

Distr.: General
2 August 2010
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة الخامسة و الستون

البند ١٢ من جدول الأعمال المؤقت*

٢٠٠١-٢٠١٠: عقد دحر الملاريا في

البلدان النامية، ولا سيما في أفريقيا

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

في أفريقيا

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل إلى الجمعية العامة التقرير الذي أعدته منظمة الصحة

العالمية، عملاً بقرار الجمعية العامة ٦٤/٧٩.

* A/65/150.



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

موجز

يلقي هذا التقرير الضوء على التقدم المحرز في بلوغ أهداف مكافحة الملاريا التي يتعين تحقيقها بحلول عام ٢٠١٠ في سياق قرار الجمعية العامة ١٨٠/٦٢. ويعتمد التقرير على التقارير المرحلية الأخيرة التالية: تقرير عن الملاريا في العالم (٢٠٠٩)، من إعداد منظمة الصحة العالمية؛ استخدام تمويل وموارد مكافحة الملاريا: العقد الأول لدحر الملاريا، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة، ٢٠١٠، واليوم العالمي لمكافحة الملاريا ٢٠١٠: معلومات مستكملة عن أفريقيا (اليونيسيف وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة، ٢٠١٠)؛ وإنقاذ الأرواح بمكافحة الملاريا: العد التنازلي نحو الأهداف الإنمائية للألفية (جامعة تولين، وجامعة جون هوبكنس وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠)، من إعداد شراكة دحر الملاريا. ويستخدم التقرير أيضا بيانات أعدتها البلدان التي تتوطن بها الملاريا وشركاء آخرون في مشروع دحر الملاريا، بينهم التحالف من أجل الوقاية من الملاريا. ويختتم التقرير بتوصيات يعرضها على نظر الجمعية العامة.

واستقطبت جهود مكافحة الملاريا، على مدى العقد الماضي، اهتماما سياسيا ودعمًا ماليًا كبيرين على الصعد الدولي والإقليمي والقطري. وفي مؤتمر القمة الأفريقي لدحر الملاريا، الذي عُقد في أبوجا عام ٢٠٠٠، تعهد رؤساء الدول الأفريقية "بخفض الوفيات الناجمة عن الملاريا بين الشعوب الأفريقية بمقدار النصف بحلول عام ٢٠١٠، من خلال تنفيذ استراتيجيات وإجراءات لدحر الملاريا". ووضع زعماء العالم على عاتقهم تحدي "وقف انتشار الملاريا بحلول عام ٢٠١٥ وبدأ خفض معدلات الإصابة به وبغيره من الأوبئة الرئيسية" باعتبار ذلك غاية لأحد الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية. وفي أوائل عام ٢٠٠٨، عيّن الأمين العام، بان كي - مون مبعوثًا خاصًا معنياً بالملاريا لحشد الدعم العالمي للإجراءات المتخذة لمكافحة هذا الوباء. وإثر دعوة الأمين العام إلى توفير التغطية الشاملة، واستجابة لضغط دولي متزايد من أجل قطع التزام طويل الأجل بمكافحة الملاريا، تضافرت جهود الجهات المعنية بمكافحة الملاريا من أجل وضع خطة العمل العالمية لمكافحة الملاريا. وتمثل أهداف الخطة في تسريع وتيرة جهود مكافحة الملاريا وتعزيزها، والقضاء على هذا

الوباء، حيثما أمكن ذلك، وكفالة الاستثمار في البحوث الرامية إلى استحداث أدوات جديدة تسمح باستئصال الوباء في الأجل الطويل. وتعززت مكافحة الملاريا بوجود مبعوث خاص معني بالملاريا وبتحالف القادة الأفريقيين لمكافحة الملاريا المنشئ حديثاً، وباتت تصدر جدول الأعمال الإنمائي العالمي باعتبارها إحدى الأولويات القصوى لعام ٢٠١٠.

واستجابة لجهود الدعوة على الصعيد العالمي، ارتفعت التزامات التمويل الدولية لصالح مكافحة الملاريا من أقل من ٠,٢ مليار دولار في عام ٢٠٠٠ إلى ١,٦ مليار دولار في عام ٢٠٠٩، ويرجع الفضل في ذلك أساساً إلى إنشاء الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا وزيادة الالتزامات من جانب مبادرة رئيس الولايات المتحدة بشأن الملاريا والبنك الدولي ووكالات أخرى. وقد أفضت هذه الزيادة في التمويل إلى زيادة مذهلة في عمليات مكافحة الملاريا في العديد من الأوساط وأدت إلى تخفيف ملموس لعبء الملاريا.

وتشير التقديرات إلى زيادة النسبة المئوية للأسر المعيشية الأفريقية في عام ٢٠٠٨ التي تمتلك على الأقل ناموسية واحدة معالجة بمبيد حشري (٣١ في المائة)، مقارنة بنسبتها في عام ٢٠٠٦ (١٧ في المائة)، كما أن عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين استخدموا ناموسية مماثلة في عام ٢٠٠٨ (٢٤ في المائة) زاد عن عددهم في السنوات السابقة. وبلغت نسبة ملكية الأسر المعيشية للناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية أكثر من ٥٠ في المائة في ١٣ من البلدان الأفريقية المتقلبة بعاء الملاريا. وتقل النسبة المئوية للأطفال الذين يستخدمون ناموسيات عن النسبة التي حددتها جمعية الصحة العالمية في ٨٠ في المائة، ويُعزى ذلك أساساً إلى انخفاض النسبة المئوية للملكية للناموسيات في العديد من البلدان الأفريقية ذات الكثافة السكانية. ويجري حالياً حشد موارد لزيادة تلك النسبة، حيث سُلم أكثر من ٨٨ مليون ناموسية في عام ٢٠٠٩، و ٧٠ مليون ناموسية أخرى في النصف الأول من عام ٢٠١٠.

وزاد استعمال العلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة أرتيميسينين مقارنة مع عام ٢٠٠٦، لكنها لا تزال متدنية جداً في معظم البلدان الأفريقية؛ ففي ١١ من أصل ١٣ بلداً شملتها الدراسة المسحية خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨، كان ما نسبته أقل من ١٥ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة ممن لهم سوابق في الإصابة بالحمى، قد تلقوا علاجات مركبة مكونة أساساً من مادة أرتيميسينين، وهو ما يقل بكثير عن الهدف الذي حددته جمعية الصحة العالمية بنسبة ٨٠ في المائة. ويعكس هذا الرقم تقديراً صورياً منخفضاً للعلاج المناسب، لأن غالبية هؤلاء الأطفال المصابين بالحمى لم يستفيدوا من أي فحص لتأكيد الإصابة بالملاريا. وحتى عام ٢٠٠٨، تأكد ما يناهز ٢٢ في المائة من حالات الملاريا المشكوك فيها في أفريقيا عن طريق فحوصات التشخيص.

وفي البلدان الأفريقية المثقلة بعبء الملاريا التي حققت نسبة تغطية عالية لسكانها بالناموسيات وبرامج العلاج، تراجعت حالات الإصابة والوفيات بالملاريا المسجلة بنسبة ٥٠ في المائة، مما يشير إلى أن غايات الهدف ٦ من الأهداف الإنمائية للألفية، المتعلقة بانحسار الإصابة بالملاريا، يمكن تحقيقها إذا ما كانت ثمة تغطية كافية في مجالات التدخل الرئيسية. ومع أن هذه النتائج قد تحققت في بعض الجزر (سان تومي وبرينسيبي وجنر بار بجمهورية تنزانيا المتحدة)، فقد تحققت أيضا في بلدان قارية أفريقية (منها إريتريا ورواندا وزامبيا). وتشير الأدلة المستقاة من سان تومي وبرينسيبي وزامبيا وجنر بار إلى أن الانخفاض الكبير في حالات الإصابة والوفيات بالملاريا قد قابله انخفاض حاد في وفيات الأطفال دون سن الخامسة بكافة أسبابها، مما يعني أن تكثيف الجهود لمكافحة الملاريا سيساعد الكثير من البلدان الأفريقية على تحقيق خفض بمقدار الثلثين في وفيات الأطفال بحلول عام ٢٠١٥، تماشيا مع الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية.

وكشف تحليل حديث لزيادة مكافحة الملاريا في ٣٥ بلدا أفريقيا أنه تم إنقاذ ما يزيد على ٥٦٠ ٠٠٠ من الأرواح ما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٩، حيث تحقق ما يناهز ثلاثة أرباع ذلك العدد منذ عام ٢٠٠٦. وإجمالا، فقد سجل ما يزيد على ثلث البلدان التي تعاني من الملاريا والبالغ عددها ١٠٨ بلدان انخفاضا في حالات الملاريا المثبتة في عام ٢٠٠٨ يزيد على ٥٠ في المائة مقارنة مع عام ٢٠٠٩ (٩ بلدان أفريقية و ٢٩ بلدا خارج أفريقيا)، وإن كان عدد الحالات بالبلدان التي تُعرف أكبر معدلات إصابة كان هو الأقل انخفاضا. وتقوم عشرة بلدان بتنفيذ برامج استئصال على الصعيد الوطني، فيما توجد ثمانية بلدان في مرحلة ما قبل الاستئصال. وتمكنت ثمانية بلدان أخرى من وقف انتقال العدوى ودخلت في مرحلة منع عودة ظهور الملاريا. وفي أيار/مايو ٢٠١٠، أصدرت منظمة الصحة العالمية للمغرب شهادة خلو من الملاريا، مما تراجع معه عدد البلدان التي تستوطنها الملاريا إلى ١٠٧ بلدان.

وتشكل مقاومة الطفيليات للأدوية المضادة للملاريا، وكذا مقاومة البعوض للمبيدات الحشرية تهديدات جسيمة تعوق المكافحة العالمية للملاريا. وكان أول دليل على مقاومة الأرتيميسينين هو ما أُبلغ عنه في غربي كمبوديا في عام ٢٠٠٨. وتُنفذ، اعتبارا من كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩، تدخل سريع للاحتواء، شمل الكشف عن جميع الحالات في المناطق المستهدفة ومعالجتها، وزيادة معدلات تغطية الناموسيات بين السكان المعرضين للخطر. وتشير النتائج الأولية إلى أن سلالة ملاريا البلازمويد المنجلي المقاومة للأرتيميسينين قد باتت قاب قوسين أو أدنى من الاختفاء. ومع ذلك، فإن تسويق العلاجات غير المركبة المكونة من الأرتيميسينين بمفرده مستمر في العديد من البلدان، بالرغم من النداء الذي

أصدرته منظمة الصحة العالمية بوقف استعمالها، وهو ما لا يزال يشكل تهديدا رئيسيا للعمر العلاجي المفيد للعلاجات المركبة المكونة أساسا من مادة أرتيميسينين.

ولا تزال الأموال التي صرفت للبلدان التي تستوطنها الملاريا، ومجموعها حوالي ١,٥ بليون دولار في عام ٢٠٠٩، دون مستوى مبلغ ٥ بلايين دولار المطلوب سنويا لضمان معدل تغطية مرتفعة وتحقيق أقصى أثر على صعيد العالم. ولن يتطلب بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية موارد مالية كافية فحسب، بل سيتطلب أيضا تعزيز النظم الصحية القادرة على تنفيذ تدخلات مكافحة نواقل الأمراض، وإتاحة التشخيص للتأكد من الإصابة بطفيلي الملاريا، إلى جانب المعالجة بالعلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة أرتيميسينين، وتطوير نظم المراقبة الروتينية لمكافحة الملاريا والطفيليات المقاومة للأدوية المضادة للملاريا ومقاومة البعوض للمبيدات الحشرية.

أولا - المعلومات الأساسية والسياق

١ - تشير تقديرات عام ٢٠٠٨ إلى وجود ١٤٣ مليون حالة إصابة بالملاريا (ما بين ٥ إلى ٩٥ نقطة مئوية ١٩٠ إلى ٣١١ مليون) في شتى أنحاء العالم. وتوجد الغالبية العظمى من الحالات (٨٥ في المائة) في المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية، تليها منطقة جنوب شرق آسيا (٨ في المائة)، ثم منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط (٤ في المائة). وتشير التقديرات إلى ما مجموعه ٨٦٣ ٠٠٠ حالة وفاة (ما بين خمسة إلى ٩٥ نقطة مئوية، ٧٠٨ ٠٠٠ ملايين إلى ١ ٠٠٣ مليون) في عام ٢٠٠٨، بينها ٩١ في المائة في المنطقة الأفريقية، تليها منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط (٦ في المائة) ثم منطقة جنوب شرق آسيا (٣ في المائة).

٢ - وتعد الملاريا سببا رئيسيا في قتل الأطفال الأفارقة، مما يعني أن مكافحة الملاريا سيشكل مساهمة مباشرة في تحقيق غاية الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثلة في خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين بحلول عام ٢٠١٥. وستسهم مكافحة الملاريا أيضا في بلوغ غاية الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثلة في خفض الوفيات النفاسية.

٣ - وفي عام ٢٠٠٧، كان للأمم المتحدة (عن طريق الأهداف الإنمائية للألفية) وجمعية الصحة العالمية وشراكة دحر الملاريا أهدافا متسقة تتعلق بنطاق تغطية عمليات التدخل والآثار المترتبة على ذلك في عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٥. ومن المقرر أن تشمل التغطية ما يزيد على ٨٠ في المائة بحلول عام ٢٠١٠ من خلال أربع عمليات تدخل رئيسية هي: الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية لفائدة الفئات المعرضة للخطر، والأدوية المضادة للملاريا المناسبة للمرضى المصابين بحالات ملاريا محتملة أو مؤكدة، والرش الموضعي للأماكن المغلقة بالنسبة للأسر المعيشية المستهدفة المعرضة للخطر، والعلاج الوقائي المتقطع للحوامل (في البيئات التي تشهد انتقال العدوى بدرجة متوسطة إلى مرتفعة). وتتمثل الغايات المرجوة على الصعيد العالمي في خفض عدد حالات الإصابة والوفيات بالملاريا بنسبة ٥٠ في المائة أو أكثر، في الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٥ وبنسبة ٧٥ في المائة أو أكثر في الفترة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٢٠.

٤ - وبمناسبة اليوم العالمي لمكافحة الملاريا في عام ٢٠٠٨، دعا الأمين العام إلى بذل جهود من أجل وضع حد لوفيات الملاريا من خلال ضمان التغطية الشاملة لتدخلات مكافحة الملاريا بحلول نهاية عام ٢٠١٠. وبناء عليه، قررت الجهات المعنية بمكافحة الملاريا في العالم ثلاثة أهداف إضافية في إطار خطة العمل العالمية لمكافحة الملاريا، التي أطلقتها شراكة دحر الملاريا في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٨. والهدف الأول هو الحد من العدد العالمي للوفيات الناجمة عن الملاريا ليقرب بحلول عام ٢٠١٥ من صفر وفيات يمكن الوقاية منها. وهذا الهدف أكثر طموحا من الهدف السابق المتمثل في خفض عدد الوفيات الناجمة عن الملاريا بنسبة ٧٥ في المائة بحلول عام ٢٠١٥. والهدف الثاني هو استئصال الملاريا من ٨ إلى ١٠ بلدان بحلول عام ٢٠١٥، ثم بعد ذلك من جميع البلدان التي توجد في مرحلة ما قبل الاستئصال اليوم (٢٠٠٨). والهدف الثالث هو القيام، "في الأجل الطويل، باستئصال الملاريا على نطاق العالم بخفض حالات الإصابة بها إلى صفر عن طريق استئصالها تدريجيا من البلدان".

ثانيا - سياسات مكافحة الملاريا واستراتيجياتها

٥ - التدخلان الأقوى والأوسع نطاقا من حيث الاستخدام للوقاية من الملاريا عن طريق مكافحة البعوض هما الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية مديدة المفعول والرش الموضعي للأماكن المغلقة. وبما أن وجود معدلات تغطية مرتفعة أمر لازم كي يحقق أي من الناموسيات أو الرش كامل مفعوله، فإن منظمة الصحة العالمية توصي بالتغطية الشاملة لجميع السكان المعرضين لخطر الملاريا في المناطق المستهدفة بالوقاية من الملاريا. وفيما يتعلق بالناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية مديدة المفعول، فإن ذلك يعني أن جميع الأشخاص

المعرضين للخطر، بغض النظر عن سنهم أو جنسهم، ينبغي أن يزودوا بناموسيات، ما داموا في المناطق المستهدفة بالوقاية من الملاريا.

٦ - وتوصي منظمة الصحة العالمية بأنه ينبغي أن تقدم الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية مديدة المفعول إما مجاناً أو بأسعار مدعومة بصورة كبيرة؛ فينبغي ألا تكون الكلفة عائقاً أمام إتاحة الناموسيات لجميع المعرضين لخطر الملاريا، ولا سيما منهم الأكثر عرضة للعواقب الوخيمة المترتبة على هذا الوباء، مثل صغار الأطفال والحوامل.

٧ - ويمكن تحقيق التغطية الشاملة بالناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية مديدة المفعول وتعهدها من خلال الجمع بين التوزيع السريع الأولي والحملات الجماهيرية الدورية مشفوعة بالتوزيع الروتيني، من جانب جهات تنسيق التحصين، على الحوامل والرضع في عيادات الرعاية قبل الولادة ومستشفيات الأطفال.

٨ - وينبغي ألا تُنتج البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا وشركاؤها في مجال مكافحة الملاريا سوى الناموسيات التي أوصى بها برنامج منظمة الصحة العالمية لتقييم مبيدات الآفات. فهذه الناموسيات مصممة للاحتفاظ بفاعليتها البيولوجية ضد البعوض الناقل للعدوى لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات في الميدان، إذا ما استخدمت وفق الإرشادات، وهو ما تتفني معه الحاجة إلى المعالجة المنتظمة بالمبيدات الحشرية.

٩ - وفيما يتعلق بالرش الموضعي للأماكن المغلقة، يوصي حالياً برنامج منظمة الصحة العالمية لتقييم مبيدات الآفات باثني عشر مبيداً حشرياً تنتمي إلى أربع فئات كيميائية. ويتمتع ثنائي كلورو ثنائي فينيل ثلاثي كلورو الإيثان (دي دي تي). بمفعول متخلف طويل الأجل نسبياً (أكثر من ستة أشهر) ضد نواقل الملاريا، ويؤدي دوراً مهماً في إدارة مقاومة نواقل المرض. ويمكن للبلدان استخدام مادة الدي دي تي في الرش الموضعي للأماكن المغلقة طالما كان ذلك ضرورياً، وبالكميات المطلوبة، شريطة التقييد بالمبادئ التوجيهية والتوصيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والواردة في اتفاقية ستوكهولم المتعلقة بالملوثات العضوية الثابتة، وإلى أن تتاح بدائل تكون ملائمة محلياً وفعالة من حيث التكلفة من أجل الانتقال المستدام إلى تلك البدائل التي لا تستخدم مادة الدي دي تي.

١٠ - وتشكل مقاومة مبيدات الحشرات، ولا سيما منها البيريثرويد، تهديداً ملحاً ومتزايداً لاستدامة الأساليب الحالية لمكافحة نواقل المرض. وبالتالي، فمن الحيوي رصد وإدارة مقاومة المبيدات الحشرية المستخدمة في كل من الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية مديدة المفعول والرش الموضعي في الأماكن المغلقة.

١١ - ومن شأن العلاج المبكر والفعال للملاريا أن يحد من الإصابة بالمرض، ويمنع الوفيات، ويخفض من مستودع العدوى، مما يؤدي إلى النجاح في مكافحة الملاريا. وصدرت في عام ٢٠١٠ نسخة مستكملة من المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية في مجال معالجة الملاريا.

١٢ - وبالنسبة لجميع المرضى الذين يشتبه في إصابتهم بالملاريا، يوصى، قبل بدء أي علاج، بإجراء تأكيد طفيلي فوري (في غضون ساعتين من عرض المريض) بواسطة التشخيص المجهرى أو اختبار التشخيص السريع. أما العلاج المستند حصراً إلى الاشتباه السريري، فينبغي ألا يلجأ إليه إلا عندما لا يكون من المستطاع إجراء تشخيص طفيلي. وقد بات التأكد من الإصابة بطفيلي الملاريا قبل تقديم العلاج يزيد أهمية، ذلك أنه كلما انخفضت معدلات نقل المرض، انخفضت أيضاً نسبة الإصابات بالحمى التي تُعزى إلى الملاريا. وعندما تُعامل جميع حالات الحمى على أنها حمى الملاريا، فلن يتسبب ذلك في الإفراط من استعمال العلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة أرتيميسينين فحسب، بل إن الرعاية المناسبة لن تقدم أيضاً للمصابين بحمى ناتجة عن أمراض أخرى. وسيساعد توسيع نطاق استخدام اختبارات التشخيص السريعة على الحد من الإفراط في تشخيص الحالات على أنها ملاريا، ومن ثم الحد من الإفراط في استخدام الأدوية المضادة للملاريا.

١٣ - وينبغي أن تعالج حالات الإصابة المثبتة بملاريا البلازمود المنجلي التي لا تنطوي على تعقيدات بأحد العلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة أرتيميسينين، بينما ينبغي أن تعالج حالات ملاريا البلازمود النشيط بالكلوروكين عندما يكون فعالاً، أو بأية علاجات مناسبة مركبة مكونة أساساً من مادة أرتيميسينين عندما يكون البلازمود النشيط مقاوماً للكلوروكين. وينبغي أن يقترن علاج البلازمود النشيط بجرعة من البريماكين لمدة ١٤ يوماً لمنع انتكاس الوضع الصحي للمريض، بعد التأكد من أن المريض لا يشكو أي عجز في مادة جلوكوز = ٦ = فوسفات ديهيدروجينوز (G6PD).

١٤ - ولا تتسم العلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة أرتيميسينين بالفعالية فحسب، بل إنها تساعد أيضاً على منع نشوء وانتشار البلازمود المقاوم للعقاقير. وتوجد حالياً خمسة من هذه العلاجات التي يوصى باستخدامها بالنظر إلى سلامتها وفعاليتها، وهي: أرتيمثر - لوميفنترين، وأرتيسونات - أمودياكين، ورتيسونات - ميفلوكين، وأرتيسونات - سولفادوكسين بيريميثامين، وديهيدروأرتيميسينين - بيسيراكين. وينبغي أن يتوقف اختيار العلاج على فاعلية الخليط في البلد أو المنطقة المقرر استخدامه فيها.

١٥ - وبالنسبة للحوامل في المناطق التي ترتفع فيها معدلات العدوى، يوصى بالعلاج الوقائي المتقطع بمادة سولفادوكسين بيريميثامين مرتين إلى ثلاث مرات أثناء مراجعة مراكز الرعاية قبل الولادة خلال الثلث الثاني والثالث من فترة الحمل. وبالنسبة للمناطق التي ترتفع فيها معدلات العدوى ويكون سولفادوكسين بيريميثامين لا يزال دواء وقائيا فعالا فيها، يوصى بالعلاج الوقائي المتقطع بجرعة واحدة من مادة سولفادوكسين بيريميثامين تعطى ثلاث مرات خلال السنة الأولى من حياة الوليد أثناء الزيارات الروتينية لبرنامج التحصين الموسع.

١٦ - وقد تسببت مقاومة الطفيليات في جعل الأدوية المستخدمة سابقا في علاج الملاريا غير فعالة في معظم أنحاء العالم، مما يهدد مكافحة الملاريا. كما أن مشتقات أرتيميسينين شديدة الفعالية والعقاقير الشريكة لها معرضة للخطر نفسه. وتوصي منظمة الصحة العالمية بسحب العلاجات غير المركبة المكونة من مادة أرتيميسينين من السوق ويستعاض عنها بالعلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة أرتيميسينين.

ثالثا - تمويل مكافحة الملاريا

١٧ - حفزت جهود الدعوة على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني على مدى السنوات العشر الماضية قيام صحوة فيما يتعلق بالالتزام السياسي والمالي بجهود مكافحة الملاريا.

١٨ - وزادت الالتزامات المالية للوكالات الخارجية بمكافحة الملاريا خمسة أضعاف، حيث ارتفعت من حوالي ٠,٣ بليون دولار سنويا في عام ٢٠٠٣ إلى ١,٦ بليون دولار في عام ٢٠٠٩، مع زيادة كبيرة بوجه خاص في عام ٢٠٠٩. ومع أن الالتزامات جوهريّة، فإن التقدم يقاس بالمدفوعات الدولية لمكافحة الملاريا التي تصرف للبلدان التي تتوطنها الملاريا. وقد زادت تلك المدفوعات من ٣٥ مليون دولار في عام ٢٠٠٠ إلى أكثر من ١ بليون دولار في عام ٢٠٠٨، بل يتوقع أن تكون قد بلغت ١,٥ بليون دولار في عام ٢٠٠٩، وهو ما يساوي زيادة بأربعين ضعفا.

١٩ - وكان نصيب الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ٢,٦ مليار دولار، أو نسبة ٦٦ في المائة من مجموع الأموال الخارجية المصروفة للبلدان الموبوءة بالملاريا بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٧. وجاءت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، بما في ذلك مبادرة الرئيس بشأن الملاريا، في المرتبة الثانية بعد الصندوق العالمي كمصدر للأموال في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٧، حيث زادت تمويلاتها لمكافحة الملاريا بمعامل قدره ١٩، أي من ١٠ ملايين دولار في عام ٢٠٠٠ إلى ١٨٨ مليون دولار في عام ٢٠٠٧. وكانت وزارة

التنمية الدولية للمملكة المتحدة في المرتبة الثالثة، حيث زادت مساهماتها من ٢ مليون دولار في عام ٢٠٠٠ إلى ١٩ مليون دولار في عام ٢٠٠٧.

٢٠ - وفي الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٧، كان الصندوق العالمي هو مصدر التمويل الخارجي المهيمن في جميع المناطق، ما عدا منطقة جنوب شرق آسيا حيث مثلت تمويلات البنك الدولي نسبة ٥٥ في المائة من مدفوعات الوكالات الخارجية. وفي المنطقة الأوروبية، مثل نصيب الصندوق العالمي نسبة ٩٦ في المائة من مدفوعات الوكالات الخارجية بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٧؛ وفي منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط، شكل نصيبه نسبة ٩٤ في المائة، كما شكل نسبة ٩٠ في المائة في منطقة الأمريكتين. وفي المنطقة الأفريقية، شكل دعم الصندوق العالمي نسبة ٧٦ في المائة من الدعم الخارجي، مقارنة بنسبة ١٢ في المائة لوزارة التعاون الدولي بالمملكة المتحدة، ونسبة ٣ في المائة للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ونسبة ٢ في المائة للبنك الدولي، ونسبة ١ في المائة لليابان.

٢١ - وفي الفترة بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٧، زادت مدفوعات الوكالات الخارجية لمكافحة الملاريا بمعدل قدره ٢٨ في المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية، وبمعدل ٢٧ في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط (منذ عام ٢٠٠٣)، وبمعدل ١٨ في المنطقة الأوروبية، وبمعدل ١٣ في منطقة غرب المحيط الهادئ، وبمعدل ٨ في منطقة الأمريكتين. ووحدها منطقة جنوب شرق آسيا التي لم تسجل زيادة كبيرة في المساعدة الخارجية، حيث لم يُضاعف مستوى المساعدة الخارجية في عام ٢٠٠٧ مستواها في عام ٢٠٠٠ سوى بـ ١,٤ مرة.

٢٢ - وزاد عدد البلدان المتلقية للمساعدة الخارجية لمكافحة الملاريا من ٢٩ في عام ٢٠٠٠ إلى ٧٦ من أصل البلدان التي تتوطنها الملاريا ومجموعها ١٠٩ بلدان في عام ٢٠٠٧، مع تسجيل أكبر زيادة عددية في أفريقيا. ولم يوجد سوى بلدين اثنين من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي تتوطنها الملاريا لم يتلقيا مساعدات خارجية هما: بوتسوانا وتشاد.

٢٣ - وبصفة عامة، فقد تلقت بلدان أقل كثافة سكانية (سورينام، وسان تومي وبرينسيبي، وإريتريا على سبيل المثال) أموالاً أكبر بالنسبة للفرد الواحد من البلدان الأكثر كثافة سكانية (باكستان والصين والهند على سبيل المثال). وقد يُعزى جزئياً ما يبدو أنه تدن في مستويات المدفوعات في البلدان الأكثر كثافة سكانية إلى عدم الدقة في تقدير السكان المعرضين للخطر وإلى الميل إلى المبالغة في أعدادهم. وعليه، فرغم كون ملاحظة أن البلدان الأكثر تعداداً سكانياً تتلقى مستويات أدنى من التمويلات الخارجية ملاحظة مثيرة للقلق، فإن عدم الدقة في تحديد السكان المعرضين للخطر في تلك البلدان ينبغي أن يؤخذ في الحسبان، شأنه شأن

العوامل الأخرى التي تحدد مدى الحاجة إلى التمويل الخارجي، مثل توافر الأموال على الصعيد المحلي.

٢٤ - وتعد المعلومات المتعلقة بالتمويلات المحلية لمكافحة الملاريا أقل اكتمالا. ويبدو أن مثل هذه التمويلات قد زادت في طائفة من البلدان على نطاق جميع المناطق، لكن يبدو أن هناك اتجاهًا نحو الانخفاض من عام ٢٠٠٧ إلى ٢٠٠٨ في منطقتين هما المنطقة الأفريقية ومنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط، وتراجعا مطردا بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٠٨ في منطقة جنوب شرق آسيا. ومن شأن التحسينات في توافر المعلومات عن التمويلات المحلية لمكافحة الملاريا أن تسمح برسم صورة أكثر دقة واكتمالا عن التمويلات العالمية لمكافحة الملاريا.

٢٥ - وكثيرا ما يغطي التمويل الحكومي التكاليف الثابتة لتشغيل برامج مكافحة الملاريا، بما في ذلك التكاليف المتصلة بالموارد البشرية وإدارة البرامج (ومنها في جملة أمور نظم المعلومات وحلقات العمل التخطيطية والإشراف). وغالبا ما توجه نفقات الوكالات الخارجية، من قبيل الصندوق العالمي ومبادرة الرئيس بشأن الملاريا، إلى تمويل التكاليف المتغيرة مثل تكاليف توفير السلع الأساسية وتوزيعها.

٢٦ - ومع أن المبلغ الكلي للأموال المتاحة لمكافحة الملاريا قد ارتفع إلى مستوى غير مسبق، فإنه لا يزال أقل من المبلغ السنوي الذي تعتبر خطة العمل العالمية لمكافحة الملاريا أنه سيكون ضروريا للنجاح في السيطرة على الملاريا على الصعيد العالمي: وهو ما بين ٥ بلايين دولار و ٦,٢ بلايين دولار سنويا في الفترة بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٥. وحتى لو ترجم المستوى العالي من الالتزامات لصالح مكافحة الملاريا لعام ٢٠٠٩ (١,٥ بليون دولار) إلى مدفوعات^(١) ونفقات برنامجية، وكمّلته مستويات معادلة من تمويلات الحكومات والقطاع الخاص، فإن المبلغ الكلي للأموال المتاحة لمكافحة الملاريا سيكون في حدود ٣ بلايين دولار، أي أقل بنسبة ٦٠ في المائة من الاحتياجات المتوقعة.

رابعاً - تنفيذ البرامج: السيطرة على النواقل

٢٧ - قام، في عام ٢٠٠٨، ما مجموعه ٢٣ بلدا في المنطقة الأفريقية و ٣٥ بلدا من خارجها باعتماد توصية منظمة الصحة العالمية بتوفير الناموسيات لجميع الفئات العمرية المعرضة لخطر الإصابة بالملاريا، وليس فقط النساء والأطفال. وقد مثل ذلك زيادة قدرها ١٣ بلدا منذ عام ٢٠٠٧.

(١) تشير تقديرات خطة العمل العالمية لمكافحة الملاريا إلى أن التمويلات الحكومية وتمويلات الأسر المعيشية مساوية تقريبا للتمويلات الخارجية في عام ٢٠٠٧.

٢٨ - ووفقا لبيانات قدمها التحالف من أجل الوقاية من الملاريا التابع لشراكة دحر الملاريا، فإن عدد الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية مديدة المفعول المقدمة إلى البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى قد ارتفع من ٥,٦ ملايين ناموسية في عام ٢٠٠٤ إلى ٨٨,٥ مليون ناموسية في عام ٢٠٠٩. وسيكون عدد الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية كاف لتغطية ما يناهز ٥٥ في المائة من السكان المعرضين لخطر الملاريا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في عام ٢٠٠٩، مع افتراض أن بإمكان شخصين أن يناما تحت الناموسية الواحدة وأن عمر الناموسية هو ثلاث سنوات.

٢٩ - وقدمت أيضا كمية أخرى من الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية بلغت في النصف الأول من عام ٢٠١٠ ما مجموعه ٧٠ مليون ناموسية. وقد بدأت بعض البلدان الكبيرة، التي تتدن فيها مستويات التمويل، تحرز تقدما كبيرا في هذا المجال. وبحلول منتصف عام ٢٠١٠، قدمت نيجيريا ٢٥ مليون ناموسية، وهي بصدد تسليم ٦٤ مليون ناموسية بمطلع عام ٢٠١١، وهو ما سيجعل من برنامجها أضخم مجهود زيادة منفرد يحقق التغطية الشاملة بنهاية عام ٢٠١٠.

٣٠ - وتمكنت البلدان التي تتلقى مستويات أعلى من المساعدة الخارجية للفرد الواحد (على سبيل المثال سان تومي وبرينسيبي وجيبوتي) من اقتناء ناموسيات بعدد أكبر للفرد الواحد وتحقيق مستوى تغطية أعلى من البلدان الأخرى التي تنخفض فيها معدلات التمويل (ومنها كوت ديفوار والكاميرون).

٣١ - وبلاستناد إلى البيانات المستقاة من استقصاءات الأسر المعيشية والمعلومات المتعلقة بمشتريات الناموسيات، تشير التقديرات إلى زيادة النسبة المئوية للأسر المعيشية الأفريقية في عام ٢٠٠٨ التي تمتلك على الأقل ناموسية واحدة معالجة بمبيد حشري (٣١ في المائة)، مقارنة بنسبتها في عام ٢٠٠٦ (١٧ في المائة)، كما أن عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين استخدموا ناموسيات في عام ٢٠٠٨ (٢٤ في المائة) زاد عن عددهم في السنوات السابقة. وتتأثر هذه المتوسطات المرجحة بتدني مستويات ملكية الناموسيات في العديد من البلدان الأفريقية الكبيرة، التي لم تبدأ إتاحة موارد الزيادة فيها سوى الآن؛ وقد بلغت نسبة ملكية الأسر المعيشية للناموسيات أكثر من ٥٠ في المائة في ١٣ من البلدان الأفريقية المثقلة بعبء الملاريا.

٣٢ - ومع أن بعض البلدان قد حققت إنصافا لافتا من حيث ملكية الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية ما بين الأسر المعيشية الريفية والحضرية، وكذلك بين الأسر المعيشية الأشد فقرا وتلك الأكثر ثراء، فإن العديد من البلدان لم تحقق الشيء نفسه. ويُعزى الإنصاف في

التغطية أساسا إلى انتشار حملات التوزيع المجاني للناموسيات التي تستهدف مناطق يشتد فيها انتقال الملاريا.

٣٣ - وفي عام ٢٠٠٨، أبلغ ٤٤ بلدا، بينها ١٩ في المنطقة الأفريقية، أنها قد نفذت عمليات الرش الموضعي للأماكن المغلقة. وفي المنطقة الأفريقية، زاد عدد الأشخاص المحميين بالرش الموضعي للأماكن المغلقة بأكثر من الضعف ما بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٨، أي من ١٥ إلى ٥٩ مليون نسمة. وقد مثل ذلك نسبة ٩ في المائة من مجموع السكان المعرضين للخطر. وتمكنت سبعة بلدان من حماية أكثر من نسبة ١٠ في المائة من سكانها المعرضين للخطر في عام ٢٠٠٨، وهي: إثيوبيا (٥١ في المائة) وبوتسوانا (٣٨ في المائة) وزامبيا (٤٧ في المائة) وغينيا الاستوائية (٥٦ في المائة) ومدغشقر (٣٢ في المائة) وموزامبيق (٣٠ في المائة) وناميبيا (١٦ في المائة).

٣٤ - وفي مناطق أخرى غير أفريقيا، يكون تقدير نطاق تغطية التدخلات أصعب. وكثيرا ما تجري التدخلات من قبيل الرش الموضعي للأماكن المغلقة والناموسيات المعالجة بمبيد حشري بطريقة مركزة، تستهدف المجموعات المتنقلة أو التي يصعب الوصول إليها والمعرضة للإصابة أكثر من غيرها (مثل المهاجرين والعمال في قطاع التعدين وفي الغابات) عوض عامة السكان. وفي مثل هذه السياقات، تكون استقصاءات الأسر المعيشية أقل فائدة ومتباعدة أكثر.

٣٥ - ويشير التحليل إلى أن عدد الناموسيات المعالجة بمبيد حشري الموزعة على السكان المعرضين للإصابة كان مرتفعا نسبيا (يكفي لتغطية احتياجات أكثر من ٢٠ في المائة من السكان، على افتراض استخدام شخصين لناموسية واحدة، عمرها الافتراضي ثلاث سنوات) في سورينام (٥٨ في المائة)، وماليزيا (٥٤ في المائة)، والسودان (٥٥ في المائة)، وفانواتو (٤١ في المائة)، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية (٣٧ في المائة)، وبنغلاديش (٣١ في المائة)، وبنابوا غينيا الجديدة (٣٠ في المائة)، وجزر سليمان (٢٥ في المائة)، وبوتان (٢٣ في المائة)، وكمبوديا (٢٣ في المائة)، والصين (٢٣ في المائة)، وطاجيكستان (١٩ في المائة). وتجاوزت التغطية بالرش الموضعي للأماكن المغلقة لفائدة السكان الأكثر عرضة للإصابة نسبة ٥٠ في المائة في طاجيكستان وبوتان وماليزيا. وتراوحت نسبة التغطية بالرش في السودان وباكستان وجزر سليمان والفلبين والهند بين ٢٠ و ٤٠ في المائة.

٣٦ - وتشير استقصاءات الأسر المعيشية إلى انخفاض معدلات امتلاك الناموسيات المعالجة بمبيد حشري (أقل من ٢٠ في المائة من الأسر المعيشية) في جيبوتي والصومال والسودان. فحسب هذه الاستقصاءات، ينام أكثر من ٨٠ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة تحت

ناموسيات في كمبوديا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفيت نام، ولكن نسبة أقل بكثير من الأطفال في هذه البلدان ينمون تحت ناموسيات معالجة بمبيد حشري (٤ في المائة و ٤١ في المائة و ١٣ في المائة على التوالي). وبلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين ينمون تحت ناموسيات معالجة بمبيد حشري ١٧ في المائة في بابوا غينيا الجديدة في عام ٢٠٠٦ و ٤١ في المائة في جزر سليمان في عام ٢٠٠٧.

خامسا - تنفيذ البرامج: التشخيص

٣٧ - في عام ٢٠٠٨، أبلغ ٢٠ بلدا من أصل ٤٥ بلدا من البلدان الموبوءة بالمalaria في المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية و ٥١ بلدا من أصل ٦٤ بلدا خارج هذه المنطقة أنهما تعتمد سياسة الاختبار للكشف عن الطفيليات في حالات الاشتباه بالإصابة بالمalaria لدى أشخاص من جميع الأعمار.

٣٨ - وفي عام ٢٠٠٨، أُجريت اختبارات لما نسبته ٢٢ في المائة من الأشخاص المشتبه في إصابتهم بالمalaria الذين يترددون على مرافق صحية عامة في ٣٥ بلدا يعاني بشدة من وطأة هذا الوباء في المنطقة الأفريقية، مما يعكس زيادة بالضعف منذ عام ٢٠٠٦. وأجرت عشرة بلدان اختبارات لأكثر من ٥٠ في المائة من حالات الاشتباه بالإصابة المبلغ عنها في عام ٢٠٠٨.

٣٩ - وشهد عدد اختبارات التشخيص السريع المنحزة ارتفاعا سريعا في عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ بعد أن كان في حدود الصفر في عام ٢٠٠٥. بيد أن العدد الإجمالي للاختبارات الموزعة في عام ٢٠٠٨ لم يغط إلا ١٣ في المائة من مجموع حالات الاشتباه بالإصابة المبلغ عنها، مما يشير إلى استمرار وجود عجز في القدرة على تشخيص المalarيا.

٤٠ - وتتوافر في الأسواق مجموعة كبيرة من أصناف اختبارات التشخيص السريع، لكن أدائها متفاوت. وإضافة إلى ذلك، يتأثر أداء الاختبارات بدرجات الحرارة والرطوبة القصوى، وهي ظروف كثيراً ما تسود في الميدان. ولضمان شراء اختبارات تشخيص سريع ذات نوعية عالية، تُنصح البلدان بشراء المنتجات التي أثبتت حسن أدائها في برنامج منظمة الصحة العالمية لتقييم اختبارات التشخيص السريع. وقد أُطلق هذا البرنامج في عام ٢٠٠٦ بالتعاون مع مؤسسة وسائل التشخيص الجديدة المبتكرة ومراكز الولايات المتحدة لمراقبة الأمراض والوقاية منها، وهو يُعنى بتقييم أداء منتجات اختبارات التشخيص السريع ويقدم تقارير عنها، ويُستخدم كدليل للبلدان ووكالات المشتريات في اختيار الاختبارات العالية النوعية. وقد أصبحت نتائج جولتين من جولات اختبار الأداء متاحة الآن. ويهدف اختبار

الأداء أيضا إلى مساعدة المصنّعين على تحسين نوعية منتجاتهم. وإضافة إلى ذلك، فنظرا إلى أنه من المرجح أن يتباين أداء المنتجات الفردية بحسب دفعات الإنتاج مع مرور الوقت، يُوصى بالتحقق من جودة جميع دفعات المنتجات المقتناة عن طريق اختبار الدفعات قبل استخدامها على نطاق واسع في الميدان، وتثبيت عملية رصد أداء اختبارات التشخيص السريع في الميدان. ويوفر برنامج تقييم اختبارات التشخيص السريع خدمة اختبار الدفعات في أحد المراكز الإقليمية الثلاثة لتقييم اختبارات التشخيص السريع المقتناة.

سادسا - تنفيذ البرامج: العلاج

٤١ - بحلول عام ٢٠٠٩، قام ٧٨ بلدا وإقليما من أصل ٨٣ بلدا وإقليما موبوءا بالمalaria الناجمة عن طفيل البلازموذ المنجلي باعتماد العلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين لاستخدامها في إطار سياساتها الوطنية في مجال الأدوية.

٤٢ - ويشكل استمرار استخدام أدوية العلاج الأحادي الفموي الذي يستخدم مادة الأرتيميسينين عاملا رئيسيا يساهم في نشوء المقاومة عند الطفيليات. ورغم النداء الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية لوقف استخدام هذه الأدوية (جمعية الصحة العالمية، القرار ١٨/٦٠، الذي أيدته جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٧)، فإن إنتاجها لا يزال مستمرا، وهناك العديد من البلدان التي لم تسحبها من أسواقها بعد. ومنذ عام ٢٠٠٥، حددت منظمة الصحة العالمية ٧٦ شركة صنع أدوية متورطة في إنتاج أدوية العلاج الأحادي الفموي التي تستخدم مادة الأرتيميسينين وتسويقها. وبحلول تموز/يوليه ٢٠١٠، توقفت ٣٦ شركة فقط عن إنتاج هذه الأدوية، وهي أساسا شركات لديها حصة كبيرة في سوق مشتريات القطاع العام الممولة من الوكالات الدولية. بيد أنه من المرجح أن الشركات الأصغر حجما التي تستهدف أسواق القطاع الخاص ستتجاهل نداء منظمة الصحة العالمية.

٤٣ - ومن بين الأسباب الرئيسية للنجاح المحدود في التخلص تدريجيا من العلاجات الأحادية الفموية التي تستخدم مادة الأرتيميسينين سوء تنظيم أسواق الأدوية في البلدان الموبوءة بالمalaria. وفي تموز/يوليه ٢٠١٠، كان هناك ٢٨ سلطة تنظيمية وطنية من أصل ٧٨ سلطة في البلدان الموبوءة بالمalaria الناجمة عن طفيل البلازموذ المنجلي لم تتخذ إجراءات تنظيمية لسحب هذه الأدوية من أسواقها. وتقع معظم هذه البلدان في المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية (١٦ سلطة تنظيمية وطنية)، تليها منطقة جنوب شرق آسيا (٥)، ومنطقة غرب المحيط الهادئ (٣). ومن اللازم تقديم قدر أكبر من المساعدة للسلطات

التنظيمية الوطنية المعنية بالأدوية للتخلص تدريجيا من الأدوية الفموية التي تستخدم مادة الأرتيميسينين.

٤٤ - وتزايد مشتريات القطاع العام من العلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين باستمرار، حيث ارتفع عدد هذه الخطط العلاجية من أكثر من ٧٦ مليون في عام ٢٠٠٦ إلى أكثر من ١٥٧ مليون في عام ٢٠٠٩.

٤٥ - وأبلغ أربعة عشر بلدا من البلدان الخمسة وثلاثين التي تعاني بشدة من وطأة هذا الوباء في أفريقيا أنها وزعت ما يكفي من العلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين لعلاج ما لا يقل عن ٥٠ في المائة من حالات الإصابة بالمalaria المبلغ عنها في القطاع العام؛ وأبلغت ٥ دول عن توزيع عدد كاف من الجرعات لمعالجة جميع حالات الإصابة بالمalaria المبلغ عنها في عام ٢٠٠٨. وفي معظم البلدان المعنية الواقعة خارج أفريقيا، كان علاج الخيار الأول كافيا لتغطية جميع حالات الإصابة بالمalaria المؤكدة المبلغ عنها. وفي جميع المناطق باستثناء جنوب شرق آسيا، تم تقديم أكثر من خطتي علاج لكل حالة من الحالات المؤكدة.

٤٦ - وتراوح نسبة الأطفال المصابين بالحمى الذين تلقوا دواء مضادا للمalaria بين ١٠ في المائة (إثيوبيا، ٢٠٠٧) و ٦٣ في المائة (غامبيا، ٢٠٠٦)، بمتوسط مرجح قدره ٣٢ في المائة، حسب بيانات استقصاء الأسر المعيشية عن الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٨. وتراوح نسبة الأطفال المصابين بالحمى الذين تلقوا علاجا مركبا مكونا أساسا من الأرتيميسينين بين صفر في المائة (عدة بلدان، ٢٠٠٦) و ٢٢ في المائة (البر الرئيسي من جمهورية تنزانيا المتحدة، ٢٠٠٨)، بمتوسط قدره ١٦ في المائة. وشهدت معدلات استخدام العلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين ارتفاعا طفيفا في عام ٢٠٠٨ مقارنة بعام ٢٠٠٦. ومن المحتمل أن ذلك يعكس زيادة في توزيع هذه الأدوية، لكن ذلك قد يعزى أيضا جزئيا إلى أن البيانات المجمعة في استقصاءات الأسر المعيشية خلال هاتين السنتين شملت بلدانا مختلفة.

٤٧ - ولعل السبب وراء تدني استخدام العلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين لعلاج الأطفال المحمومين هو عدم توافرها في المرافق الصحية وارتفاع أسعارها في القطاع الخاص ومحدودية فرص الحصول على الرعاية (مثلا، العدد المحدود لبرامج الرعاية المجتمعية). وفي بعض الحالات، قد يعزى هذا الانخفاض أيضا إلى تحسن إمكانية تأكيد الإصابة بالطفيليات المسببة للمalaria، ومن ثم لا يُقدَّم العلاج إلا للحالات المؤكدة.

٤٨ - ويجري اختبار آلية تمويل تُعرف باسم مرفق توفير أدوية malaria بأسعار مقبولة لإتاحة المزيد من فرص الحصول على العلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين والاستعاضة

عن الأدوية والعلاجات الأحادية الأقل فعالية على رخص كلفتها، التي تعزز مقاومة الطفيليات للأدوية. ويدير هذا البرنامج الصندوق العالمي ويجري اختباره في ثمانية بلدان.

٤٩ - وقد صدر في عام ٢٠٠٨ أول دليل موثق على مقاومة طفيل البلازموذ المنجلي للأرتيميسينين في غرب كمبوديا. وانطلق مشروع لاحتواء انتشار السلالات المقاومة للأرتيميسينين على الحدود بين تايلند وكمبوديا في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩. وتضطلع منظمة الصحة العالمية، بدعم من مؤسسة بيل وميليندا غيتس والصندوق العالمي ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، بتنسيق هذا المشروع الذي يحشد جهودا مكثفة تشمل أنشطة للكشف عن جميع الحالات في مناطق مستهدفة ولمعالجتها، ولتوفير المزيد من التغطية بالناموسيات للسكان المعرضين للإصابة. وفي مطلع عام ٢٠١٠، كشفت نتائج برنامج فحص السكان في ٢٠ قرية من القرى الأكثر عرضة للإصابة أن سلالة الملاريا الناجمة عن طفيل البلازموذ المنجلي المقاومة للأرتيميسينين اختفت تقريبا. وتبين من البيانات التي تم جمعها من القرى السبع الأولى التي نُفذ البرنامج فيها أنه تم الكشف عن حالي إصابة فقط من أصل ٢ ٨٠٠ شخص خضع للفحص. وأكدت بيانات المراقبة الوطنية في كمبوديا أيضا أن عدد حالات الإصابة بالملاريا الناجمة عن طفيل البلازموذ المنجلي في المناطق المستهدفة قد شهد انخفاضا هائلا.

سابعاً - العلاج الوقائي

٥٠ - اعتمد خمسة وثلاثون بلدا في المنطقة الأفريقية وثلاثة بلدان في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط العلاج الوقائي المتقطع للملاريا لدى الحوامل وهي بصدد تنفيذه. واعتمدت بابوا غينيا الجديدة أيضا سياسة تهدف إلى توفير العلاج الوقائي المتقطع. وتوجد حاليا بيانات بشأن اعتماد هذا العلاج للحوامل في تسعة بلدان يبلغ عدد سكانها ما مجموعه ٢١٧ مليون نسمة، تم جمعها في إطار استقصاءات أجريت خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨. وفي الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨، تراوحت نسبة النساء اللائي تلقين جرعتين من العلاج خلال فترة الحمل بين ٣ في المائة في أنغولا و ٦٦ في المائة في زامبيا، وبلغ المتوسط المرجح نسبة ٢٠ في المائة.

ثامناً - تأثير برامج مكافحة في المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية

٥١ - في البلدان الأفريقية التي تعاني بشدة من وطأة هذا الوباء والتي حققت مستويات تغطية عالية لسكانها بالناموسيات وبرامج العلاج، انخفضت حالات الإصابة بالملاريا والوفيات المبلغ عنها بأكثر من ٥٠ في المائة في أربعة بلدان (إريتريا ورواندا وزامبيا وسان تومي وبرينسيبي) وفي منطقة واحدة (زنجبار، بجمهورية تنزانيا المتحدة). وفي سان تومي

وبرينسيبي وزنجبار، انخفضت حالات الإصابة بالمalaria والوفيات الناجمة عنها بعد مضي فترة تتراوح بين سنتين وثلاث سنوات من الاستخدام الواسع النطاق للرش الموضعي للأماكن المغلقة والناموسيات المعالجة بمبيد حشري طويل المفعول والعلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين. وفي رواندا، لم يلاحظ حدوث انخفاض في حالات الإصابة إلا بعد استخدام الناموسيات المعالجة بمبيد حشري طويل المفعول والعلاجات المركبة المكونة أساسا من الأرتيميسينين.

٥٢ - وانخفض عدد الوفيات في صفوف المرضى في المستشفيات لجميع الأسباب بنسبة ٥٣ في المائة في سان تومي وبرينسيبي و ٥٧ في المائة في جزر زنجبار، جمهورية تنزانيا المتحدة، بعد تكثيف جهود مكافحة المalaria. وفي زامبيا، انخفض معدل وفيات الأطفال لجميع الأسباب بنسبة ٣٥ في المائة، حسب عدد الوفيات المسجلة في المرافق الصحية ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة المحدد من خلال الاستقصاء الديمغرافي والصحي لعام ٢٠٠٧. وإذا ما تأكدت هذه الاتجاهات في البلدان غير الجزرية، فإن ذلك يعني أن تكثيف جهود مكافحة المalaria يمكن أن يساعد العديد من البلدان الأفريقية على تحقيق هدف تخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين، بحلول عام ٢٠١٥، وفقا للهدف ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية.

٥٣ - ولعل تأثيرات مماثلة قد طالت البلدان الأفريقية الأخرى التي تعاني بشدة من وطأة المalaria، إلا أن التغيرات في معدلات الاعتلال والوفيات لم تظهر بوضوح، ويعزى ذلك، إلى حد كبير، إلى عدم تطور نظم رصد الأمراض بالقدر الكافي للكشف عن التغيرات. واستنادا إلى عدد الناموسيات المعالجة بمبيد حشري الموزعة على ٣٥ بلدا أفريقيا، تشير التقديرات إلى أنه قد تم إنقاذ حياة أكثر من ٥٦٠ ٠٠٠ شخص بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٩ ومعظمهم منذ عام ٢٠٠٦.

٥٤ - وشهدت خمسة بلدان من أصل البلدان الأفريقية الستة ذات معدلات العدوى المتدنية (بوتسوانا وجنوب أفريقيا والرأس الأخضر وسوازيلند وناميبيا) انخفاضا يفوق ٥٠ في المائة في حالات الإصابة المؤكدة بالمalaria والوفيات الناجمة عنها المبلغ عنها بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨. ويبدو أن الانخفاض في الحالات أصبح مستقرا حيث ظل يتراوح بين ١٠ و ٢٥ في المائة من الأرقام المسجلة في عام ٢٠٠٠. وهناك أدلة على أن لكافة هذه البلدان أنشطة برنامجية لمكافحة المalaria على نطاق واسع، إلا أنه يُحتمل أن الجفاف الذي تعرضت له جنوب أفريقيا وزمبابوي وسوازيلند وناميبيا، بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٣، قد ساهم أيضا في انخفاض عدد الإصابات في البداية. ولا يمكن معرفة ما إذا كان عدد الحالات

في ارتفاع أو مستقرا أو في انخفاض في البلد المتبقي من مجموعة البلدان ذات معدلات العدوى المتدنية، وهو زمبابوي، ولكن يبدو أن الأنشطة الوقائية تغطي أكثر من ٥٠ في المائة من السكان الأكثر عرضة للإصابة في عام ٢٠٠٨.

تاسعا - تأثير برامج مكافحة في المناطق الأخرى لمنظمة الصحة العالمية

٥٥ - انخفض عدد الحالات المبلغ عنها في منطقة الأمريكتين من ١,١٤ مليون في عام ٢٠٠٠ إلى ٥٥٧ ٠٠٠ في عام ٢٠٠٨. وتم الإبلاغ عن حدوث انخفاض بأكثر من ٥٠ في المائة في ١١ بلدا (الأرجنتين وإكوادور وباراغواي وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات) والسلفادور وسورينام وغواتيمالا وغيانا والمكسيك ونيكاراغوا وهندوراس). ودخلت أربعة من هذه البلدان (الأرجنتين وباراغواي والسلفادور والمكسيك) مرحلة القضاء على الملاريا أو مرحلة ما قبل القضاء عليها، وهي تقوم بمتابعة نشطة لحالات الإصابة المشتبه فيها، وهناك أدلة على أن أربعة بلدان أخرى (سورينام وغواتيمالا وغيانا ونيكاراغوا) بصدد تنفيذ أنشطة مكافحة على نطاق واسع لفائدة السكان المعرضين للإصابة بالملاريا. وسجلت ثلاثة من هذه البلدان (سورينام وغيانا ونيكاراغوا) معدلات سنوية مرتفعة لتحليل الدم، مما يدل على توافر فرص جيدة للحصول على علاج الملاريا. وأبلغت خمسة بلدان (البرازيل وبنما وبيرو وكوستاريكا وكولومبيا) عن تقلبات في عدد الحالات بين عام ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨ قد تكون مرتبطة بالانخفاض المسجل في السنوات الأخيرة. وقامت البرازيل بتوسيع نطاق إتاحة التشخيص والعلاج بشكل كبير عن طريق شبكة من العاملين في مجال الصحة يفوق عدد أفرادها ٤٠ ٠٠٠ عامل، يقدمون الخدمات إلى فرادى الأسر المعيشية. ولم يطرأ تغير يُذكر على عدد الحالات المؤكدة في غويانا الفرنسية بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨. وأبلغت ثلاثة بلدان عن حدوث زيادة في أعداد الحالات بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨ (الجمهورية الدومينيكية وفنزويلا (جمهورية - البوليفارية) وهايتي) برغم أن الزيادة في هايتي كانت ناتجة عن الارتفاع في المعدلات السنوية لتحليل الدم. ولم تقدّم بلير أي معلومات. وخلاصة القول إن ثمانية بلدان (الأرجنتين وباراغواي والسلفادور وسورينام وغواتيمالا وغيانا والمكسيك ونيكاراغوا) سجلت انخفاضا في عدد الحالات بنسبة تفوق ٥٠ في المائة، نتيجة للأنشطة البرنامجية المكثفة لمكافحة الملاريا.

٥٦ - وشهدت خمسة بلدان في منطقة جنوب شرق آسيا (بوتان وتايلند وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وسري لانكا ونيبال) انخفاضا بنسبة تفوق ٥٠ في المائة في عدد الحالات المبلغ عنها بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨. وسجلّ بلد واحد (الهند) انخفاضا فاقت نسبته ٢٥ في المائة دون أن تصل إلى ٥٠ في المائة. وثمة أدلة على تنفيذ تدخلات لمكافحة الملاريا

على نطاق واسع في بلدين اثنين من البلدان التي سجلت انخفاضا في عدد الحالات (بوتان وتايلند)، رغم أن نسبة الانخفاض في تايلند استقرت في سنة ٢٠٠٦، حيث تراجع عدد الأشخاص الذين يُحتمل أنهم استفادوا من برامج الوقاية من الملاريا. ويقوم بلدان في مرحلة ما قبل القضاء على الملاريا (جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وسري لانكا). بمتابعة جميع الحالات المشتبه فيها عن كثب. واتضح أن نطاق التدخلات الوقائية ضيق في الهند ونيبال، حيث يغطي أقل من ٥٠ في المائة من السكان الأكثر عرضة للإصابة. ولم تبلغ بقية البلدان الموبوءة بالملاريا (إندونيسيا وبنغلاديش وتيمور - ليشتي وميانمار) عن حدوث أي تغيير أو زيادة في عدد الحالات، ويبدو أن حجم أنشطة المراقبة ضئيل مقارنة بمجموع السكان المعرضين للإصابة. وخلاصة القول، لقد سجلت أربعة بلدان (بوتان وتايلند وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وسري لانكا) انخفاضا في حالات الإصابة بالملاريا اقترن بالأنشطة البرنامجية لمكافحة الملاريا، رغم استقرار نسبة الانخفاض في تايلند على ما يبدو في الفترة ما بين ٢٠٠٦ و ٢٠٠٨.

٥٧ - وسجل عدد حالات الإصابة بالملاريا المبلغ عنها في منطقة أوروبا انخفاضا كبيرا، حيث هبط من ٤٧٤ ٣٢ في عام ٢٠٠٠ إلى ٢٨٥ في عام ٢٠٠٩. ويجري تنفيذ أنشطة مراقبة مكثفة في مختلف أنحاء المنطقة. ويشكل الرش الموضعي للأماكن المغلقة الوسيلة الرئيسية لمكافحة ناقلات الأمراض، مع تعزيز مفعوله باستخدام أسمك القمبوزيا المتعدية باليرقات في مناطق زراعة الأرز، والكشف السلي والإيجابي عن الحالات، والتعاون المشترك بين البلدان في المناطق الحدودية المتضررة؛ وفي عام ٢٠٠٥، أيدت جميع البلدان التسعة المتضررة من الملاريا في منطقة أوروبا إعلان طشقند، الذي يهدف إلى وقف انتقال الملاريا بحلول عام ٢٠١٥ والقضاء على هذا المرض في المنطقة. وتم الإبلاغ عن آخر حالي عدوى محلية للملاريا الناجمة عن طفيل البلازموذ المنجلي في طاجيكستان في عام ٢٠٠٨. وإذا لم يتم الإبلاغ عن حالات إضافية في المنطقة، ستكون سنة ٢٠٠٩ سنة القضاء على هذا النوع من الملاريا هناك. وخلاصة القول إن جميع البلدان الموبوءة بالملاريا في منطقة أوروبا لديها برامج فعالة لمكافحة الملاريا، وقد أبلغت عن حدوث انخفاض مستمر في عدد الحالات بأكثر من ٥٠ في المائة.

٥٨ - وأبلغت أربعة بلدان (أفغانستان وإيران (جمهورية - الإسلامية) والعراق والمملكة العربية السعودية) تقع في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط عن اتجاهات نحو الانخفاض في عدد الإصابات بالملاريا. وهناك أدلة على أنشطة مكافحة مكثفة في إيران (جمهورية - الإسلامية) والعراق والمملكة العربية السعودية، التي تُصنّف على أنها في مرحلة القضاء على الملاريا أو مرحلة ما قبل القضاء عليها. ولم تسجل بلدان أخرى في المنطقة (باكستان

وجيبوتي والسودان والصومال واليمن) انخفاضاً مطرداً في عدد الحالات رغم أن السودان قد وسّع نطاق تغطية أنشطته الوقائية في مجال مكافحة الملاريا لتشمل أكثر من ٥٠ في المائة من السكان المعرضين للإصابة بالملاريا. وخلاصة القول إن هناك أدلة على حدوث انخفاض مطرد في عدد الحالات في ثلاثة بلدان (إيران (جمهورية - الإسلامية) والعراق والمملكة العربية السعودية) نتيجة لتنفيذ أنشطة مكافحة الملاريا على نطاق واسع.

٥٩ - وأبلغت ثلاثة بلدان (جمهورية كوريا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفيت نام) عن حدوث انخفاض في عدد الحالات المؤكدة فاقت نسبته ٥٠ في المائة بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨، وأبلغت ثلاثة بلدان (جزر سليمان وفانواتو وماليزيا) عن حدوث انخفاض فاقت نسبته ٢٥ في المائة خلال الفترة نفسها. وفي هذه البلدان الستة جميعاً، هناك أدلة على تنفيذ أنشطة لمكافحة الملاريا على نطاق واسع. وليس هناك أي دليل على تسجيل انخفاض مطرد في عدد الحالات في بابوا غينيا الجديدة أو الصين أو الفلبين أو كمبوديا. وهناك أدلة على زيادة الأنشطة الوقائية أو العلاجية في جميع هذه البلدان، ولا سيما في الفلبين، لكن ذلك قد يعزى إلى أن هذه الأنشطة نُفذت في الآونة الأخيرة جداً فلم يتسن تلمس آثارها، أو أن نقاط الضعف في نظم المراقبة حالت دون الكشف عن التغيرات. وخلاصة القول إن هناك أدلة على حدوث انخفاض مطرد في عدد الحالات في ستة بلدان (جزر سليمان وجمهورية كوريا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفانواتو وفيت نام وماليزيا) نتيجة لتنفيذ أنشطة مكافحة الملاريا على نطاق واسع.

عاشراً - القضاء على الملاريا

٦٠ - تشجع منظمة الصحة العالمية البلدان الواقعة في مناطق تتسم بانخفاض معدلات العدوى وعدم استقرارها على الشروع في القضاء على الملاريا (وقف العدوى)^(٢). وتشمل الشروط التي يجب استيفاؤها قبل تحقيق هدف القضاء على الملاريا بشكل دائم في هذه الأماكن وجود نظام صحي يوفر تغطية على المستوى الوطني عبر تقديم خدمات ذات نوعية

(٢) القضاء على الملاريا: يجب وقف العدوى المحلية بالملاريا التي ينقلها البعوض؛ والتخفيض إلى مستوى الصفر لحالات العدوى التي تتسبب فيها طفيليات الملاريا البشرية في منطقة جغرافية محددة نتيجة لجهود مدروسة؛ ومواصلة التدابير الهادفة إلى منع عودة انتقال الملاريا. شهادة القضاء على الملاريا: تمنح منظمة الصحة العالمية هذه الشهادة بعد الإثبات دون أي شك معقول أن السلسلة المحلية لانتقال الملاريا البشرية عن طريق البعوض الأجمي (الأنوفيليس) قد توقفت تماماً في بلد بأكمله لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات متوالية. استئصال الملاريا: التخفيض الدائم إلى مستوى الصفر لحالات العدوى على نطاق العالم الناجمة عن عامل محدد؛ وينطبق ذلك على أنواع معينة من طفيليات الملاريا. ولن تكون هناك حاجة لتدابير تدخل إذا تم استئصال هذا الوباء.

خاضعة للمراقبة، من بينها الرصد. وفي المناطق ذات معدلات العدوى المرتفعة والمستقرة، حيث تكون إمكانات نقل المرض عالية على نحو مستمر، كما هو الحال في مناطق عديدة من أفريقيا المدارية، من المستبعد الوصول إلى حالة الخلو من الملاريا بشكل دائم بالنظر إلى أدوات مكافحة الملاريا المتوفرة حالياً.

٦١ - وتنفذ عشرة بلدان (أذربيجان، وأوزبكستان، وتركيا، والجزائر، وجمهورية كوريا، وجورجيا، وطاجيكستان، والعراق، وقيرغيزستان، والمملكة العربية السعودية) برامج للقضاء على الملاريا على المستوى الوطني. والمملكة العربية السعودية هي البلد الوحيد ضمن تلك البلدان الذي لا يزال يوجد فيه انتقال فعلي للملاريا بواسطة طفيل البلازموذ المنجلي، والذي يقع خارج منطقة البلياركتيكا. وأبلغت أربعة بلدان (أوزبكستان، والجزائر، وجورجيا، والعراق) عن أقل من ١٠ حالات سنوياً على الصعيد الوطني، وأبلغ بلدان آخران عن أقل من ١٠٠ حالة سنوياً.

٦٢ - وهناك ثمانية بلدان (الأرجنتين، وإيران (جمهورية - الإسلامية) وباراغواي، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وسري لانكا، والسلفادور، وماليزيا، والمكسيك) في مرحلة ما قبل القضاء على الملاريا، وهي تمضي قدماً لاعتماد نهج للقضاء عليها على المستوى الوطني.

٦٣ - وفي الآونة الأخيرة، أوقفت ثمانية بلدان أخرى انتقال العدوى. وحدثت حالات جديدة لتفشي انتقال العدوى محلياً في السنوات الأخيرة في كل من الاتحاد الروسي، وجامايكا، وجزر البهاما، كما حدثت في عمان بعد غياب استمر لثلاث سنوات. وإلى جانب الجمهورية العربية السورية (حيث أبلغ عن آخر حالة محلية في عام ٢٠٠٤)، وأرمينيا وتركمانستان (أبلغ عن آخر حالات محلية في عام ٢٠٠٥) ومصر، تشكل هذه البلدان مجموعة البلدان التي تسعى إلى منع عودة انتقال العدوى. وتحقيقاً لهذه الغاية، فإن لنظم الرقابة القوية أهمية حاسمة.

٦٤ - وفي أيار/مايو ٢٠١٠، أصبح المغرب ثاني بلد في التاريخ الحديث الذي تمنحه منظمة الصحة العالمية شهادة تثبت القضاء على الملاريا، ومُنحت الإمارات العربية المتحدة شهادة القضاء على الملاريا في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٧. وأبلغ المغرب عن حالة لانتقال عدوى الملاريا بواسطة البلازموذ النشط في عام ٢٠٠٤. وقد بدأت كل من تركمانستان وأرمينيا عملية الحصول على شهادة القضاء على الملاريا.

٦٥ - وتنفذ حالياً ثمانية بلدان في المجتمع الإنمائي للجنوب الأفريقي نهجاً عابراً للحدود للقضاء على الملاريا في المنطقة. وتشمل المبادرة المعنونة "القضاء على الملاريا ٨" أنغولا،

وبوتسوانا، وجنوب أفريقيا، وزامبيا، وزمبابوي، وسوازيلند، وموزامبيق، وناميبيا، وتدعمها منظمة الصحة العالمية وشراكة دحر الملاريا وجامعة كاليفورنيا، سان فرانسيسكو.

حادي عشر - الموجز والتوصيات

٦٦ - يتواصل التقدم نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بمكافحة الملاريا، التي حددتها جمعية الصحة العالمية وشراكة دحر الملاريا، بما في ذلك خفض عبء الملاريا المسجل في عام ٢٠٠٠ إلى النصف بحلول نهاية عام ٢٠١٠. ومما يبعث على التشجيع بصفة خاصة زيادة توافر الناموسيات المعالجة بمبيد حشري طويل المفعول. ففي أفريقيا وحدها، وُزعت ٢٤٠ مليون ناموسية بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٩. وبالاقتراح مع التطبيق الموجه للرش الموضعي للأماكن المغلقة والزيادة المتواضعة في فرص الحصول على العلاج المركب المكون أساسا من الأرتيميسينين، بدأت هذه الجهود تؤتي ثمارها.

٦٧ - وفي البلدان التي زادت فيها تدخلات مكافحة الملاريا، لم تشهد معدلات الإصابة بالملاريا، والعلاج في المستشفيات، وحالات الوفاة انخفاضا كبيرا فحسب، بل إن معدلات وفيات الأطفال الإجمالية تشهد أيضا انخفاضا شديدا. وأظهرت البيانات الوطنية لمراقبة الأمراض الواردة من إريتريا، وزنجبار بجمهورية تنزانيا المتحدة، ورواندا، وزامبيا، وسان تومي وبرينسيبي، حدوث انخفاض فاقت نسبته ٥٠ في المائة من عدد حالات الإصابة بالملاريا والوفيات من جرائها في المرافق الصحية، وذلك عقب تسريع التدخلات لمكافحة الملاريا. وفي سان تومي وبرينسيبي وزنجبار، تمثلت هذه المكاسب في حدوث انخفاض فاقت نسبته ٥٠ في المائة في حالات الإقامة في المستشفى والوفيات لجميع الأسباب فيما يتعلق بالأطفال دون سن الخامسة. وفي زامبيا، انخفضت بنسبة ٣٥ في المائة معدلات وفيات الأطفال لجميع الأسباب، مقيسة بعدد حالات الوفاة المسجلة في المرافق الصحية وبمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة التي جرى تحديدها عن طريق الاستقصاء الديمغرافي والصحي لعام ٢٠٠٧. ويمثل حجم تلك الانخفاضات ما توصلت إليه دراسة أجريت مؤخرا في جزيرة بيوكو، غينيا الاستوائية، التي انخفضت فيها وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى نسبة السكان بنسبة ٦٦ في المائة بحلول العام الرابع من بدء الأنشطة المكثفة لمكافحة الملاريا. وتلك أدلة على أن الأنشطة المكثفة لمكافحة الملاريا يمكن أن تقوم بدور هام في مساعدة البلدان الأفريقية على بلوغ الهدف ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية، المتمثل في تخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلث بحلول عام ٢٠١٥.

٦٨ - وعلاوة على ذلك، سُجل انخفاض بما يزيد عن ٥٠ في المائة في عدد حالات الإصابة بالمalaria المؤكدة المبلغ عنها، وذلك في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨، في ٢٩ بلداً من أصل ٥٦ بلداً تتوطن فيها malaria خارج أفريقيا، وفي ٥ من ٦ بلدان أفريقية يخف فيها عبء malaria. ولوحظت في خمسة بلدان أخرى اتجاهات نحو الانخفاض بنسبة تزيد عن ٢٥ في المائة، وأظهرت معظمها معدلات انخفاض تزيد عن ٥٠ في المائة. وتنفذ عشرة بلدان برامج للقضاء على malaria على المستوى الوطني، بينما تمر ثمانية بلدان بمرحلة ما قبل القضاء على malaria. واستطاعت مؤخراً ثمانية بلدان أخرى وقف انتقال المرض، وهي في مرحلة منع إعادة ظهور malaria. وفي أيار/مايو ٢٠١٠، أصبح المغرب ثاني بلد في التاريخ الحديث يحصل على شهادة من منظمة الصحة العالمية تثبت القضاء على malaria.

٦٩ - ويبدو أن للكميات الضخمة من المساعدات الخارجية لمكافحة malaria تأثير على مكافحة malaria. فالبلدان التي حصلت في الفترة بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٧ على أكثر من ٧ دولارات من المساعدات الخارجية لكل شخص عرضة للإصابة بالمرض كانت هي الأكثر احتمالاً أن تبلغ عن انخفاض عدد حالات الإصابة بالمalaria منذ عام ٢٠٠٠ مقارنة بالبلدان التي تحصل على ٦ دولارات أو أقل. وبرغم ضآلة عدد البلدان (١٠ فقط) التي تحصل على هذه المستويات العالية من المساعدة، فإن هذه الملاحظة تدل على أن المستويات العالية للمساعدة الخارجية لكل شخص معرض للإصابة بالمalaria ترتبط بانخفاض حالات المرض.

٧٠ - ورغم أن هذه النتائج تبعث الأمل، فمن البديهي أن التقدم المحرز اعترته بعض أوجه القصور. فقد كان هناك قرابة ٧٠ في المائة من الأسر المعيشية في أفريقيا التي لم تكن تملك في عام ٢٠٠٨ حتى ناموسية واحدة من الناموسيات المعالجة بمبيد حشري طويل المفعول، وكان ثلاثة أرباع الأطفال دون سن الخامسة لا يستخدمون تلك الناموسيات. وتأثرت تلك النتائج بقلّة امتلاك الناموسيات في العديد من البلدان الأفريقية الكبيرة، التي لم تبدأ إلا الآن في إتاحة مزيد من الموارد. ولا يزال استخدام الناموسيات المعالجة بمبيد حشري طويل المفعول قليلاً جداً في معظم البلدان الأفريقية؛ وفي ١١ من ١٣ بلداً أُجريت فيها دراسة استقصائية خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨، تلقى أقل من ١٥ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة هذا النوع من العلاج، وهي نسبة تقل كثيراً عن هدف ٨٠ في المائة الذي حددته جمعية الصحة العالمية.

٧١ - وفي خارج أفريقيا، شكّلت البلدان التي حققت انخفاضاً فاقت نسبته ٥٠ في المائة من عدد الحالات، ما نسبته ٤ في المائة فقط من مجموع عدد الحالات المقدّر خارج أفريقيا في عام ٢٠٠٦ (٨٥٠.٠٠٠ حالة من أصل عدد يقدر بـ ٣٤ مليون حالة). وحققت البلدان التي تنوء بأثقل أعباء الملاريا في كل منطقة (بما في ذلك إندونيسيا، وبابوا - غينيا الجديدة، وباكستان، والبرازيل، وبنغلاديش، والسودان، وكمبوديا، وكولومبيا، وميانمار) نجاحاً أقل في خفض أعداد حالات الملاريا فيها. وتدعو الحاجة إلى إيلاء قدر أكبر من الاهتمام لضمان تحقيق النجاح في البلدان الكبيرة التي لديها أكثر حالات الملاريا والوفيات من جرائها.

٧٢ - وفي حين ينبغي بذل الجهود لتحقيق التغطية الشاملة لجميع تدخلات مكافحة الملاريا والحفاظ عليها، فإن هناك حاجة خاصة لضمان استفادة الجميع من اختبارات تشخيص الملاريا. وكلما انخفض انتقال المرض، انخفضت كذلك نسبة حالات الحمى الناجمة عن الملاريا. وبمعالجة جميع حالات الحمى على أنها ملاريا، لا نكون فحسب قد أفرطنا في استخدام العلاج المركب المكون أساساً من الأرتيميسينين، بل نكون قد فشلنا أيضاً في تقديم الرعاية المناسبة للأشخاص الذين يعانون من الحمى الناجمة عن أمراض أخرى. وسيساعد توسيع نطاق استخدام اختبارات التشخيص السريع في الحد من الإفراط في علاج الحمى بوصفها ملاريا. ومع ذلك، فإن اختبارات الملاريا لا تكفي وحدها. وفي حالة عدم وجود اختبارات سريعة للأسباب الأخرى الشائعة للحمى، فإن توفير التدريب والإشراف لتعزيز مهارات التشخيص التفريقي لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية هو أمر أساسي. ومن الأساسي أيضاً توفير الأدوية المناسبة في مكان تقديم الرعاية لعلاج الملاريا وغيرها من الأمراض. وبدون ذلك، فمن الممكن أن المرضى الذين كانت نتائج اختباراتهم سلبية سيعطون أدوية مضادة للملاريا.

٧٣ - وهناك حاجة أيضاً إلى تطبيق نظم المراقبة الروتينية التي توفر معلومات في حينها بشأن التقدم المحرز نتيجة للبرامج. ويتيح رفع مستوى اختبارات التشخيص العالمية فرصة غير مسبوقة لتعزيز نظم مراقبة الملاريا، وهي ذات أهمية حاسمة لا في توثيق الآثار فحسب، بل أيضاً في تحديد البؤر المتبقية لانتقال الملاريا والمناطق التي عادت للظهور فيها. وفي البلدان التي انخفض فيها انتقال الملاريا انخفاضاً حاداً، فإن المناعة ضد المرض ستقل، مما سينتج عنه خطر عودة ظهور المرض. وبدون الإبلاغ في الوقت المناسب عن الحالات المؤكدة، لن يتسنى الكشف عن عودة ظهور المرض أو التصدي له على الفور. ومن المحتمل أن تكون الخسائر في الأرواح من جراء حالات تفشي المرض كبيرة في البلدان التي لم تتأهب لها. ومن ثم فإن الارتقاء بمستوى اختبارات التشخيص والمراقبة أهمية حاسمة

بصفة خاصة في البلدان التي تنظر في إعادة توجيه برامج المراقبة الخاصة بها نحو القضاء على الملاريا.

٧٤ - وظهرت في آسيا حالات مقاومة لعلاجات الأرتيميسينين، وفي حالة فشل الجهود المبذولة لاحتوائها، فثمة احتمالات كبيرة أن تنتشر في نهاية المطاف غربا نحو أفريقيا وما بعدها. ومن اللازم أن تضاعف البلدان جهودها المبذولة على الصعيد العالمي لوقف تسويق الأرتيميسينين الفموي واستخدامه وحده، حيث يعتقد أنه المساهم الرئيسي في ظهور حالات مقاومة الأرتيميسينين وانتشارها. ومن اللازم إتاحة العلاجات المركبة ذات الجودة العالية في المرافق الصحية العامة والخاصة على حد سواء وبأسعار مناسبة. وبغية كفاءة الاكتشاف الفوري للمقاومة، نحتاج إلى ضمان إجراء دراسات روتينية لنجاعة الأدوية، يعالج مرضى الملاريا خلالها بالأدوية المضادة للملاريا الموصى بها ويراقبون لمدة ٦٣ يوما لتحديد النجاح أو الفشل.

٧٥ - وتنتشر الأدوية ذات النوعية الرديئة والمزيفة على نطاق واسع، ولا سيما في القطاع الخاص، وهذه الأدوية لا تعرض للخطر حياة فرادى المرضى فحسب، حيث يجوز ألا يحصلوا على علاج الملاريا المناسب، بل يحتمل أن تزيد أيضا من المقاومة للأدوية المضادة للملاريا. فمن اللازم أن يزيد المجتمع العالمي من الدعم المقدم إلى السلطات الوطنية المعنية بمراقبة الأدوية كي يتسنى لها بناء قدراتها على اكتشاف الأدوية المزيفة وذات النوعية المتدنية وإنفاذ الأنظمة القائمة عن طريق إزالة هذه المنتجات من الأسواق.

٧٦ - وهناك عدد من المسائل المتعلقة بجودة العلاج المركب المكون أساسا من الأرتيميسينين، ومن المسلم به على نطاق واسع أن خدمات الفحص الجهري للملاريا كثيرا ما تتسم بالضعف. وستحتاج البلدان إلى المزيد من المساعدة في مجال مراقبة جودة اختبارات التشخيص قبل تسويقها (عن طريق تقييم الأداء وجودة التصنيع)، وفي مجال الاختبار الروتيني لجودة الدفعات، وكذلك ضمان الجودة ومراقبة الجودة في إطار برامج مكافحة الوطنية.

٧٧ - وبرغم الأهمية الحاسمة للعاملين في مجال الرعاية الصحية في مكافحة الملاريا، فإنهم لن يحققوا أي نجاح دون مشاركة المجتمع المحلي، وينبغي لوزارات الصحة أن تنظر للمجتمعات المحلية بوصفها مشاركا نشطا في برامج مكافحة الملاريا، وأن تعمل على تشجيعها على السيطرة على أكبر قدر ممكن من جوانب هذه البرامج، بما في ذلك كفاءة أن ينام كل شخص كل ليلة تحت ناموسية معالجة بمبيد حشري؛ وتوفير الإدارة المجتمعية للحملات؛ وجمع البيانات من أجل اتخاذ الإجراءات محليا ومد النظام الوطني لرصد الملاريا

بها. وإذا ما جرى تعزيز قدرات المجتمعات المحلية لتتجاوز موقع الصدارة في مكافحة الملاريا، بدلا من أن ينظر إليها ببساطة بوصفها مستخدما نهائيا للسلع والخدمات، فلن تضعف الإرادة السياسية لمكافحة الملاريا حتى وإن ضعف التمويل المقدم من الجهات المانحة.

٧٨ - وفي حين أنه لا يمكن الاستهانة بالحاجة إلى استمرار تدفق الموارد المالية، الموجهة إلى البلدان والبرامج ذات الأولوية، فإن هناك موضوعا واحدا يتخلل مجالات العمل هذه كافة، وهو: وجوب تعزيز قدرة وزارات الصحة على تقديم خدمات فعالة لمكافحة الملاريا. ومن المحتمل أن تزول سريعا المكاسب التي تحققت من زيادة الاستثمار ما لم تبق الوزارات هي مركز الثقل وتستفد من تعزيز قدراتها وتحصل على ما يلزم من الاستثمار الطويل الأجل في الموارد البشرية على جميع مستويات النظام (الوطني، ومستوى المحافظات، والمقاطعات والمجتمعات المحلية) لإدارة البرامج التي ما فتئت تزداد تعقيدا. ومن الأهمية بمكان تنسيق مساهمات الجهات المانحة مع البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا على نحو جيد، وربط تمويل سلع مكافحة الملاريا ربطا وثيقا ببناء القدرات بحق، بما في ذلك تقديم المساعدة التقنية في الأجل الطويل والتدريب المكثف للموظفين على جميع مستويات النظام الصحي. وفي الوقت نفسه، ينبغي حث حكومات البلدان التي تتوطن فيها الملاريا على توفير الاستثمارات اللازمة في مجال الموارد البشرية لضمان النجاح على المدى الطويل. وفي الختام، يمكن لمكافحة الملاريا أن تسهم في تعزيز النظم الصحية وأن تستفيد منها على السواء.