الأمم المتحدة

A/63/219

الجمعية العامة

Distr.: General
4 August 2008
Arabic
Original: English

الدورة الثالثة والستون

البند ٤٦ 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 عملا بقرار الجمعية العامة ٦٢/١٨٠.

موجز

يسلط هذا التقرير الضوء على التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بالملاريا المقرر بلوغها بحلول عام ٢٠١٠ في سياق قرار الجمعية العامة ٦٢/١٨٠. ويستند التقرير إلى البيانات المجمعة لأغراض إعداد تقرير عام ٢٠٠٨ عن الملاريا في العالم، الذي سيصدر في أواخر أيلول/سبتمبر ٢٠٠٨. ويقدم التقرير تحليلا أوليا لبيانات بُلغت إلى منظمة الصحة العالمية في أواخر عام ٢٠٠٧ وبيانات إضافية جُمعت من خلال دراسات استقصائية، وعلى رأسها استقصاءات ديمغرافية وصحية واستقصاءات عنقودية متعددة المؤشرات واستقصاءات مؤشر الملاريا. ويقدم التقرير أيضا بعض استنتاجات وتوصيات كي تنظر فيها الجمعية العامة.

* A/63/150.

140808 140808 08-45016 (A)

وبدأ تزايد التمويل وتوافر المنتجات الأساسية للوقاية من الملاريا وعلاجها في منطقة أفريقيا في عام ٢٠٠٥ وتسارع هذا التزايد في عام ٢٠٠٦. ووفقا لبيانات عام ٢٠٠٦ المستقاة من البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا، أُنفق ما مجموعه ٦٨٨ مليون دولار من دولارات الولايات المتحدة على الملاريا في المنطقة الأفريقية في عام ٢٠٠٦. ومن المؤكد أن هذا التقدير أقل من المبلغ الحقيقي لأن البلدان التي قدمت بيانات مالية، هي ٢٦ بلدا فقط، من أصل ٤٥ بلدا.

وحُددت أهداف استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات والاستخدام السريع والمناسب للأدوية المضادة للملاريا واستخدام العلاج الوقائي المتقطع بين الحوامل في أفريقيا بنسبة ٨٠ في المائة أو أكثر. وكان متوسط استخدام الناموسيات المعالجة في ١٨ من البلدان المشمولة بدراسات استقصائية في عام ٢٠٠٦ أقل بكثير من الهدف المحدد بـ ٨٠ في المائة: حيث بلغت نسبة المنازل التي كانت تملك ناموسيات معالجة بالمبيدات ٣٤ في المائة واحتمى ٢٣ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة و ٢٧ في المائة من النساء الحوامل بناموسيات معالجة عند النوم. وبالرغم من أن هذه النسب أقل بكثير من هدف عام ٢٠١٠، فإنها أعلى بكثير من النسب المسجّلة في السنوات السابقة وتمثل إنجازا هاما.

ومن ضمن ١٨ دراسة استقصائية وطنية للأسر المعيشية أُجريت في منطقة أفريقيا في عام ٢٠٠٦، سُجلت نسبة عالية من مالكي ومستخدمي الناموسيات المعالجة بالمبيدات، بما في ذلك الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل، في كل من إثيوبيا وزامبيا وسان تومي وبرينسيبي والنيجر.

وفيما بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٦، أفادت تقارير البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا في أفريقيا بحدوث زيادات كبيرة في عدد مجموعات جرعات الأدوية المضادة للملاريا المقدمة عن طريق خدمات الصحة العامة. وبصفة خاصة، زاد صرف العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين من ٦ ملايين جرعة في عام ٢٠٠٥ إلى ٤٥ مليون جرعة في عام ٢٠٠٦. ويحتمل أن هذه الأرقام تقدر الاستخدام بأقل من اللازم ولا يُعرف على وجه الدقة حجم استهلاك ذلك العلاج القائم على مادة أرتيميسين.

وفي عام ٢٠٠٦، بلغ متوسط نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يتلقون أي نوع من العلاج المضاد للملاريا لإصابتهم بالحمى في الأسبوعين الماضيين ٣٨ في المائة. وكانت نسبة استخدام العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين أدنى بكثير: حيث لم تتجاوز ٣ في المائة من الأطفال في المتوسط. وبالتالي، لا يزال هناك نقص كبير في إمكانيات الحصول على هذا العلاج.

واكتُشفت مؤخرا عند الحدود بين كمبوديا وتايلند طفيليات ملاريا بلاموديوم فالسيباروم التي تتسم بحساسية أقل لمواد الأرتيميسينين – مما ينذر بقرب مقاومتها لها، وتُبدي ناقلات الملاريا في عدة بلدان قدرا من المقاومة للبيريثرويدات. وبالتالي، فإن مواصلة رصد فعاليتها في الميدان واتخاذ تدابير للتخفيف من خطر المقاومة تعتبر من الأولويات في مجال مكافحة الملاريا.

ومن منظور أفريقي واسع، لم توجد أية أدلة على أن الملاريا قد تراجعت في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٦. لكن هناك سببين للتفاؤل. أولا، تضمنت البيانات المتاحة لمنظمة الصحة العالمية البيانات المجمعة حتى عام ٢٠٠٦ فقط؛ ومن غير المتوقع أن يظهر بحلول عام ٢٠٠٦ الأثر الكامل للزيادات السريعة في استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات والعلاجات المركبة أساسا من مادة أرتيميسينين المسجلة في عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧. وثانيا، أظهرت أربعة بلدان أو أجزاء من بلدان منخفضة الدخل انخفاضات حادة في معدل الإصابة بالملاريا بمجرد تحقيق تغطية عالية من حيث استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات والأدوية المضادة للملاريا (ورش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي في بعض الحالات). وفي إريتريا ورواندا وزنزبار، جمهورية تنزانيا المتحدة، وسان تومي وبرينسيبي، بدا أن الأعباء الناجمة عن الملاريا قد انخفضت بنسبة ٥٠ في المائة أو أكثر ما بين عام ٢٠٠٠ والفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٧، وبذلك تحققت أهداف الحد من الحالات المرضية. وسجلت ثلاثة بلدان أخرى ذات دخل أعلى (جنوب أفريقيا وسوازيلاند وناميبيا) انخفاضات هامة في حالات الملاريا المبلّغ عنها.

وفي داخل أفريقيا، ثمة احتمال معقول أن تظهر في عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ آثار الزيادة الكبيرة المسجلة في عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧ من حيث نسبة توافر منتجات الوقاية من الملاريا وعلاجها. وتعتزم منظمة الصحة العالمية تقديم تقرير عن هذه البيانات نحو منتصف عام ٢٠٠٩.

وفي مناطق خارج أفريقيا، انخفضت حالات الملاريا بنسبة ٥٠ في المائة على مدى الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٦ في ٢٢ بلدا على الأقل من أصل ٦٤ بلدا. وتشير بيانات المراقبة الروتينية إلى أن ٢٩ بلدا على الأقل من أصل ١٠٩ بلدان من شتى أنحاء العالم في طريقها لبلوغ الأهداف المحددة لخفض الأعباء الناجمة عن الملاريا بحلول عام ٢٠١٠.

أولا – المعلومات الأساسية والسياق

١ – يرتكز الجهد المتجدد المبذول لمكافحة الملاريا على نطاق العالم، مع المضي صوب القضاء عليها في بعض البلدان، على أحدث دفعة من الأدوات والأساليب الفعالة للوقاية والعلاج. ويتيح ظهور الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل والعلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين، إلى جانب تنشيط دعم رش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي، فرصة جديدة لمكافحة الملاريا على نطاق واسع.

٢ – ولتسريع وتيرة التقدم المحرز في مكافحة الملاريا، وضعت جمعية الصحة العالمية لعام ٢٠٠٥ أهدافا للتغطية تتمثل في بلوغ نسبة ٨٠ في المائة أو أكثر فيما يتعلق بأربعة إجراءات رئيسية: توفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات للأشخاص المعرضين للخطر؛ وتوفير الأدوية المناسبة المضادة للملاريا للمرضى الذين ثبتت أو تحتمل إصابتهم بالملاريا؛ ورش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي لصالح الأسر المعيشية المعرضة للخطر؛ وتقديم العلاج الوقائي المتقطع في حالات الحمل. وأشارت الجمعية كذلك إلى أنه نتيجة لهذه الإجراءات، يتوقع أن تنخفض حالات الملاريا والوفيات الناجمة عنها بنسبة ٥٠ في المائة أو أكثر بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠١٠ وبنسبة ٧٥ في المائة أو أكثر بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٥.

٣ – ويستخدم تقرير عام ٢٠٠٨ عن الملاريا في العالم بيانات مستمدة من المراقبة الروتينية (في نحو ١٠٠ بلد موبوء) واستقصاءات الأسر المعيشية (في نحو ٢٥ بلدا، معظمها في أفريقيا) لقياس الإنجازات التي تحققت حتى عام ٢٠٠٦، وحتى عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ فيما يتعلق ببعض جوانب مكافحة الملاريا. ويصف التقرير في خمسة فصول رئيسية و ٣٠ نبذة قطرية وسبعة مرفقات: (أ) العبء المقدر للمرض في ١٠٩ من البلدان والأقاليم التي وجدت فيها الملاريا في عام ٢٠٠٦، مع تناول كل منها على حدة؛ و (ب) السبل المتبعة في اعتماد السياسات والاستراتيجيات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية في مجال مكافحة الملاريا، حسب البلد والمنطقة وعلى الصعيد العالمي؛ و (ج) التقدم المحرز في تنفيذ تدابير المكافحة؛ و (د) مصادر تمويل مكافحة الملاريا؛ و (هـ) الأدلة المتاحة مؤخرا على أن الإجراءات كفيلة بخفض عدد الحالات والوفيات.

ثانيا – عبء الملاريا في عام ٢٠٠٦ حسب البلد والمنطقة وعلى الصعيد العالمي

٤ – يواجه نصف سكان العالم خطر الإصابة بالملاريا، وأسفر ما يناهز ٢٥٠ مليون حالة إصابة بالملاريا عن وفاة قرابة مليون شخص في عام ٢٠٠٦. وتعرض نحو ٣,٣ بلايين

شخص لخطر الإصابة بالملاريا في عام ٢٠٠٦. ومن هذا المجموع، تعرض ٢,١ بليون شخص لخطر قليل (ما يقدر بأقل من حالة واحدة من بين كل ٠٠٠ ١ من السكان) وكان ٩٧ في المائة منهم يعيشون في مناطق أخرى غير أفريقيا. وكان المعرضون لخطر شديد، وعددهم ١,٢ بليون شخص (حالة إصابة واحدة أو أكثر من بين كل ٠٠٠ ١ من السكان) يعيشون أساسا في منطقتي أفريقيا (٤٩ في المائة) وجنوب شرق آسيا (٣٧ في المائة) حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية.

٥ - وشهد عام ٢٠٠٦ نحو ٢٤٧ مليون حالة إصابة بالملاريا بهامش عدم تيقن واسع (ما بين ٥ و ٩٥ نقطة مئوية) يتراوح بين ١٨٩ مليون و ٣٢٧ مليون حالة. ومن مجموع هذه الحالات، سُجلت نسبة ٨٦ في المائة، أو ٢١٢ مليون (من ١٥٢ إلى ٢٨٧ مليون) حالة في منطقة أفريقيا. وتركزت نسبة ٨٠ في المائة من الحالات المسجلة في أفريقيا في ١٣ بلدا، ووُجد أكثر من نصف الحالات في إثيوبيا وجمهورية تترانيا المتحدة وجمهورية الكونغو الديمقراطية وكينيا ونيجيريا. ومن بين الحالات المسجّلة خارج منطقة أفريقيا حسب تصنيف منظمة الصحة العالمة، وُجدت نسبة ٨٠ في المائة في إندونيسيا وبابوا غينيا الجديدة وباكستان وبنغلاديش والسودان وميانمار والهند.

٦ - وسجلت نحو ٠٠٠ ٨٨١ (ما بين ٠٠٠ ٦١٠ و ٠٠٠ ٢١٢ ١) حالة وفاة بسبب الملاريا في عام ٢٠٠٦، منها ٩١ في المائة في أفريقيا (أي ٠٠٠ ٨٠١ حالة، ضمن هامش يتراوح بين ٠٠٠ ٥٢٠ و ٠٠٠ ١٢٦ ١) وكانت نسبة إصابة الأطفال دون الخامسة من العمر ٨٥ في المائة.

٧ - وتستند تقديرات معدلات الإصابة بالملاريا جزئيا إلى عدد الحالات والوفيات التي تبلغ عنها البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا. وهذه التقارير عن الحالات والوفيات أبعد ما تكون عن الاكتمال في معظم البلدان. وفي عام ٢٠٠٦، أبلغت برامج المكافحة الوطنية عما مجموعه ٩٤ مليون حالة ملاريا أو ٣٨ في المائة من العدد التقديري لحالات الإصابة على الصعيد العالمي. وكان يمكن أن تبلغ النسبة الحقيقية لحالات الإصابة بالملاريا التي كشفتها برامج المكافحة الوطنية أدنى من ٣٨ في المائة لأن الحالات المبلغ عنها في بعض البلدان تشمل المرضى الذين تم تشخيصهم سريريا لكنهم غير مصابين بالملاريا. وأبلغت برامج المكافحة الوطنية عن حدوث ٠٠٠ ٣٠١ حالة وفاة بسبب الملاريا أو ٣٤ في المائة من النسبة المقدرة للوفيات في العالم عام ٢٠٠٦.

ثالثا – سياسات واستراتيجيات مكافحة الملاريا

٨ – اعتمدت البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا العديد من السياسات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية والعلاج، لكن على نحو متفاوت فيما بين البلدان والمناطق. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٦، كانت جل بلدان المنطقة الأفريقية، وعددها ٤٥ بلدا، قد اعتمدت سياسة توفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات مجانا للأطفال والنساء الحوامل، لكن ١٦ فقط منها سعت إلى تغطية جميع الفئات العمرية المعرضة للخطر. وتستخدم هذه الناموسيات أيضا في نسبة عالية من بلدان منطقتي جنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ، لكن في بلدان قليلة نسبيا في باقي المناطق الثلاثة الأخرى حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية.

٩ – ويستخدم رش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي عموما في المناطق التي ترتفع فيها نسبة انتقال الملاريا. ويمثل أسلوب الرش هذا الطريقة الشائعة لمكافحة ناقلات المرض في المنطقة الأوروبية. ويُستخدم في عدد أقل من بلدان أفريقيا والأمريكتين وجنوب شرق آسيا، وبأقل درجة في منطقة غرب المحيط الهادئ.

١٠ – وبحلول حزيران/يونيه ٢٠٠٨، كانت جميع البلدان والأقاليم، عدا أربعة منها، في العالم كله قد اعتمدت العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين بوصفه خط العلاج الأول لملاريا بلازموديوم فالسيباروم. وكان العلاج المجاني بهذا الدواء متاحا في ٨ من أصل ١٠ بلدان في منطقة جنوب شرق آسيا، لكن في نسبة أصغر من البلدان في مناطق أخرى.

١١ – ويقتصر الاستخدام المنهجي للعلاج الوقائي المتقطع في حالات الحمل على المنطقة الأفريقية؛ ومن مجموع بلدان أفريقيا وعددها ٤٥ بلدا، اعتمد ٣٣ بلدا،، هذا العلاج بوصفه سياسة وطنية بحلول نهاية عام ٢٠٠٦.

١٢ – وتستند الإجراءات الحالية ذات الفعالية العالية إلى عنصرين كيميائيين أساسيين يتمثلان في مادة أرتيميسينين والمبيدات الحشرية الكيميائية، وكلاهما مهدد باستمرار من جراء خطر تطوير الطفيليات والبعوض للمقاومة. وقد اكتُشفت مؤخرا على الحدود بين كمبوديا وتايلند طفيليات ملاريا بلازموديوم فالسيباروم التي تتسم بحساسية أقل لمادة أرتيميسينين – مما قد ينذر بقرب مقاومتها لها، وتُظهر ناقلات الملاريا في عدة بلدان درجة ما من المقاومة للبيريثرويدات. وبالتالي، يُعتبر الرصد المستمر لفعاليتهما في الميدان واتخاذ إجراءات للتخفيف من خطر المقاومة من الأولويات في مجال مكافحة الملاريا.

رابعا – الوقاية من الملاريا

١٣ – على الرغم من حدوث زيادات كبيرة في إمدادات الناموسيات الواقية من البعوض، وخاصة الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل، لا يزال العدد المتاح من الناموسيات أدنى بكثير من الحاجة في معظم البلدان. وسُجلت بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٦ زيادات متواضعة في إمدادات الناموسيات التقليدية المعالجة بمبيدات الحشرات إلى البلدان في مناطق أفريقيا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ، وهي المناطق الثلاث التي تُستخدم فيها الناموسيات بصورة أكثر شيوعا. وفي المقابل، حدثت زيادة كبيرة في إمدادات الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل إلى بلدان المنطقة الأفريقية، حيث بلغت ٣٦ مليون ناموسية في عام ٢٠٠٦.

١٤ – بيد أن سجلات البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا بشأن إمدادات الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات تشير إلى أنه بحلول عام ٢٠٠٦، كان لدى ستة بلدان فقط في المنطقة الأفريقية ما يكفي من الناموسيات (الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، بما فيها تلك المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل) لتغطية ٥٠ في المائة على الأقل من الأشخاص المعرضين للخطر. وكانت هذه البلدان هي إثيوبيا وزامبيا وسان تومي وبرينسيبي وكينيا ومدغشقر والنيجر.

١٥ – ومن ضمن ١٨ دراسة استقصائية وطنية للأسر المعيشية أُجريت في منطقة أفريقيا في عام ٢٠٠٦، سُجلت نسبة عالية نسبيا من مالكي ومستخدمي الناموسيات المعالجة بالمبيدات (بما في ذلك الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل) في إثيوبيا وزامبيا وسان تومي وبرينسيبي والنيجر. وكانت نسبة أفراد الأسرة (من الأطفال والحوامل) الذين ناموا تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات أقل في العادة من نسبة الأسر المعيشية التي كانت تملك ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات. وكان هناك تفاوت واسع في عدد مالكي ومستخدمي الناموسيات المعالجة فيما بين البلدان: حيث تراوحت نسبة الأسر المعيشية المالكة لناموسية واحدة على الأقل بين ٦ في المائة في كوت ديفوار و ٦٥ في المائة في النيجر. وكان متوسط التغطية من حيث توفير الناموسيات المعالجة في سائر البلدان الثمانية عشر المشمولة بالدراسات الاستقصائية أدنى بكثير من الهدف المحدد بنسبة ٨٠ في المائة: حيث كانت نسبة ٣٤ في المائة من الأسر المعيشية تملك ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات وكانت نسبة مستخدمي الناموسيات المعالجة بالمبيدات عند النوم ٢٣ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة من العمر و ٢٧ في المائة من النساء الحوامل.

١٦ - وفي مناطق أخرى غير أفريقيا، تستهدف حملات توفير الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات السكان المعرضين للخطر الشديد عادة. وفي حين لا يُعرف حجم هؤلاء السكان المستهدفين، تشير البيانات المستقاة من البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا إلى بلوغ تغطية عالية نسبيا (تتجاوز ٢٠ في المائة من مجموع الأشخاص المعرضين للخطر) في بابوا غينيا الجديدة وبوتان وجزر سليمان وفانواتو.

١٧ - ويستخدم الرش المستهدف للأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي في جميع مناطق العالم. وفي المنطقة الأفريقية، تفيد بيانات البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا أن أكثر من ٧٠ في المائة من الأسر المعيشية المعرضة بأي شكل من الأشكال لخطر الملاريا قد استفادت من التغطية في بوتسوانا وجنوب أفريقيا وسان تومي وبرينسيبي وسوازيلاند وناميبيا. وفي مناطق أخرى من العالم، تحققت تغطية عالية نسبيا (أكثر من ٢٠ في المائة من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة) فقط في بوتان وسورينام.

خامسا - علاج الملاريا

١٨ - زاد شراء الأدوية المضادة للملاريا عن طريق خدمات الصحة العامة زيادة حادة بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٦، لكن الحصول على العلاج، وخاصة العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين، لم يكن كافيا في جميع البلدان المشمولة بالدراسات الاستقصائية في عام ٢٠٠٦. وأبلغت البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا عن حدوث زيادات كبيرة في عدد مجموعات الجرعات للعلاج بالأدوية المضادة للملاريا المقدمة عن طريق خدمات الصحة العامة بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٦. وبصورة خاصة، زاد صرف العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين من ٦ ملايين جرعة في عام ٢٠٠٥ إلى ٤٩ مليون جرعة في عام ٢٠٠٦، منها ٤٥ مليون جرعة للبلدان الأفريقية. ويحتمل أن هذه الأرقام تقدر الاستخدام بأقل من اللازم ولا يُعرف على وجه الدقة حجم استهلاك ذلك العلاج.

١٩ - ووفقا للبيانات المستقاة من البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا، لم يقدم سوى ١٦ مليون اختبار تشخيصي سريع في عام ٢٠٠٦، منها ١١ مليون اختبار لبلدان في أفريقيا، وهي كمية قليلة مقارنة مع عدد حالات الإصابة بالملاريا.

٢٠ - وبالنظر إلى الأدوية المقدمة في القطاع العام (عن طريق البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا) مقارنة بالنسبة المقدرة لحالات الملاريا، كوسيلة لقياس الطلب المحتمل، كانت البلدان الأفريقية الأفضل تزوّدا بالأدوية المضادة للملاريا، أيا كان نوعها، في عام ٢٠٠٦ هي إريتريا وبوتسوانا وجزر القمر وجمهورية تترانيا المتحدة وزمبابوي وسان تومي وبرينسيبي والسنغال

وملاوي. ومن ضمن هذه المجموعة من البلدان، كانت إريتريا وجمهورية تنزانيا المتحدة وسان تومي وبرينسيبي مزوّدة كذلك بشكل جيد نسبيا بالعلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين.

٢١ - بيد أن الدراسات الاستقصائية الوطنية للأسر المعيشية تفيد أنه لم يكن لأي من سكان البلدان الأفريقية الثمانية عشر المشمولة بالدراسات الاستقصائية في عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧، فرص كافية للحصول على الأدوية المضادة للملاريا. ولم تتجاوز نسبة الأطفال المصابين بالحمى الذين يعالجون بدواء مضاد للملاريا ٥٠ في المائة سوى في أوغندا وبنن وجمهورية أفريقيا الوسطى والكاميرون وغامبيا وغانا وزامبيا. ولم تبلغ نسبة الحصول على العلاج في أي بلد الهدف المحدد بـ ٨٠ في المائة، وكان متوسط هذه النسبة في سائر البلدان الثمانية عشر هو ٣٨ في المائة. وكان استخدام العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين أدنى بكثير: ٣ في المائة فقط من الأطفال في المتوسط، بنسبة تتراوح بين ٠,١ في المائة في غامبيا و ١٣ في المائة في زامبيا.

٢٢ - وخلُصت مجموعة فرعية مكونة من ١٦ دراسة استقصائية وطنية للأسر المعيشية إلى أن استخدام العلاج الوقائي المتقطع (بحسب جرعتين أو أكثر من مادة سولفادوكسين - بيريميثامين) كان أكثر شيوعا لدى النساء الحوامل في زامبيا والسنغال وغامبيا وملاوي (بنسبة تتراوح بين ٣٣ و ٦١ في المائة) وبمعدل ١٨ في المائة من النساء في جميع البلدان الستة عشر.

٢٣ - وتزداد صعوبة تقدير نسبة الحصول على العلاج في مناطق أخرى غير أفريقيا: فالدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية التي تشمل أسئلة عن علاج الملاريا أقل شيوعا بكثير، والبرامج الوطنية لمكافحة الملاريا، كما هو الحال في أفريقيا، لا تقوم بالإبلاغ عن التشخيص والعلاج في القطاع الخاص. ومع ذلك، تشير البيانات المستقاة من البرامج الوطنية إلى أن البلدان التي كانت مزوّدة بشكل جيد نسبيا بالأدوية المضادة للملاريا هي: بوتان وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفانواتو وفيت نام.

سادسا - تمويل مكافحة الملاريا

٢٤ - أفادت التقارير بأن التمويل المقدم لمكافحة الملاريا في عام ٢٠٠٦ كان أكبر من أي وقت مضى، لكن ميزانيات البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا لا تسمح بعد بتحديد البلدان التي لديها موارد كافية لمكافحة الملاريا. ووفقا للبيانات المستقاة من البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا لعام ٢٠٠٦، كان للمنطقة الأفريقية أكبر قدر من الأموال المخصصة لمكافحة الملاريا مقارنة بأي منطقة أخرى، وسَجّلت زيادة أكبر في التمويل مقارنة بأي منطقة أخرى بين

عـامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٦. لكـن المؤكـد أن مـا مجموعـه ٦٨٨ مليـون دولار مـن دولارات الولايات المتحدة للمنطقة الأفريقية في عام ٢٠٠٦ تقدير أقل من الرقم الحقيقي فلم تقدم التقارير سوى ٢٦ بلدا من أصل ٤٥ بلدا. ومن غير المرجح أن يكون مبلغ ٤,٦ دولار أمريكي المتاح لكل حالة إصابة (مقدرة) بالملاريا في البلدان المبلّغة وعددها ٢٦ كافيا لبلوغ هدفي الوقاية والعلاج.

٢٥ - وأفادت التقارير بأن الحكومات الوطنية للبلدان المتضررة والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا هما المصدران الرئيسيان للتمويل الإضافي المتاح للبلدان الأفريقية بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٦. وقد هيمن هذان المصدران على التمويل في مجال مكافحة الملاريا في المنطقة الأفريقية وعلى نطاق العالم في عام ٢٠٠٦.

٢٦ - وتفاوت توازن الدعم التمويلي فيما بين المناطق المصنفة من جانب منظمة الصحة العالمية. ففي الأمريكتين ومنطقتي أوروبا وجنوب شرق آسيا، كانت غالبية الأموال مقدمة من الحكومات والبلدان الموبوءة بالملاريا. وفي منطقتي شرق البحر الأبيض المتوسط وغرب المحيط الهادئ، أفادت التقارير بأن الصندوق العالمي كان هو المصدر الرئيسي للدعم المالي. واعتمدت منطقة غرب المحيط الهادئ بشكل كبير على التمويل الخارجي، تليها في ذلك منطقتي أفريقيا وشرق البحر الأبيض المتوسط. وتلقت بلدان المنطقة الأفريقية من وكالات خارجية برامج دعم هي الأكثر تنوعا.

سابعا - أثر مكافحة الملاريا

٢٧ - أبلغت بعض الدول التي نفذت برامج قوية للوقاية والعلاج في أفريقيا ومناطق أخرى عن انخفاضات مهمة في الأعباء التي تتحملها نتيجة الملاريا. وفي حين يمكن تقييم أثر مكافحة الملاريا عن طريق إجراء استقصاءات سكانية متكررة بشأن مدى انتشار الطفيليات أو الوفيات المرتبطة تحديدا بالملاريا أو الوفيات بمختلف أسبابها، يركز هذا التقرير على الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من تقارير المراقبة الوطنية.

٢٨ - ومن ضمن ٤١ دولة أفريقية قدمت تقارير عن حالات الإصابة والوفيات على مدى الفترة ١٩٩٧-٢٠٠٦، تُستمد أكثر الأدلة إقناعا عن الأثر من أربعة بلدان أو أجزاء من بلدان، عدد سكانها صغير نسبيا، ونسبة المراقبة فيها جيدة وتتسم بتغطية عالية من حيث الإجراءات المتخذة. وهذه البلدان هي: إريتريا ورواندا وزنزبار (جمهورية تترانيا المتحدة) وسان تومي وبرينسيبي. وقد تمكنت جميع هذه البلدان/المناطق الأربعة من خفض الأعباء

الناجمة عن الملاريا بنسبة ٥٠ في المائة أو أكثر ما بين عام ٢٠٠٠ والفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٧، تمشيا مع الأهداف التي وضعتها جمعية الصحة العالمية.

٢٩ - وفي بلدان أفريقية أخرى حيث ترتفع نسبة السكان الذين تتوافر لديهم فرص الحصول على الأدوية المضادة للملاريا أو الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، من قبيل إثيوبيا وتوغو وغامبيا وكينيا ومالي والنيجر، لا تُظهر بيانات المراقبة الروتينية، بشكل قاطع، الانخفاضات المتوقعة في معدلات الإصابة بالمرض والوفاة. فإما أن تكون البيانات غير كاملة أو أن آثار الإجراءات المتخذة قليلة.

٣٠ - ويتماشى ارتفاع التغطية المبلغ عنها في مجال رش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات المفعول الطويل في جنوب أفريقيا وسوازيلاند وناميبيا مع الانخفاضات الملحوظة في أعداد حالات الإصابة في تلك البلدان، ويستفيد بشكل واضح من إنجازات سابقة تحققت بفضل رش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات المفعول الطويل.

٣١ - وتشير تقارير المراقبة لعدة بلدان خارج أفريقيا إلى تراجع الملاريا خلال العقد ١٩٩٧-٢٠٠٦. حيث انخفضت حالات الإصابة بالملاريا في ٢٥ بلدا على الأقل من أصل ٦٤ بلدا موبوءا في خمسة مناطق مصنفة من جانب منظمة الصحة العالمية. وفي ٢٢ بلدا من هذه البلدان، انخفض عدد الحالات المبلغ عنها بنسبة ٥٠ في المائة بين عام ٢٠٠٠ والفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٧، تمشيا مع الأهداف التي وضعتها الجمعية الصحية العالمية.

٣٢ - وانخفض العدد المسجل للوفيات الناجمة عن الملاريا في ستة بلدان على الأقل في الأمريكتين وفي منطقتي جنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ. وهذه البلدان هي تايلند وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وسورينام والفلبين وفيت نام وكمبوديا، وجميع هذه البلدان الستة في طريقها لبلوغ الأهداف التي وضعتها جمعية الصحة العالمية لتحقيق انخفاضات في الوفيات الناجمة عن الملاريا بحلول عام ٢٠١٠.

٣٣- ويمكن ربط الانخفاضات في حالات الإصابة والوفيات باتخاذ إجراءات محددة في بعض البلدان، من قبيل الاستهداف في استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات في جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفييت نام وكمبوديا والهند. لكن بصفة عامة، تظل الصلات بين الإجراءات المتخذة والاتجاهات المسجلة غامضة وهناك حاجة إلى القيام باستقصاءات أكثر دقة لآثار المكافحة في معظم البلدان.

٣٤ - وحددت منظمة الصحة العالمية أربع مراحل في المسار نحو القضاء على الملاريا. وفي تموز/يوليه ٢٠٠٨، كانت البلدان/الأقاليم المتضررة من الملاريا، وعددها ١٠٩، مصنفة كما يلي: مرحلة المكافحة (٨٠)، ومرحلة ما قبل القضاء على الملاريا (١٢)، ومرحلة

القضاء على الملاريا (١١) ومرحلة الوقاية من عودة الظهور (٦). وفي كانون الثاني/يناير ٢٠٠٧، كانت الإمارات العربية المتحدة أول بلد موبوء سابقا بهذا المرض منذ الثمانينات تعلنه منظمة الصحة العالمية خاليا رسميا من الملاريا، وبذلك يصل مجموع عدد البلدان الخالية من الملاريا إلى ٩٣ بلدا.

ثامنا – استنتاجات وتوصيات

٣٥ – شهدت المنطقة الأفريقية زيادة حادة في التمويل والمنتجات والأنشطة المتعلقة بمكافحة الملاريا.

٣٦ – واعتبارا من عام ٢٠٠٦، أصبح حوالي ربع إلى ثلث الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا يملكون في منازلهم الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات. وهذه النسبة أقل بكثير من التغطية المستهدفة المحددة بأكثر من ٨٠ في المائة. وتقل نسبة استخدام الأطفال والنساء الحوامل للناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات عن نسبة امتلاك الأسر المعيشية لها، بمعنى أن بعض الأسر المعيشية تملك الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات لكنها لا تستخدمها لصالح الأطفال والنساء الحوامل (الأكثر تعرضا للخطر).

٣٧ – ولم يحصل على العلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين سوى ما متوسطه ٣ في المائة من الأطفال المصابين بالحمى. وتلقت الدول جرعات غير كافية من هذا العلاج، لكن يحتمل أن يكون قد ساهم أيضا في هذا الوضع نفاد المخزون على مستوى مرافق الصحة وقلة فرص الوصول إلى نقاط التسليم.

٣٨ – وتظل تغطية النساء الحوامل أيضا من حيث توفير جرعتين من العلاج الوقائي المتقطع متدنية جدا (١٨ في المائة) مقارنة بالهدف المحدد بأكثر من ٨٠ في المائة.

٣٩ – وزادت نسبة استخدام أسلوب رش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي. ويجري حاليا بحث إمكانية المزج الأمثل بين أسلوب الرش والناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل.

٤٠ – ولم يوجد على المستوى القاري الأوسع في منطقة أفريقيا دليل على أن حالات الإصابة بالملاريا والوفاة الناجمة عنها تشهد انخفاضا اعتبارا من عام ٢٠٠٦. لكن البلدان وأجزاء البلدان التي تشهد مستويات تغطية عالية من حيث الإجراءات المتخذة سجلت انخفاضات حادة في حالات الإصابة بالمرض والوفيات الناجمة عنه، بما فيها إريتريا ورواندا وزنزبار (جمهورية تنزانيا المتحدة) وسان تومي وبرينسيبي.

٤١ - وفي حين أن الصلة بين الإجراءات المتخذة وآثارها لا تكون دائما واضحة، تمكنت ٧ بلدان/مناطق أفريقية على الأقل، عدد سكانها صغير نسبيا، ولديها مراقبة جيدة ونسبة تغطية عالية من حيث الإجراءات المتخذة، من خفض عدد الحالات والوفيات بنسبة ٥٠ في المائة أو أكثر ما بين عام ٢٠٠٠ والفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٧. وفي ٢٢ بلدا على الأقل في مناطق أخرى من العالم، انخفضت حالات الملاريا بنسبة ٥٠ في المائة على مدى الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٦. وبالتالي، تشير بيانات المراقبة الروتينية إلى أن ٢٩ بلدا على الأقل في مختلف أنحاء العالم ماضية في طريقها إلى بلوغ أهداف خفض الأعباء الناجمة عن الملاريا بحلول عام ٢٠١٠. لكن هناك حاجة إلى إجراء استقصاءات أكثر تعمقا من أجل التحقق من الانخفاضات.

٤٢ - ولم يكن بوسع العديد من البلدان في منطقة أفريقيا تقديم بيانات إلى منظمة الصحة العالمية بشأن حالات الإصابة بالملاريا والوفيات الناجمة عنها في أوساط المرضى الداخليين، أو بشأن الاتجاهات في المؤشرات المختبرية (عدد حالات الملاريا المؤكدة مختبريا ومعدل إيجابية الشرائح). وتوافرت لدى بلدان قليلة بيانات عن الأثر مستمدة من مصادر أخرى، من قبيل الدراسات الاستقصائية أو سجلات الأحداث الهامة من قبيل الولادات والوفيات.

٤٣ - قد ترغب الدول الأعضاء في النظر في التوصيات التالية:

(أ) يلزم تقديم مزيد من التمويل من أجل تمويل الأنشطة المتعلقة بتوفير الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل والعلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين ورش الأماكن المغلقة بالمبيدات ذات الأثر الباقي إذا أريدَ للأهداف المتعلقة بالملاريا لعام ٢٠١٠ والأهداف المتعلقة بالملاريا والأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٥ أن تتحقق في الموعد المحدد لها.

(ب) تحتاج البلدان والشركاء إلى كفالة التفعيل التام لاختبارات مقاومة الأدوية ومبيدات الحشرات من أجل حماية ما يُستخدم حاليا من مبيدات الحشرات والعلاج المركب أساسا من مادة أرتيميسينين.

(ج) تحتاج البلدان والشركاء إلى تعزيز نظم معلومات الصحة من أجل كفالة الرصد المستمر للأثر وللبيانات اللوجستية على المستوى الوطني ومستوى المقاطعات والمرافق الصحية.

(د) ينبغي للشركاء في مكافحة الملاريا التوصل إلى حل للاختناقات الحالية في مجالي التمويل والإمداد التي تتسبب في حالات نفاد المخزون من الناموسيات المعالجة

بالمبيدات ذات المفعول الطويل والعلاجات المركبة أساسا من مادة أرتيميسينين والاختبارات التشخيصية السريعة على المستوى الوطني.

(هـ) ينبغي تعزيز إدارة برامج الملاريا على المستوى القطري من أجل معالجة حالات نفاد المخزون من الناموسيات المعالجة بالمبيدات ذات المفعول الطويل والعلاجات المركبة أساسا من مادة أرتيميسينين والاختبارات التشخيصية السريعة في المرافق الصحية، ومعالجة قلة استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات.