عدد يقدر بـ ٣٠٠٠ طفل ورضيع بسبب الملاريا، أي ما يمثل تقريبا ٨٢ في المائة من جميع حالات الوفيات بسبب الملاريا. وهناك ٥٠ مليون امرأة تقريبا يعشن في مناطق موبوءة بالملاريا سيصبحن حوامل كل سنة. وعلى الرغم من أن أعراض الإصابة بالملاريا أثناء الحمل لا تظهر على المصابات بصفة عامة، فإن الملاريا سبب رئيسي للإصابة بفقر الدم النفاسي الحاد، كما أنها تتسبب في ثلث حالات نقص الوزن لدى المواليد وهو ما يمكن منعه. ويقدر أن الآثار غير المباشرة للملاريا التي غالبا ما تتجاهل في تقديرات الاعتلال والوفيات الراجعة للملاريا تتسبب في عدد يصل إلى ٢٠٠٠٠٠٠ وفاة من وفيات الرضع سنويا في أفريقيا وحدها، كما تسبب وفاة ما يقدر بـ ١٠٠٠٠٠٠ حامل. وعلى الرغم من أن الأطفال والحوامل هم أكثر عرضة للخطر فإن جميع الفئات العمرية، خارج أفريقيا، معرضة للخطر.

٢ - وبينت الدراسات التي أجريت حديثا أن ثلثي المصابين بمرض الملاريا تقريبا في بعض البلدان يلتمسون العناية الصحية خارج نطاق النظام الصحي. ويعني ذلك أن حالات الاعتلال بسبب الملاريا والوفيات الناجمة عنها المسجلة من خلال النظام الصحي ليست سوى "الجزء الظاهر من المشكلة". وتتركز حوالي ٦٠ في المائة من جميع الوفيات بسبب الملاريا بين قطاعات سكان العالم الأشد فقرا البالغة نسبتهم ٢٠ في المائة، وتشكل هذه النسبة أعلى معامل ارتباط بين أي مرض والفقر، إذ أنها تتركز في المقام الأول بين صفوف السكان الفقراء والمهمشين، بمن فيهم اللاجئون والمشردون داخليا. وللملاريا آثار تمتد مدى الحياة على نمو المدارك ومستويات التعليم والإنتاجية. وفي بلدان عديدة، تشكل الملاريا السبب الرئيسي للمرض وتغيب العمال. وتبين الأدلة أن الملاريا تبقي الفقراء على فقرهم، إذ أنها تكلف أفريقيا ١٢ بليون دولار من دولارات الولايات المتحدة سنويا كخسارة في الناتج المحلي الإجمالي، كما تستهلك نسبة من دخل الأسر المعيشية تصل إلى ٣٤ في المائة، ونسبة من الإنفاق الحكومي على الصحة تصل إلى ٤٠ في المائة. وتعاني البلدان ذات العبء

الأكبر من انخفاض قدره ١,٣ في المائة في النمو الاقتصادي سنويا. وتؤدي الملاريا إلى انخفاض النمو الاقتصادي وزيادة معدلات الفقر من خلال قنوات عديدة، من بينها تكاليف الرعاية الطبية الخاصة وغير الخاصة، وانخفاض إنتاجية المصابين بالملاريا، ومقدمي الرعاية لهم إذ أنها تعوق حركة اليد العاملة وتثبط الاستثمار الأجنبي المباشر والتجارة والسياحة.

٣ - والهدف الرئيسي من شراكة دحر الملاريا، التي أطلقتها في عام ١٩٩٨ منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، والتي تشمل البلدان التي تتوطن فيها الملاريا، وشركائها الإنمائيين الثنائيين ومتعددي الأطراف، والقطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات الأهلية والمؤسسات، ومؤسسات البحوث والمؤسسات الأكاديمية، هو تنسيق الدعم المقدم للدول الأعضاء لكي يتسنى خفض الوفيات بسبب الملاريا إلى النصف بحلول عام ٢٠١٠، وبنسبة ٧٥ في المائة بحلول عام ٢٠١٥، مقارنة بعام ٢٠٠٠. وجميع هذه الجهات ممثلة في مجلس شراكة دحر الملاريا. وفي عام ٢٠٠٦، شهدت الشراكة "مبادرة تغيير" مهمة أفضت إلى إعادة هيكلة أمانة الشراكة التي تستضيفها منظمة الصحة العالمية وجعلتها أكثر استجابة لاحتياجات الدول الأعضاء، بما في ذلك تنشيط أو إعادة هيكلة الأفرقة العاملة مثل الفريق العامل المعني بالتنسيق، والفريق المرجعي المشترك المعني بالرصد والتقييم، والفريق العامل المعني بالمشتريات وإدارة سلسلة الإمداد، والشبكات دون الإقليمية.

٤ - وبرنامج الملاريا العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية هو الشريك التقني الرئيسي في الشراكة الذي يقدم التوجيه فيما يتعلق بوضع المعايير والقيادة في وضع السياسات والاستراتيجيات لمكافحة الملاريا. ويعمل في البرنامج عدد صغير من الموظفين في المقر، وعلى المستويات الإقليمية والقطرية، بالإضافة إلى أنه له روابط حيوية مع إدارات منظمة الصحة العالمية. وفي ما يلي تتمثل العناصر الأساسية التي تشكل أساس التوجه الاستراتيجي لمنظمة الصحة العالمية: (أ) توفير قيادة ودعم تقنيين قوين للبلدان؛ (ب) التركيز الشامل على البلدان التي تستوطن فيها الملاريا في جميع أنحاء العالم؛ (ج) دعم البلدان التي تستوطن فيها الملاريا في تطبيق أفضل الأدوات المتاحة، بما في ذلك التوزيع الجاهز، أو المدعوم، للناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ذات المفعول الطويل لجميع المجموعات المعرضة للخطر، بما في ذلك الرش الداخلي الذي يخلف بقايا مبيد الحشرات، عند الضرورة، والمعالجة بالعلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين؛ (د) العمل بشكل وثيق مع البلدان وشركاء المنظمة في البلدان لضمان ملاءمة التدخلات لاحتياجاتها المتعلقة بعلم الأوبئة، واحتياجاتها الاجتماعية - الاقتصادية الخاصة؛ (هـ) ضمان مساهمة جهود مكافحة الملاريا في تعزيز ودعم الأنظمة الصحية العامة التي تقدم الخدمات الصحية الأساسية بشكل متكامل؛ (و) التركيز على وضع

وتنفيذ أدوات فعالة وشاملة للرصد والتقييم لقياس نجاعة أداء برنامج الملاريا وتغطيته الفعالة وآثاره؛ (ز) دعم أولويات البحوث لإيجاد طرق وأدوات جديدة لمعالجة اختناقات التنفيذ؛ (ح) تسهيل قيام شراكة جيدة التنسيق على المستوى القطري لضمان تنسيق ومواءمة الدعم المقدم مع الاستراتيجيات والخطط الوطنية؛ (ط) تبني نهج متعدد القطاعات، مع توفير قيادة قوية في المجال الصحي، لحشد الدعم السياسي والمالي لتوفير استثمارات مستدامة وبممكن التنبؤ بها في مجال مكافحة الملاريا. وعلى المستوى القطري، تعمل منظمة الصحة العالمية بنجاح مع الشركاء، مثل اليونيسيف لزيادة الكميات الموزعة من الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، ومع البنك الدولي لضمان توشي سياسات ملائمة فيما يخص العقاقير، وزيادة إتاحة الحصول على العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين في جميع أنحاء العالم.

ثانياً - إتاحة الوصول إلى العلاج الفعال للملاريا

٥ - تعتبر حالياً الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات أفضل سبل علاج حالات الملاريا غير المعقدة الناجمة عن العدوى بطفيلي بلاسموديوم فالسباروم. وقد استجابت بلدان عديدة لنداء منظمة الصحة العالمية للبلدان بأن تتحول من العلاجات الأحادية التي فقدت فعاليتها بسبب اكتساب الطفيليات للمقاومة. وعلى الرغم من ذلك، تظل حماية فعالية الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات مسألة حاسمة الأهمية. وكما أوصت منظمة الصحة العالمية، يستخدم ٧٠ بلداً - ٤٠ منها في أفريقيا - العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسيلين باعتبارها وسيلة العلاج الأولى أو الثانية. وقد ساعد توفر التمويل للعلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين، والزيادة المطردة في حجم المشتريات، وجهود الدعوة القوية إلى تخفيض أسعار هذه العلاجات. وقد شرع بالفعل المرفق الدولي لشراء العقاقير، الذي أنشئ في أواخر عام ٢٠٠٦، في شراكة مع الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ومع اليونيسيف، في تقديم مضادات الملاريا، ويركز المرفق على تسخير قوى السوق لزيادة خفض تكاليف العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين لجعلها متاحة على نطاق واسع. وفي عام ٢٠٠٦، بلغ مجموعة المشتريات من جرعات العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين ٧٤٠ ٧٧٤ ٨٢ جرعة، ويُقدر أن عدداً من جرعات العلاجات يبلغ ١٢٠ مليون جرعة سيتم إنتاجها خلال عام ٢٠٠٧. وعلى الرغم من ذلك، لا تزال تكاليف العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين بعيدة غالباً عن متناول الفئات الأشد فقراً، ويعتمد غالبية المرضى في المناطق الريفية النائية على علاجات غير ملائمة من موردين غير رسميين قريبين من مناطق سكنهم.

٦ - وعلى الرغم من أن الملاريا مرض حاد، فهي أيضا تسبب عدوى مزمنة، ويقدر تواتر نوبات الحرارة بين الأطفال الأفريقيين بمعدل نوبة كل ٤٠ يوما. وترتفع معدلات خطر حدوث المضاعفات، والوفاة، بسبب الملاريا الحادة، أقصاها خلال فترة الـ ٢٤ ساعة الأولى. ومن ثم فإن المعالجة السليمة والعاجلة لمرضى الملاريا هي جزء أساسي من برامج مكافحة الملاريا. ومن شأن التشخيص المبكر والعلاج العاجل للمرض أن يقصّر من أمده، ويمنع حدوث مضاعفات، مقللا بذلك بشكل كبير من معظم الوفيات الناجمة عن الملاريا. وفي معظم الحالات، تعالج الإصابات بالملاريا التي تظهر فيها أعراض داخل المجتمعات المحلية، في مرافق رعاية صحية أولية غير مركزية وهياكل صحية غير رسمية. وبينت دراسات أجريت مؤخرا في إثيوبيا وغانا والنيجر أن ما يصل إلى ثلثي عدد السكان الذين يعانون من أمراض يلجأون إلى طلب الرعاية الصحية خارج نطاق النظام الصحي. ومن ثم فإن من الضروري لعلاج الحالات بشكل فعال ضمان توفر العلاجات المناسبة والفعالة على جميع مستويات الرعاية الصحية، العامة والخاصة على حد سواء، إذ أن القطاع الخاص في بعض المجتمعات المحلية المتضررة قد يكون هو الجهة الوحيدة التي توفر عقاقير مكافحة الملاريا. ومن العناصر الحيوية أيضا في علاج حالات الملاريا بشكل فعال زيادة التثقيف والمشاركة على المستوى المجتمعي.

٧ - ويحسن أسلوب العلاج المتري للملاريا الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية من إمكانية حصول الفئات الضعيفة من السكان (وخاصة الأطفال دون سن الخامسة) في البلدان ذات التغطية الضعيفة بالمرافق الصحية على العلاج الفعال. وفي أفريقيا تبني ١٨ بلدا هذه الاستراتيجية، ويقوم عدد منها بدعمها من خلال توفير مشاركة مجتمعية جيدة، وقد أخذت هذه البلدان تشهد فعلا انخفاضاً في معدل وفيات الأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، توصي منظمة الصحة العالمية حاليا باستخدام لبوسات الأرتيميسينين الشرجية قبل الإحالة إلى العلاج من حالات الملاريا الحادة. ويمكن أن يؤدي هذا العلاج إلى إنقاذ حياة الأطفال من خلال خفض السرعة لكثافة أعداد الطفيليات إلى حين وصول الطفل إلى مرفق صحي يمكن أن يحصل فيه على معالجة ليس عن طريق القناة الهضمية.

٨ - وتوصي منظمة الصحة العالمية الحالية بأسلوب التأكد من وجود الطفيليات (عن طريق المجهر أو الاختبار التشخيصي السريع) قبل العلاج، باستثناء حالات الأطفال دون سن الخامسة في المناطق التي ترتفع فيها معدلات العدوى والحالات التي يشتهب أنها حادة إذا لم تتوفر إمكانية التأكد بشكل عاجل من وجود طفيليات. ومن شأن هذا الأسلوب أن يحسن جودة العناية والحد من استخدام مضادات الملاريا غير الضرورية بصفة عامة. غير أن ذلك أدى إلى زيادة في الطلبات على الاختبارات التشخيصية السريعة واستخدامها

في البلدان. ولكن القاعدة الذهبية في التشخيص لا تزال هي استخدام الفحص المجهرى ذي الجودة العالية. وتُعد جودة المنتجات (الأدوية والأساليب التشخيصية) والخدمات عوامل حاسمة أيضا لتحقيق نتائج سريرية جيدة، ولكنها تشكل تحديات ضخمة في البلدان. وفضلا عن ذلك، هناك منتجات دون المستوى المعيارى مطروحة في السوق، كما توجد أدوية مزيفة مضادة للملاريا. ولضمان تمكن البلدان من شراء أدوية ذات جودة عالية، وضعت منظمة الصحة العالمية برنامجا للتأكد من استيفاء الشروط مسبقا لمضادات الملاريا والاختبارات التشخيصية السريعة، على حد سواء، مع إنشاء مختبرات لضمان الجودة في مناطق مختلفة، كما تدعم المنظمة البلدان على إنشاء شبكة عاملة من الخدمات التشخيصية؛ ونظام لضمان الجودة لكل من الفحص المجهرى والاختبارات التشخيصية السريعة؛ وتوفير خدمات التقييم والتدريب لأخصائيي الفحص المجهرى.

٩ - ومن الضروري رصد فعالية الأدوية المضادة للملاريا لكي يتاح العلاج المناسب للحالات والاكتشاف المبكر للأنماط المتغيرة للمقاومة لكي يتسنى تنقيح سياسات معالجة الملاريا الوطنية. ومن شأن تنفيذ سياسات مناسبة وفعالة فيما يتعلق بالعقاقير أن يفضي بدوره إلى خفض معدلات الاعتلال والوفيات. والإجراء المعيارى المقبول المتعلق بالملاريا هو اختبار الفعالية العلاجية الذي يشمل القيام بعمليات تقييم متكررة للنتائج السريرية، والطفيلية للعلاج خلال فترة متابعة محددة. وقد وضعت منظمة الصحة العالمية بروتوكولا قياسيا لتقييم فعالية العقاقير المضادة للملاريا، وتواصل المنظمة تقديم المساعدة للبلدان في تحسين مراقبة جودة البيانات. ومن بين البلدان البالغ عددها ٨٢ بلدا التي تستوطن فيها الملاريا الناجمة عن طفيلي فالسيباروم، قامت ٧٥ منها بتنفيذ نظام للرصد باستخدام شبكة رقابة وطنية موقعية. واستنادا إلى بيانات الرقابة التي تحصلت عليها الشبكة، قام ما يزيد عن ٦٠ بلدا بتغيير سياساتها المتعلقة بالعقاقير المضادة للملاريا، بالانتقال من العلاجات الأحادية إلى العلاجات المركبة.

١٠ - ولكفالة تقديم خدمات فعالة سيواجه النظام الصحى عددا كبيرا من الطلبات، كما سيتعين عليه معالجة مجموعة من المسائل، من بينها: (أ) وجود أنظمة تتسم بالكفاءة لشراء العقاقير والإمداد بها وتوزيعها؛ (ب) توفير خدمات مخبرية لغرض التشخيصات تخضع لمراقبة الجودة؛ (ج) توفير التدريب الملائم لأعداد كافية من الموظفين الصحيين في مجال معالجة الأمراض؛ (د) ضمان الجودة ومراقبة فعالية العقاقير؛ (هـ) توفير مرافق لإحالة مرضى الملاريا الحادة لتلقي رعاية أعلى مستوى؛ (و) وجود نظام للمعلومات المتعلقة بالإدارة الصحية يتسم بقدرته على الاستجابة. وفي القطاع العام في بلدان عديدة، غالبا ما تكون هذه الخدمات، متى توفرت، ذات نوعية سيئة أو أن المرافق تفتقر إلى المواد الضرورية. ولذا فإن هذه المرافق

لا تُستخدم استخداماً كافياً، بل يتفادها الناس كمصدر لعلاج الملاريا حتى من قبل الفئات الأشد فقراً. وقد وضعت فرقة العمل المعنية بعلاج الحالات، التابعة لبرنامج الملاريا العالمي، والتي تشمل المستويات الثلاثة جميعها، المقر والمكاتب الإقليمية والقطرية، دليلاً إجرائياً لعلاج الحالات لدعم برامج مكافحة الملاريا الوطنية. ويتضمن الدليل توجيهات بشأن ضرورة الأخذ بنظام مراقبة تكميلي على المستوى المجتمعي، بما في ذلك سجل منقح لحالات الملاريا واستمارات لجمع البيانات والإبلاغ، لتعقب المؤشرات الرئيسية لعلاج الحالات، لرصد أداء المشروع ونتائجه وآثاره.

١١ - وعلى الرغم من أن العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين تُباع حالياً إلى القطاعات العامة والقطاعات التي لا تستهدف الربح، بسعر التسليم من المصنع البالغ تقريباً دولاراً واحداً من دولارات الولايات المتحدة الأمريكية، فإنها لا تزال باهظة السعر بالنسبة للفئات الأشد فقراً، ولا يتاح شراء هذه العلاجات، بسعر التجزئة الذي يتراوح بين ٨ و ١٠ دولارات في القطاع الخاص، إلا للأثرياء من المرضى. ويتم القيام بمبادرة عالمية لتقديم "دعم عالمي لمشتري العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين" لإنقاذ عشرات الآلاف من المصابين سنوياً، وذلك بضمان فرص أفضل للفقراء للحصول على هذه العقاقير المضادة للملاريا، الضرورية لإنقاذ الحياة، والحفاظ على استخدام هذه العقاقير أطول فترة ممكنة. وستؤدي آلية التمويل المبتكرة هذه إلى انخفاض الأسعار للمشتريين في جميع القطاعات، ومن ثم دعم مشتريات العقاقير بشكل يشمل القطاعات العامة والخاصة وغير الهادفة إلى الربح. ويجعل العقاقير متاحة أكثر لجميع القطاعات، يمكن الحد من مدة الإصابة بمرض الملاريا، كما يمكن التقليل من الاستخدام الضار حالياً للعلاجات الأحادية الذي يمكن أن يؤدي إلى اكتساب المقاومة بشكل سريع ضد العقاقير المحتوية على الأرتيميسينين. وتبلغ التقديرات الحالية للتطبيق الكامل لنظام الدعم بما يتراوح بين ٢٧٥ إلى ٣٠٠ مليون دولار سنوياً، بما في ذلك مخصصات أنشطة الرصد والتقييم، والبحوث الإجرائية وتدخلات الدعم. ويتوقع أن دعم أسعار التسليم من المصنع يمكن أن يزيد من حجم العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين لتصل إلى ما يتراوح بين ٢٥٠ إلى ٣٥٠ مليون مجموعة علاجية. ويمكن بعدئذ أن يزيد توفير دعم على المستوى الثاني لتكاليف التوزيع من حجم هذه العلاجات إلى ما يتراوح بين ٣٠٠ إلى ٤٠٠ مليون مجموعة علاجية. وتتواصل الآن المناقشات العالمية المتعلقة بالدعم.

ثالثاً - الملاريا والحمل

١٢ - يعيش على ما يزيد على النصف من النساء البالغ عددهن ٥٠ مليون امرأة تقريباً اللاتي يصبحن حوامل في البلدان التي تستوطن فيها الملاريا سنوياً في مناطق أفريقيا الاستوائية تنتقل فيها العدوى بطفيلي بلاسموديوم فالسيباروم بشكل مكثف. وعلى الرغم من أن الإصابة بالملاريا أثناء الحمل في هذه المناطق غالباً ما تكون خالية من الأعراض، فإنها سبب رئيسي لأنيميا النفاس الحادة، ومن ثم يعزى إليها حوالي ثلث حالات انخفاض الوزن لدى المواليد الممكن منعه. وفي مناطق العدوى المنخفضة أو الموسمية، تتعرض الحوامل لخطر الوفاة بشكل متزايد بسبب مضاعفات الملاريا الحادة، ومعالجة الإجهاد التلقائي والولادة المبكرة ونزول الجنين ميتاً. ويزيد وجود إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، الذي يفاقم الأنيميا النفاسية وانخفاض الوزن عند الولادة، من عبء الإصابة بالملاريا أثناء الحمل بشكل أكبر.

١٣ - وقد اعتمد العلاج الوقائي المتقطع للحوامل بالسلفادوكسين - بيتريميثامين، الذي هو سياسة متبعة منذ عام ١٩٩٨ في البلدان الأفريقية، في البلدان الأفريقية الخمسة والثلاثين جميعها، وتستخدم ٢٢ منها البرنامج على نطاق البلاد بكاملها و ١٣ منها في مراحل مختلفة من التنفيذ. غير أن نشر العمل بالعلاج الوقائي المتقطع للحوامل تقف في وجهه تحديات المقاومة واسعة النطاق والمتزايدة لطفيلي بلاسموديوم فالسيباروم للعلاج بالسلفادوكسين - بيتريميثامين. وفي انتظار مزيد من البحوث، أوصى اجتماع فريق الخبراء التقنيين المعني بالعلاج الوقائي المتقطع للحوامل، المعقود في تموز/يوليه ٢٠٠٧، بمواصلة استخدام العلاج الوقائي المتقطع بالسلفادوكسين - بيتريميثامين كاستراتيجية، بالإضافة إلى توزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات على نطاق أوسع وفرص الحصول على العلاج الفعال في بلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى التي توجد فيها حالات عدوى مطردة بالملاريا. ولا يُوصى بالعلاج الوقائي المتقطع للحوامل في مناطق أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية التي ينخفض فيها معدل انتقال المرض أو لا يكون فيها مطرداً. حيث ينصب التركيز على استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، والتحديد العاجل للإصابة بالملاريا ومعالجته. ويتم وضع نظام لرصد فعالية الاستراتيجية، وستقوم منظمة الصحة العالمية في وقت قريب بإصدار مبادئ توجيهية لرصد مدى فعالية علاج الحوامل بالسلفادوكسين - بيتريميثامين.

١٤ - وتعمل منظمة الصحة العالمية بشكل مكثف مع شركاء في مجال البحث لضمان جمع البيانات عن سلامة وفعالية العلاجات البديلة للسلفادوكسين - بيتريميثامين، لأغراض الوقاية والعلاج، دونما تأخير. ونظراً لأن غالبية البلدان الأفريقية تحولت الآن إلى استخدام العلاجات

المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين للعلاجات الأساسية أو الثانوية للملاريا، ثم حاجة ملحة للحصول على بيانات تتعلق بسلامة استخدام هذه العلاجات غير المقصود في الثلاثة أشهر الأولى من فترة الحمل. وتدعم منظمة الصحة العالمية إنشاء سجلات للحوامل لتسهيل متابعة النساء اللاتي يتلقين العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين أثناء هذه المرحلة الحرجة.

رابعاً - مكافحة الملاريا

١٥ - غيرت منظمة الصحة العالمية مؤخراً من إرشاداتها بشأن استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات لحماية السكان من الملاريا. فقد أصبحت المنظمة توصي الآن بأن تكون هذه الناموسيات متينة، وأن توزع مجاناً أو بدعم كبير وأن يستخدمها جميع أفراد المجتمع المحلي. وفائدة هذه الناموسيات تشبه فائدة اللقاحات في "تحصين القطيع"، إذ أن لهذه الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات نوعين من الآثار الحمائية: إحداهما للأفراد الموجودين تحت هذه الناموسيات مباشرة، والأخرى للمجتمع المحلي بأكمله. فالناموسية المعالجة بمبيدات الحشرات تشكل حاجزاً مادياً للشخص النائم تحتها. وبالإضافة إلى ذلك، فإنها نتيجة لصدّها للبعوض الذي قد يحط عليها، أو قتلها توفر تأثيراً حمائياً إضافياً للمجتمع المحلي. وبالتالي فإن تغطية أفراد المجتمعات المحلية بأسرها بناموسيات متينة معالجة بمبيدات الحشرات، تجعل نوم أي فرد على سريرته تحت ناموسية لا يقلل من خطر إصابته بالملاريا فحسب، بل إنه من خلال هذا "التأثير الكلي" للمبيد الحشري المتوافر لفترات طويلة في المجتمع المحلي، يقلل أيضاً من أعداد البعوض في هذا المجتمع، ويقصر أعمار هذا البعوض، ويحد من العدوى بالملاريا. وإذا كان الأطفال والنساء الحوامل هم أكثر الفئات ضعفاً، فإن حمايتهم لها الأولوية الأولى، مع تحقيق التغطية الكاملة للجميع تدريجياً. وفي المناطق التي يقل فيها معدل انتقال المرض، حيث تتعرض جميع الفئات العمرية للإصابة به، ينبغي أن تحدد البرامج الوطنية الأولويات على أساس التوزيع الجغرافي لانتشار المرض.

١٦ - وتشير التقديرات إلى أن هناك حاجة إلى ما يقرب من ١٣٥ مليون ناموسية متينة معالجة بمبيدات الحشرات لمجرد تحقيق التغطية الكاملة للنساء الحوامل والأطفال دون الخامسة من المعرضين للإصابة بالملاريا في أفريقيا. ومع ذلك، فإن التغطية بالناموسيات ما زالت دون الأهداف المتفق عليها، وعلى الأخص في البلدان التي ينتشر فيها المرض أكثر من غيرها. ففي البلدان الواحدة والثلاثين التي قدمت تقارير في منطقة أفريقيا في عام ٢٠٠٥، وهو آخر تاريخ تتوافر فيه بيانات كاملة عنها، لم يكن قد وُزع سوى ٤٨٨ ١٦٦ ١٨ ناموسية معالجة بالمبيدات مجاناً أو بدعم كبير، بينما أعيدت معالجة ٤٣٩ ٥٦٨ ٧ ناموسية. وقد حققت

معدلات التوزيع المرتفعة بدرجة كبيرة من المساواة في الحالات التالية: توزيع الناموسيات مجانا على المجتمعات المحلية بأكملها (إريتريا)؛ وتوزيع الناموسيات مجانا أو بدعم كبير على النساء الحوامل عن طريق المؤتمر الوطني الأفريقي (جمهورية تنزانيا المتحدة، وملاوي، وكينيا)؛ وتوزيع ناموسيات مجانا على الأطفال دون الخامسة في إطار حملات التحصين (زامبيا، وغانا، وتوغو، والنيجر). وعلى نطاق أقل، تحققت مستويات توزيع مرتفعة في إطار برامج التحصين الموسعة المعتادة والأيام المخصصة لصحة الطفل مثل مشاريع البرنامج المعجل لتحقيق بقاء الطفل ونمائه التي تدعمها منظمة اليونيسيف في غرب ووسط أفريقيا. والأمر المؤسف بشكل عام هو أن المشاريع القائمة على المجتمعات المحلية لم تحقق قط مستويات توزيع مرتفعة في المناطق الريفية الفقيرة. وإذا كان التسويق الاجتماعي قد أفاد في بعض الأحيان في خلق الطلب، فإن فعاليته من حيث التكلفة كانت موضع تساؤل ولم تحقق معدلات توزيع عالية بين سكان الريف الفقراء، وخاصة عندما كانت هناك حاجة إلى المعدات الخاصة بالمبيدات لإعادة معالجة الناموسيات. فالسياسات التي استهدفت المجموعات الضعيفة فقط تجاهلت نقطة هامة: فالأفراد غير الحميين يتحولون إلى مستودعات للعدوى بالمalaria، حيث يحملون الطفيل في عروقهم، وبالتالي فإنهم لا يصابون بالمرض فحسب، وإنما يسهّلون انتقاله إلى المجموعات "الحمية". إذ أن الناموسيات ليست فعالة بنسبة مائة في المائة. فالحماية المثلى للمجتمعات تتحقق عندما يتم توزيع الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات على الجميع، مع إتاحة الفرص أمام الجميع للحصول على علاج فعال للمalaria في الوقت المناسب.

١٧ - والاختناقات التي تواجه زيادة توزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، هي: (أ) ضرورة إعادة معالجتها بانتظام؛ (ب) توافر الناموسيات نفسها؛ (ج) القدرة على شراء الناموسيات؛ (د) التنفيذ. فقد أنتجت المصانع الناموسيات المتينة المعالجة بالمبيدات من أجل حل مشكلة معالجتها. وتبين لها أن ذلك أرخص كثيرا في استخدامها من الشبكات المعالجة بصورة تقليدية. فتكلفة تلافي الوفاة الواحدة وتكلفة كل سنة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة باستخدام ناموسيات متينة معالجة بالمبيدات تدوم ثلاث سنوات، كانت أقل من النصف مقارنة بتكاليف استخدام الناموسيات التقليدية المعالجة للمبيدات. وبناء على ذلك ينبغي اعتبار الناموسيات المتينة المعالجة بالمبيدات سلعة عامة للسكان الذين يعيشون في المناطق الموبوءة بالمalaria. وستظل البلدان بحاجة إلى المساعدة لتعزيز القدرات التخطيطية، والتنظيمية والإدارية اللازمة لتخطيط حملات توزيع واسعة النطاق. ولا بد أن يشمل ذلك أيضا عنصر الإعلام/التوعية، إذ لا يزال بعض السكان يجمعون عن النوم تحت الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات أو أنهم لا يستخدمونها باستمرار. وقد وضع فريق المهام المعني

بالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات في منظمة الصحة العالمية مشروع دليل عملي لتوفير إرشادات عملية للموظفين الوطنيين المسؤولين عن إدارة التدخلات المتعلقة بالناموسيات المتينة المعالجة بالمبيدات.

١٨ - ومن بين التدخلات الأخرى (والأقدم) في مجال مكافحة ناقل المرض التي تطبق على نطاق واسع، الرش الموضعي للأماكن المغلقة: أي رش مبيدات الحشرات على الأسطح الداخلية للمساكن، حيث تقف بعوضة الملاريا في أغلب الأحيان بعد أن تحصل على وجبتها من الدم. والهدف من ذلك هو تقصير عمرها حتى لا تنقل الملاريا. وقد استخدم الرش الموضعي للأماكن بصورة مستمرة، وعلى نطاق واسع، وبالأخص في البلدان التي شاركت في الحملة العالمية للقضاء على الملاريا في الخمسينات والستينات.

١٩ - ويعتمد اختيار المبيدات للرش الموضعي للأماكن المغلقة في منطقة ما على البيانات الخاصة بمقاومة هذه المبيدات، وتكاليدها، وأمنها، ونوع الأسطح التي سترش، والخبرة المحلية. وهناك الآن ١٢ نوعا من المبيدات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية للرش الموضعي، وهي تصنف إلى أربعة مجموعات كيميائية. فمبيد ثنائي كلورو ثنائي فينيل ثلاثي كلورو الايثان (مادة الـ د.د.ت) فمدة فاعلية هذه المادة ضد ناقلات الملاريا أطول، ولها دور هام في التغلب على مقاومة هذه الناقلات. وتوصي منظمة الصحة العالمية باستخدام الـ د.د.ت في الرش داخل الأماكن المغلقة فقط، وللبلدان أن تستخدم هذا المبيد لأي فترة زمنية ضرورية، وبالكميات المطلوبة، بشرط الالتزام بجميع إرشادات وتوصيات منظمة الصحة العالمية واتفاقية استكهولم بشأن الملوثات العضوية الدائمة. والمتوقع أن يكون لهذا المبيد دور مستمر في مكافحة الملاريا إلى أن تتوافر بدائل بنفس الكفاءة والفعالية من حيث التكلفة. وقامت منظمة الصحة العالمية بصياغة ورقة موقف حديثة عن هذا المبيد، ستصدرها في أواخر عام ٢٠٠٧. كما تعد المنظمة دليلا عمليا شاملا جديدا ونظاما جديدا لرصد عمليات الرش الموضعي، كما أنها ستكتشف كثيرا في السنة القادمة من عملها لمساعدة البلدان على استخدام هذا المبيد على الوجه الأمثل.

٢٠ - وتختلف استخدامات الرش الموضعي للأماكن المغلقة من إقليم إلى آخر. ففي أفريقيا، هناك ما يقرب من ٢٢ بلدا تستخدم الرش الموضعي لمكافحة الملاريا أو لمنع عودتها (إثيوبيا، وإريتريا، أنغولا، وأوغندا، وبوتسوانا، وبوروندي، وجنوب أفريقيا، والرأس الأخضر، ورواندا، وزامبيا، وزيمبابوي، وسانت تومي وبرينسيبي، وسوازيلاند، وغينيا، وكوت ديفوار، وكينيا، وليبيريا، ومالي، ومدغشقر، وموريتانيا، وموزامبيق، وناميبيا) وفي آسيا هناك أربعة بلدان: تايلاند، والعراق، وفيت نام، وميانمار (من بين ٢٢ بلدا

تستخدم الرش الموضعي بانتظام) وزاد عدد المنازل التي تستخدم مبيدات الحشرات بهذه الطريقة من ٢ ٢٩٧ ٠٠٠ منزل إلى ٣ ٠٥٢ ٠٠٠ منزل فيما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣، وفي الأمريكتين، هناك ٩ بلدان (من بين ٢١ بلدا) تستخدم هذه الطريقة باستمرار (الأرجنتين، وإكوادور، وبنما، وبوليفيا، والجمهورية الدومينيكية، وجمهورية فنزويلا البوليفارية، وكوستاريكا، وكولومبيا، ونيكاراغوا) وانخفض العدد الكلي للمنازل التي تستخدم هذه الطريقة من ٤١١ ٠٠٠ منزل إلى ٢٢٩ ٠٠٠ منزل، رغم أن المتوسط قد زاد بالفعل في بعض البلدان. والجزء الأكبر من سكان العالم الذين يستخدمون الرش الموضعي يوجد في الهند، حيث استخدم هذه الطريقة ٣٨,٥ مليون شخص في عام ٢٠٠٥، كان أغلبهم يستخدم مبيد ال د. د. ت.

خامسا - المراقبة والرصد والتقييم

٢١ - لا تعكس التقديرات حجم العبء الحقيقي للمرض الذي يشمل مراحل عديدة: فهو يتراوح بين الإصابة التي لا تظهر لها أي أعراض وبين الإصابات الشديدة والوفاة. وتزداد مشكلة قياس التقدم المحرز وتأثير المرض بسبب عدم كفاية التشخيص والتقارير غير الكاملة. وبالإضافة إلى ذلك، فلا تعتمد البلدان بشكل عام خط أساس كمؤشر للقياس. فالموارد والجهود المتزايدة بشكل كبير لتصعيد التدخلات لمكافحة الملاريا في أوساط السكان المعرضين للخطر، وبالأخص برنامج البنك الدولي لمضخات الرش، ومخصصات الصندوق العالمي للملاريا، ومبادرة الرئيس الأمريكي لمكافحة الملاريا، كلها تدعو إلى إجراء رصد وتقييم جادين على المستوى القطري. فالاعتماد حاليا على نُظم المعلومات الصحية التقليدية ليس دليلا كافيا، إذ أن قطاعات كبيرة من السكان (أغلبهم ضمن العشرين في المائة التي تمثل الشريحة الدنيا) لا يحصلون على خدمات صحية، كما أن المعلومات لا تجمع بصورة منتظمة. وقد أسفر ذلك عن تقييمات غير دقيقة للبرامج، وعدم تقديم معلومات كافية عن التقدم المحرز.

٢٢ - ونظرا للتعقيد الذي تتسم به الملاريا كمرض، وتعدد التدخلات لمكافحتها، وأغلبها تدخلات تأتي من خارج النظام الصحي العام، لا بد أن تكون حلول الرصد والتقييم مرنة بحيث تصل إلى مستوى الأسرة والمجتمع المحلي، وأن تحصل على بيانات من السكان الذين يصعب الوصول إليهم. وتساعد منظمة الصحة العالمية البلدان في وضع وتنفيذ قواعد بيانات قطرية تحتوي على مؤشرات تمت تجربتها ميدانيا. ويتم جمع المعلومات في قاعدة البيانات هذه عن طريق تعزيز نُظم المعلومات الصحية على مستوى البلد، وهو ما سيساعد البلدان أيضا على جمع بيانات عن الأمراض الأخرى. ويجري بذل الجهود المكثفة لجمع البيانات في انتظار

التقرير العالمي عن الملاريا لعام ٢٠٠٧، الذي سيصدر في أوائل عام ٢٠٠٨، والذي يحتوي على معلومات عن المؤشرات الوبائية والبرنامجية والمالية. كما يخطط برنامج الملاريا العالمي لوضع نظام عام لإدارة المعلومات الصحية، من شأنه أن يساعد البلدان على إجراء تقييم مناسب لأداء هذا البرنامج، يؤدي إلى تحسين السياسات والنتائج.

سادسا - القضاء على الملاريا

٢٣ - إن أهداف مكافحة الملاريا على الصعيد العالمي ليست الحد من انتشارها في المناطق الموبوءة فحسب، وإنما الحد من انتشارها ومحاصرتها جغرافيا في المناطق الموبوءة بها في العالم. ويتطلب تحقيق هذا الهدف الأخير القضاء على الملاريا في البلدان والأماكن التي يتسنى فيها عمل ذلك. وخلال السنوات العشرة الأخيرة، زاد عدد البلدان التي نجحت في وقف العدوى بالملاريا الناشئة عن البعوض، وهو ما يعتبر أمرا حيويا بالنسبة للصحة العامة والأعمال التجارية والسياحة. فحتى الآن أبلغت سبعة بلدان ومناطق من بين ١٠٧ بلدان ومناطق في مختلف أنحاء العالم أنها تخلصت من إصابات العدوى محليا. واستطاع عدد آخر من البلدان أن يقلل من انتشار الملاريا إلى مستويات أصبح القضاء عليها فيها ممكنا. وقرر برنامج الملاريا العالمي في منظمة الصحة العالمية أن يحدد تركيزه على القضاء على الملاريا، بما في ذلك وضع مبادئ توجيهية للبرامج الوطنية للقضاء على الملاريا، وتقديم دعم تقني وعملي لمساعدة البلدان التي بلغت مرحلة الاقتراب من القضاء على هذا المرض، وإنشاء آليات لإصدار شهادات رسمية بذلك. وفي كانون الثاني/يناير ٢٠٠٧، كانت الإمارات العربية المتحدة هي أول دول موبوءة من قبل بهذا المرض منذ الثمانينات تُعلن منظمة الصحة العالمية عن خلوها رسميا من الملاريا. وتتخذ الآن إجراءات إصدار شهادة مماثلة لعمان. ويتم القضاء على الملاريا بفضل الجهود الناجحة لمكافحتها على المستوى القطري. وقد حدد الفريق العامل للقضاء على الملاريا في منظمة الصحة العالمية أربع مراحل برنامجية في هذا الاتجاه: مرحلة مكافحة المرض، ومرحلة ما قبل القضاء على المرض، ومرحلة القضاء على المرض، ومرحلة منع عودته. وتقرر أن حجر الأساس في المرحلة الأولى من هذه المراحل هو أن تظل أعداد المصابين بالمرض أقل من ٥ في المائة من جميع المرضى المحمومين. أما الانتقال الكامل لبرنامج القضاء على المرض فلا يتسنى عادة إلا عندما تصبح أعداد المصابين به قليلة نسبيا، أي أقل من مريض واحد من بين كل ١٠٠٠ ساكن من السكان المعرضين للخطر في كل سنة، أو ١٠٠ مريض تقريبا في كل مقاطعة سنويا. ويصبح التقدم نحو القضاء على المرض في مرحلته النهائية، عندما تصل نسبة المصابين محليا إلى الصفر. وفي الوقت الحاضر هناك ١٠ بلدان تقريبا في مختلف أنحاء العالم تنفذ برامج للقضاء على الملاريا، منها الأرجنتين،

وأرمينيا، وباراغواي، وتركمانستان، والجزائر، وجمهورية كوريا، والسلفادور، والعراق، ومصر، والمملكة العربية السعودية. وهناك ١١ بلداً آخر تنفذ برامج ما قبل القضاء على المرض^(١)، و ٧ بلدان تعمل على إقامة "مناطق خالية من الملاريا".

٢٤ - ونفذ إقليما أوروبا وشرق البحر المتوسط في منظمة الصحة العالمية القضاء على الملاريا ضمن استراتيجيتهما الإقليمية (أو كجزء منها)، كامتداد منطقي للنجاح الذي حققته الدول الأعضاء في الإقليمين في مكافحة الملاريا. فخلال الفترة بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٦، أعلنت البلدان الموبوءة بالملاريا في الإقليم الأوروبي في منظمة الصحة العالمية أنها استطاعت تخفيض عدد المصابين بالملاريا محلياً بما يقرب من ١٥ ضعفاً، حيث لم يتعد المجموع الكلي لهذه الحالات ٢ ٥٢٠ حالة في عام ٢٠٠٦. ورغم ذلك، وحتى إذا قضى بلد على الملاريا، فإن خطر عودتها يظل قائماً من خلال السفر الدولي والهجرة. ويرتبط القضاء على الملاريا ارتباطاً وثيقاً بتحقيق مختلف الأهداف الإنمائية للألفية، حيث أن أغلب البلدان التي نجحت في وقف العدوى بالملاريا قد حققت أيضاً تحسناً في أوضاعها الاجتماعية الاقتصادية بشكل عام، وفي تغطية الخدمات الصحية ورفع مستوى معيشة سكانها، فخلو أي بلد من الملاريا يعزز أوجه النمو هذه من خلال إزالة الحواجز أمام الاستثمارات والسياحة.

سابعاً - الملاريا والنظم الصحية

٢٥ - يتبين من التقديرات الأخيرة أن الملاريا تشكل عبئاً ثقيلاً على النظم الصحية. ففي أفريقيا، تبلغ نسبة المصابين بالملاريا ما بين ٢٥ و ٤٥ في المائة من جميع المترددين على العيادات الخارجية في المتوسط. كما أن الملاريا تتسبب في نسبة كبيرة من وفيات نزلاء المستشفيات، الذين يأتونها متأخرين أو يعالجون بطريقة غير مناسبة، أو لا تتوافر لهم أدوية فعالة. فالمكافحة الفعالة للملاريا تتطلب نظماً أفضل لإدارة الصحة والمعلومات وشبكات للمراقبة لكي تساعد المخططين في المجالات الصحية على تقدير مدى انتشار الملاريا، وتقدير وتخصيص الموارد اللازمة للخدمات الصحية بطريقة مناسبة. أما الآن، فإن تنفيذ تدخلات فعالة يواجه عراقيل تتمثل في نقص الموظفين اللازمين، وعدم وجود التزامات بالتمويل طويلة الأجل يمكن التنبؤ بها من جانب الجهات المانحة لتعزيز الهياكل الأساسية للرعاية الصحية في البلدان الموبوءة بالملاريا. فالهياكل الأساسية الصحية سيئة، يضاف إلى ذلك عدم كفاية الإمدادات من الأدوية الأساسية وغيرها من الترتيبات الوقائية، مثل الناموسيات ومبيدات الحشرات، وكذلك الإشراف غير الكافي من جانب من يقومون على الرعاية الصحية، كل

(١) أذربيجان، وأوزبكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وتركيا، وجمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية، وجورجيا، وسري لانكا، وطاجيكستان، وقيرغيزستان، وماليزيا، والمكسيك.

هذه العوامل تسهم في تردي الخدمات المقدمة. وتحتاج البلدان الموبوءة بالمalaria إلى دعم من أجل: (أ) تنمية القدرات الإدارية للإشراف على العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ (ب) إنشاء آليات فعالة لتقديم خدمات مختبرية جيدة لضمان التشخيص الموثوق وتوفير العلاج الفعال للمصابين؛ (ج) زيادة فرص الحصول على الخدمات الصحية، وعلى الأخص في المناطق المعزولة جغرافياً؛ (د) تحسين الآليات المشتركة بين القطاعين العام والخاص لتقديم الخدمات الصحية؛ (هـ) تعزيز نظم شراء وتوزيع الأدوية والمواد الكيميائية المستخدمة في الكشف عن الأمراض، ومبيدات الحشرات، وغيرها من السلع الضرورية؛ (و) وضع ترتيبات للاحتفاظ بالعاملين ذوي الخبرة على مستوى المقاطعات والمجتمعات المحلية.

٢٦ - وستحسن كثيراً التنمية القطاعية المنسقة من الجهود المبذولة لمكافحة malaria. ويركز برنامج malaria العالمي في منظمة الصحة العالمية على زيادة وتحسين تدخلاتها الداعمة، وعلى الأخص على مستوى الرعاية الأولية، حتى يستفيد المريض إلى أقصى حد ممكن من النظام الصحي. وتقوم المنظمة بذلك من خلال التدريب المستمر الذي يعالج النقص الحالي في العاملين ذوي المهارات لكي يقدموا رعاية فعالة للمرضى على مستوى المرافق الصحية، وكذلك نقص التدريب على علم الأوبئة، وعلم الحشرات، والتشخيص المختبري. كما يولي البرنامج تركيزاً خاصاً على الوصول إلى أقصى حد ممكن مع كفاءة تفصيل الخدمات بحسب احتياجات الفقراء وتقديمها لهم وللغئات الضعيفة وللسكان الذين يصعب الوصول إليهم. ويقتضي ذلك تعيين المزيد من العاملين في مجال الرعاية الصحية على مستوى المجتمع المحلي، وتوعية الأمهات والعاملين في المجتمع المحلي على مكافحة malaria في بيوتهم.

٢٧ - وتدعو الحاجة إلى وضع نهج متعدد القطاعات ودعوة وزارات المالية إلى زيادة الوعي بفوائد الاستثمار في الصحة وحشد التأييد السياسي للتدخلات طويلة الأجل في قطاع الصحة. فالاستثمار في مكافحة malaria ذو عائد كبير من حيث التكلفة: فبالنسبة لأي أسرة عادية من ستة أفراد، فإن تغطيتهم بثلاث ناموسيات متينة معالجة بمبيدات الحشرات سيكلف ما بين ٥٥ و ٩١ سنتاً للفرد في السنة. وبالنسبة لأي ناموسية متينة معالجة بمبيدات الحشرات تدوم خمس سنوات، فإن تكلفتها تبلغ ٥,٥ دولارات بينما تبلغ التكلفة التقديرية لتلافي وفاة طفل ١٤٥ دولاراً، مع انخفاض التكاليف كلما طال عمر الناموسية. ومن المهم دعم البلدان في تحليل الثغرات الموجودة في تنفيذ هذا البرنامج وتركيزها على فهم التدخلات الأكثر تأثيراً والفعالة من حيث التكلفة والتي يمكن زيادتها بسرعة حسب ظروف كل بلد وقد اتضح أن الشبكات المعالجة بمبيدات الحشرات، والرش الموضعي للأماكن المغلقة، والعلاج الوقائي من حين إلى آخر أثناء فترة الحمل، كلها فرص لم تلق اهتماماً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في تقرير عام ٢٠٠٦ عن مشروع أولويات مكافحة الأمراض. وبالإضافة إلى ذلك

فقد قدر توافق آراء كوبنهاغن لعام ٢٠٠٤ مكافحة الملاريا وعلاجها باعتباره استخداما "جيد جدا" للموارد في البلدان النامية. أما العامل الذي يحد من تحقيق تغطية عالية والتغلب على الحواجز العملية هو مستوى الهياكل الأساسية الصحية المنخفض للغاية في كثير من البلدان الموبوءة بالملاريا، لا سيما في أفريقيا، والتي لا تزال في حاجة إلى مساعدات كبيرة من الجهات المانحة الخارجية. ومع ذلك، فإن هناك شواهد على أن التكاليف الإجمالية للتدخلات تنخفض عندما تنفذ هذه التدخلات في وقت واحد، حيث يمكن تقاسم الموارد. وهناك حاجة إلى البحوث المستمرة في الفعالية النسبية لتكاليف مختلف أنواع التدخلات والجمع بين مجموعات من هذه التدخلات في سياقات مختلفة.

ثامنا - التمويل وتعبئة الموارد

٢٨ - يقدر إجمالي الموارد المطلوبة لمكافحة الملاريا بفعالية بمبلغ يتراوح بين ٣,٨ و ٤,٥ بليون دولار سنويا^(٢)، حسب السرعة التي ستخفض بها جهود الوقاية عدد الحالات المصابة ومن ثم الحاجة إلى العلاج. وتشمل هذه المبالغ تكاليف السلع الأساسية والتوزيع وأنشطة تعزيز النظام الصحي والمساعدة التقنية للبرامج الوطنية. ويتراوح متوسط التكاليف بالنسبة لأفريقيا بين ١,٧ و ٢,٢ بليون دولار. إضافة إلى ذلك، وبغية الحصول على اهتمام كاف من المانحين وفي الميزانيات الوطنية، يجب ربط الأولويات الوطنية في قطاع الصحة بورقات استراتيجية الحد من الفقر وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من البرامج الإنمائية. وتتسم المسائل المتعلقة بمواءمة التمويل الخارجي والقدرة على التنبؤ به بأهمية خاصة عند القيام باستثمارات طويلة الأجل في قطاع الصحة وتتطلب قدرا كبيرا من التنسيق بين البلدان والشركاء. وعلى الصعيد القطري، هناك نقص في المعلومات الموثوقة بشأن أعباء المرض وتمويل الخدمات المتعلقة بالملاريا (وخصوصا الإنفاق الوطني)، مما يجعل من الصعب وضع السياسات المستنيرة وتخصيص الموارد على نحو فعال. ويشكل استخدام القطاع الخاص غير الرسمي في علاج الملاريا، إلى جانب أنظمة المعلومات الصحية الضعيفة تحديا أمام وضع تقديرات دقيقة للإنفاق الحالي على الملاريا. حيث يعالج ما يقرب من ٦٠ في المائة من حالات الإصابة بالملاريا في منطقة جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا أساسا على أيدي متعهدي القطاع الخاص، وذلك من خلال شراء العقاقير من محلات البيع أو من المتاجرين فيها بشكل رئيسي. وعلاوة على ذلك، ونظرا لأن المانحين أصبحوا يتجهون لدعم الميزانيات بدلا من التمويل المخصص لغرض معين، أصبحت هناك حاجة أكبر لتطوير أدوات فعالة

(٢) منظمة الصحة العالمية، تقديرات الموارد الإجمالية المطلوبة لتحقيق الأهداف الدولية لمكافحة الملاريا، نشرة منظمة الصحة العالمية، المجلد ٨٥، العدد ٨ (٢٠٠٧).

لتعقب تدفق المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة. ولمعالجة هذه المسائل، تدعم منظمة الصحة العالمية تنفيذ الحسابات الصحية الوطنية في عدد من البلدان، وتساهم في وضع إطار للتحليل الفرعي للملاريا يمكن أن يستخدم لقياس حجم الإنفاق الوطني على الملاريا. ويتعين عند تمويل الخطط الوطنية لمكافحة الملاريا أن توضع عدة مسائل أساسية في الاعتبار: (أ) في البلدان التي اعتمدت العلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين كعلاج أساسي للملاريا، وفقا للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، تكون هناك حاجة لتحديد مصدر (أو مصادر) مستدام للأموال اللازمة لتلبية الاحتياجات الحالية والمستقبلية؛ (ب) تمويل توزيع الناموسيات المثبتة بالمعالجة بمبيدات الحشرات لتحقيق أكبر قدر ممكن من التغطية والاستخدام، خاصة في المناطق الريفية؛ (ج) تحديد مصادر التمويل اللازمة لاجتذاب الموظفين الرئيسيين الذين يشكلون حجر الزاوية في تقديم الخدمات المتعلقة بمكافحة الملاريا في كافة أشكال التدخل وتدريبهم والاحتفاظ بهم.

٢٩ - يتعين على الحكومات التدخل لتمويل مكافحة الملاريا بغية تصحيح أي ثغرات في السوق أو عدم المساواة في تقديم الخدمات. وتشمل قيود القطاع العام العائدات الحكومية المحدودة وسياسات الاقتصاد الكلي المقيدة. وبرغم بعض التخفيف في شكل إلغاء للديون، لم يزل ذلك غير كاف لتشجيع الحكومات على تغيير أنماط تخصيص مواردها. وما زالت ثمة حاجة لمزيد من التركيز والبحث عن أساليب للمزج بين تدخلات القطاعين العام والخاص لكفالة حصول المرضى على أفضل مستوى ممكن من الرعاية. وكان رؤساء الدول والحكومات قد تعهدوا في إعلان أبوجا لعام ٢٠٠٠ بتخصيص ١٥ في المائة من الميزانيات الوطنية لقطاع الصحة. وبرغم التقدم الطفيف الذي أحرزته بعض الدول الأعضاء، فإن النسب المخصصة لتمويل قطاع الصحة من الميزانيات الوطنية ما زالت منخفضة في العديد من البلدان (جيبوتي وبوتسوانا فقط خصصتا ١٥ في المائة أو أكثر من ميزانيتها الوطنية للصحة). وأشارت أحدث التقديرات إلى أن المصادر المحلية تقدم حوالي ٣٠٠ مليون دولار سنويا لمكافحة الملاريا.

٣٠ - وأفاد الصندوق العالمي أن إجمالي المدفوعات العالمية لمكافحة الملاريا حتى شهر آب/أغسطس ٢٠٠٧ بلغت حوالي بليون دولار. ويمارس الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا نشاطه في ٧٧ بلدا حيث يمول ١١٣ منحة بتمويل إجمالي معتمده ١,٧ بليون دولار. وعلى أي حال فإن مستقبل الصندوق العالمي غير مضمون حتى الآن، ومع ذلك قام العديد من البلدان بعمليات إصلاح كاملة لأنظمتها من أجل الاستجابة للصندوق دون أن تقدم التزامات طويلة الأجل تتجاوز مرحلة المنحة الأصلية ومدتها سنتان. وإذا كان "أداء البلدان جيدا" يمكن أن تحصل على ثلاث سنوات إضافية أو تكون مؤهلة للحصول على

تمويل من "القناة المتجددة باستمرار" التي أنشئت مؤخرا. ويشرع الصندوق العالمي في بحث إمكانية تمويل الخطة الاستراتيجية الوطنية للبلدان إذا قدرت تكاليف هذه الخطة على نحو مناسب وإذا كانت مشفوعة بخطة عمل شاملة. ومع ذلك لم يكن الصندوق العالمي متساهلا دائما في النظر إلى المشاكل التي تعرقل تنفيذ الخطط المتعلقة بمكافحة الملاريا مثل تأخير سلاسل الإمداد، بما في ذلك الفترات الطويلة التي يستغرقها إنتاج مادة الأرتيميسينين، وتوفر الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات التي بدأ الآن فقط حلها. وتحقق منح الملاريا بصفة عامة أقل التقديرات في معدلات الأداء بين الأمراض الثلاثة (عدد متزايد من المنح يحصل على تقدير باء وجيم) فتكون بالتالي معرضة في أغلب الأحيان إلى فقد المنحة.

٣١ - وأسهم مانحون كبار آخرون في زيادة التوقعات بإمكانية تخصيص مزيد من الأموال لمكافحة الملاريا. فقد استهدفت مبادرة الرئيس الأمريكي لمكافحة الملاريا التي أنشئت في عام ٢٠٠٥ تقليص الوفيات الناجمة عن الملاريا بنسبة ٥٠ في المائة في ١٥ بلدا في جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا. وتمثل هذه المبادرة ومدتها خمسة أعوام (٢٠٠٥-٢٠١٠) زيادة معلنة في التمويل بقيمة ١,٢ بليون دولار. وإن كان يجري فيما يبدو تقليص حجم برامج أخرى تتعلق بمكافحة الملاريا وترعاها الولايات المتحدة الأمريكية (مثل منح مكافحة الملاريا التي تُقدم تحت مظلة وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة الأمريكية) كي يتسنى تغطية التزامات مبادرة الرئيس لمكافحة الملاريا. وكذلك في عام ٢٠٠٥ أُطلقت الاستراتيجية العالمية والبرنامج الداعم لمكافحة الملاريا بوصفهما خطة البنك الدولي الجديدة لمكافحة المرض. وخلال المرحلة الأولى (٢٠٠٥-٢٠٠٨)، تم اعتماد ١٥ بلدا ومشروع إقليمي رئيسي عابر للحدود. ويجري حاليا وضع المرحلة الثانية ٢٠٠٨-٢٠١٥. وتبلغ قيمة التزامات البنك الدولي الكلية لمكافحة الملاريا في أفريقيا حوالي ٥٠٠ مليون دولار. وإقراراً بالحاجة إلى التأكد من أن التمويل يحظى بتعزيز متبادل وتكاملي، يؤكد البنك الدولي على ضرورة الموازنة بين المانحين في مكافحة الملاريا، ويعمل على تعبئة موارد إضافية من الشركاء لهذا الغرض. وفي عام ٢٠٠٦، التزمت مؤسسة بيل ميلندا جيتس بتقديم منح جديدة لمكافحة الملاريا بقيمة ٨٣,٥ مليون دولار. وسيدعم هذا التمويل بعض برامج الوقاية من الملاريا ومعالجتها فضلا عن البحوث والتطوير. وتقدر تكاليف التطوير المستمر لعقاقير جديدة بالمعدل الذي تحتمه المقاومة المستجدة لعقاقير بنحو ٣٠ مليون دولار على الأقل سنويا.

تاسعا - التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية والتحديات التي تواجهها

٣٢ - من التطورات الرئيسية التي حدثت خلال العامين الماضيين تعزيز وإعادة توجيه قسم مكافحة الملاريا في منظمة الصحة العالمية للتركيز على وضع استراتيجيات ومبادئ توجيهية وأدوات خاصة بكل بلد بشأن كيفية معالجة الملاريا في المناطق التي يشتد فيها عبء مكافحة هذا المرض. ويقوم البرنامج أيضا بدور رئيسي في تحديد أولويات البحث والتأكد من أن الفجوات المعرفية الخطيرة قد عولجت بما يضمن أن تسفر نتائج البحث عن توصيات عملية تتعلق بالسياسات. وتقوم كافة مستويات البرنامج بتنسيق وتعميم إرشادها التقني لتحسين أشكال التدخل الرئيسية الثلاثة، لا سيما العلاج السريع والفعال المكون أساسا من مادة أرتيميسينين، وتوزيع الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات على الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا، والرش الموضعي للأماكن المغلقة، والتدخلات التي تستهدف الوصول إلى أكثر السكان فقرا، وجمع الأدلة المؤكدة على التأثير الكفاء والفعال والعملي للعلاجات.

٣٣ - وبرغم أنه لا تزال هناك العديد من التحديات التي ينبغي مواجهتها في القارة الأفريقية، فثمة أدلة على تراجع حالات الإصابة بالملاريا في سبعة بلدان هي (إريتريا وبوتسوانا وبوروندي وزنجبار (تنزانيا) وجنوب أفريقيا وسوازيلند وملاوي). وتمكنت جنوب أفريقيا، على وجه الخصوص، من تخفيض معدلات الإصابة بالمرض والوفيات الناجمة عنه بشكل ملحوظ من خلال مجموعة من التدخلات، كان من بينها التغطية الفعلية لـ ٩٠ في المائة من المناطق بالرش الموضعي للأماكن المغلقة في عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٤. كما تمكنت سوازيلند من تخفيض حالات الإصابة السريرية بالملاريا بنسبة ٧٥ في المائة، لتراجع من ٤٥ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٠ إلى أقل من ١٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠٥. وهكذا أصبحت سوازيلند واحدة من الأمثلة القليلة على تحقيق هدف مبادرة شراكة دحر الملاريا المتعلق بخفض معدلات الإصابة بالملاريا بحلول عام ٢٠١٠. واعتبارا من عام ٢٠٠٦، انخفضت حالات الإصابة بالملاريا في الأمريكتين بنسبة ٢١ في المائة وانخفضت نسبة الوفيات الناجمة عن هذا المرض بنسبة ٦٩ في المائة مقارنة بعام ٢٠٠٠. ومع ذلك، أظهر انتشار وباء الملاريا في جامايكا في أواخر عام ٢٠٠٦ أنه حتى البلدان التي ثبت خلوها من الملاريا أو حلت من العدوى على مدى أكثر من عشرة أعوام يجب أن تظل على درجة عالية من التغطية تحسباً لإمكانية عودة المرض إليها. كما حدث تراجع في معدلات الإصابة بالملاريا في تسعة بلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مقارنة بعام ٢٠٠٠. وأظهرت البلدان التسعة الموبوءة بالملاريا في الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية تراجعا في حالات الإصابة بالملاريا

مقارنة بعام ٢٠٠٠. وبلغ التقدم المحرز في المنطقة حداً جعل الاستراتيجية الإقليمية لأوروبا في الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٥ تركز على القضاء على الملاريا في الإقليم من خلال تعزيز القدرات الوطنية لغرض صنع القرار، والاستثمار في التنمية البشرية وبناء القدرات، وتحسين القدرات لغرض السيطرة على المرض، وتعزيز القدرة على احتواء الأوبئة والوقاية منها، والدعوة إلى اتخاذ تدابير وقائية منخفضة التكاليف، وتعزيز المراقبة والقدرات البحثية العملية، وكفالة التعبئة المجتمعية وتعزيز التعاون بين القطاعات. وفي منطقة جنوب شرق آسيا التابعة لمنظمة الصحة العالمية، نجحت كل من بوتان وتايلند وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وسري لانكا في تخفيف عبء الملاريا مقارنة بعام ٢٠٠٠. ومع ذلك، ما زالت بلدان المنطقة تواجه عراقيل ناجمة عن الكوارث الطبيعية والصراعات مما يعوق وصول الرعاية الصحية المتعلقة بكافة الأمراض وعلى وجه الخصوص الملاريا. كما أظهرت كافة البلدان الموبوءة بالملاريا في إقليم غرب المحيط الهادئ تراجعاً مطرداً في حالات الإصابة المؤكدة بالملاريا ومعدلات الوفيات السنوية الناجمة عن المرض باستثناء جزر سليمان وفانواتو.

عاشرا - الاستنتاجات والتوصيات

٣٤ - تواجه جهود مكافحة الملاريا حالياً عدداً من التحديات. أولاً وبرغم إحراز بعض التقدم منذ عام ٢٠٠٠ ما زال هناك نقص كبير في البيانات الموثوقة والدقيقة والمستمرة المتعلقة بالملاريا. وتتوفر المعلومات أحياناً على الصعيد الهامشي. وعلى أي حال، ليس هناك عدد كبير من البلدان وخاصة في أفريقيا، التي لديها القدرة أو الهياكل الإدارية التي تسمح بتجميع وتحليل المؤشرات المتعلقة بالحالة الوبائية، أو هيكل تقديم الرعاية الصحية أو مدى مقاومة العقاقير ومبيدات الحشرات أو تدفق الموارد على الصعيد المركزي. وبدون هذه المعلومات لا تستطيع البلدان رصد أداء البرامج أو نطاق تغطيتها أو تأثيرها. ومن ثم لا تستطيع البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا أن تسهم بفعالية في توجيه أو تخصيص الموارد البرنامجية، أو اتخاذ قرارات إدارية مستنيرة، أو تعزيز التعاون بين القطاعين العام والخاص من أجل الوصول إلى السكان المستهدفين أو تحقيق الأهداف المنشودة على نحو أفضل. وثانياً وبرغم زيادة التمويل المخصص للملاريا فهو يركز بشكل متزايد على تمويل السلع الأساسية دون وجود زيادة متزامنة في تمويل المساعدة التقنية لبناء القدرات القطرية، والاحتياجات الشاملة للأنظمة الصحية التي تعرقل أيضاً تنفيذ برامج مكافحة الملاريا. ويؤثر هذا النقص في التمويل والنقص في القدرات كل منهما على الآخر فيما يشبه الدائرة المفرغة: فبدون القدرات لا يمكن للبلدان أن تستوعب التمويل المتاح وبدون التمويل لا يمكنها تنمية قدراتها. ومن ثم تعطلت مبادرات مختلفة بسبب تحديات

التنفيذ ولم تحقق التأثير المنشود مما أدى إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالمalaria والوفيات من جراء هذا المرض بدرجة غير مقبولة.

٣٥ - وبدأت بعض التدخلات تحرز تقدما ملحوظا خلال الأعوام الأخيرة. فقد برهن توزيع الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات لا سيما عندما تكون مصحوبة ببرامج قوية مثل برنامج التحصين الموسع على فعالية خاصة ونجح في رفع معدلات التغطية في بعض المناطق. ويُحرز تقدم بطيء من أجل تحقيق إدارة فعالة للحالات والتغطية باستخدام الرش الموضوعي للأماكن المغلقة اللذان أخذنا مع ذلك يحققان تحسنا كبيرا. ومع ذلك، سيحتاج العديد من البلدان إلى إدخال تعديلات مكثفة وأساسية على برامجها في مجال مكافحة malaria إذا أرادت تحقيق أهدافها في مكافحة هذا المرض. وستتطلب هذه التعديلات التزاما متجددا على جميع المستويات الحكومية والموارد (المالية والبشرية) بغية تنفيذ سياسات دقيقة واستراتيجيات مستدامة قائمة على الأدلة. وتظهر تحديات جديدة عند التنفيذ وفجوات معرفية، وما زالت الموارد المتاحة لمكافحة malaria أقل بكثير من المطلوب للقضاء على هذا المرض بفعالية. ومقارنة بأمراض كثيرة أخرى، فإن أدوات مكافحة malaria بفعالية أصبحت معروفة. وتصل التغطية بالتمويل إلى المستوى القطري، لكن البلدان الموبوءة بالمalaria ما زالت في حاجة إلى توجيه استراتيجي وتقني لتحسين قدراتها وضمأن إنفاق هذا التمويل على نحو فعال.

٣٦ - واستنادا إلى نتائج هذا التقرير وقرار جمعية الصحة العالمية ١٨/٦٠ يوصى بأن تدعو الجمعية العامة البلدان الموبوءة بالمalaria إلى ما يلي:

(أ) تطبيق السياسات والاستراتيجيات والأدوات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية والمناسبة لظروفها الخاصة، ووضع سياسات وطنية قائمة على الأدلة، ووضع خطط عملية وإجراء رصد وتقييم استنادا إلى الأداء من أجل توسيع نطاق التغطية الفعالة للتدخلات الوقائية والعلاجية الكبرى ليشمل السكان المعرضين للخطر، وإجراء تقييم لأداء البرامج ونطاق تغطية التدخلات وتأثيرها على نحو فعال وفي الوقت المناسب؛

(ب) استخدام قاعدة البيانات القطرية، بدعم من منظمة الصحة العالمية، من أجل جمع وتحليل المعلومات المتاحة عن حالة malaria في البلدان على نحو منهجي بما في ذلك الحالة الوبائية والسياسات الوطنية وأداء البرامج ونطاق تغطية التدخلات والتمويل وحالة مقاومة العقاقير ومبيدات الحشرات؛

(ج) تقييم قدرة برامجها الوطنية لمكافحة الملاريا، خاصة مواردها البشرية، وكفالة وجود موظفين مهرة بأعداد مناسبة على كافة مستويات النظام الصحي لتلبية الاحتياجات التقنية والعملية كلما توفر المزيد من التمويل لبرامج مكافحة الملاريا؛

(د) تلبية الحاجة لتعزيز أنظمتها الصحية وكفالة توفير الخدمات الصحية على نحو متكامل على صعيد المقاطعات بما في ذلك إيلاء اهتمام للموظفين الصحيين، وتوفير الإمدادات من العقاقير والتدابير الوقائية، والهياكل الأساسية الصحية المناسبة؛

(هـ) تشجيع التعاون بين القطاعات لا سيما على المستويات الحكومية العليا أي وزارات المالية والتعليم والزراعة والتنمية الاقتصادية والبيئة، والحفاظ على الشبكات القائمة بين البلدان والمتعددة المؤسسات والقطاعات لمكافحة الملاريا وتقويتها؛

(و) تعزيز أنظمة مراقبة مقاومة العقاقير، بدعم من منظمة الصحة العالمية، وأن تقوم المنظمة بتنسيق شبكة عالمية لمراقبة مقاومة العقاقير ورصدها وإدارتها؛

(ز) تطوير أنظمة لمراقبة مقاومة مبيدات الحشرات، بدعم من منظمة الصحة العالمية، وأن تقوم المنظمة بتنسيق شبكة عالمية مقاومة مبيدات الحشرات ورصدها وإدارتها؛

(ح) الاستمرار في منع تسويق العلاجات الأحادية القائمة على مادة الأرتيسينين والتي تؤخذ عن طريق الفم، والكف عن تمويل شراء الوكالات الدولية للعلاجات الأحادية القائمة على مادة الأرتيسينين والتي تؤخذ عن طريق الفم؛

(ط) إلغاء الضرائب والرسوم المفروضة على الناموسيات والعقاقير وغيرها من المنتجات المطلوبة لمكافحة الملاريا من أجل تخفيض أسعار هذه السلع على المستهلكين وتشجيع التجارة الحرة في هذه المنتجات.

٣٧ - استنادا إلى نتائج هذا التقرير وقرار جمعية الصحة العالمية ١٨/٦٠ يوصى بأن تدعو الجمعية العامة إلى ما يلي:

(أ) أن يصبح شركاء التمويل الثنائي والمتعدد الأطراف على إمام تام بسياسات منظمة الصحة العالمية واستراتيجياتها التقنية، بما في ذلك الرش الموضوعي للأماكن المغلقة والناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات ومعالجة الحالات، لكفالة أن يدعم التمويل فقط المشاريع التي تتفق مع هذه السياسات والاستراتيجيات، والنظر في تقديم العناصر التقنية للمشاريع قيد الدراسة لتستعرضها منظمة الصحة العالمية قبل الموافقة عليها لضمان التزامها بأحدث التوصيات التقنية للمنظمة؛

(ب) أن يستخدم الشركاء الدوليون أنظمة الرصد والتقييم التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، بوصفها الحد الأدنى من المؤشرات بدلا من استخدام أنظمة موازية. إضافة إلى ذلك، على منظمة الصحة العالمية أن تقوم بالاشتراك مع البلدان وغيرها من الشركاء بوضع أساليب منهجية بسيطة وأقل تكلفة لإجراء الاستقصاءات من أجل تقييم أثر ونطاق تغطية تدخلات مكافحة الملاريا على نحو فعال وفي الوقت المناسب؛

(ج) أن تصدر الوكالات المانحة والبلدان التي تستورد الأغذية بيانا واضحا يحدد موقفها من استخدام مادة الـ د. د. ت. في الرش الموضعي للأماكن المغلقة عند تنفيذه في المواضيع المشار إليها ووفقا للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، وأن تقدم كافة أشكال الدعم الممكنة للبلدان الموبوءة بالملاريا لكي تدير على نحو فعال سبل التدخل وتمنع تلوث المنتجات الزراعية بمادة الـ د. د. ت. وغيرها من مبيدات الحشرات المستخدمة في الرش الموضعي للأماكن المغلقة؛

(د) أن يعجّل منتجو الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات بنقل التكنولوجيا إلى البلدان النامية، وأن ينظر البنك الدولي وصناديق التنمية الإقليمية في دعم البلدان الموبوءة بالملاريا من أجل إنشاء مصانع لزيادة إنتاج هذه الناموسيات؛

(هـ) أن يصل المجتمع الدولي إلى توافق في الآراء بشأن مستويات ومصادر الدعم المناسبة للسلع الأساسية لا سيما الناموسيات المتينة المعالجة بمبيدات الحشرات والعلاجات المركبة القائمة على مادة الأرتيميسينين لإتاحة الفرصة لعدد أكبر من الأشخاص للحصول على عقاقير عالية الجودة واتخاذ إجراءات وقائية لصالح السكان المعرضين للإصابة بالملاريا، ومكافحة تجارة العقاقير المعشوشة في البلدان النامية؛

(و) أن يقدم المجتمع الدولي دعما ماليا ضمن أمور أخرى للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا لتمكينه من مواصلة دعم البلدان، وتقديم الموارد التكميلية المناسبة للمساعدة التقنية، لا سيما لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، لكفالة استيعاب هذه الأموال واستخدامها على نحو فعال في البلدان المعنية.