

AFRICAN UNION



UNION AFRICAINE

الاتحاد الأفريقي

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 251 11 5517700

Website: [www.africa-union.org](http://www.africa-union.org)

مؤتمر الاتحاد الأفريقي

الدورة العادلة الحادية عشرة

شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، 30 يونيو-1 يوليو 2008

—

ASSEMBLY/AU/5 (XI)

## تقرير عن حالة الملاريا

التقرير المرحلي

عن تنفيذ الالتزامات الصادرة عن

قمة أبوجا الخاصة في مايو 2006

بشأن مرض نقص المناعة (الإيدز) والسل والملاريا

### ملخص تنفيذي:

اعتمد رؤساء دول وحكومات الاتحاد الأفريقي إعلانات أبوجا وخطط عملها في سنة 2000 و 2001 ملزمين أنفسهم بتكثيف الجهد لمحاربة أمراض نقص المناعة والسل والمalaria وغيرها من الأمراض المعدية. وفي دورتهم الخاصة في أبوجا في مايو 2006 أعادوا تأكيد هذه التعهادات وألزموا أنفسهم ببلدانهم بتكثيف العمل نحو الوصول العام لخدمات أمراض نقص المناعة والسل والمalaria. ويورد هذا التقرير التقدم المحرز في تنفيذ هذه الأهداف مع تركيز خاص على تنفيذ مجالات البرنامج الـ 11 المنصوص عليها في تنفيذ نداء أبوجا لتسريع العمل نحو خدمات هذه الأمراض. وقد تم تجميع هذه المعلومات من عدة مصادر وتقارير منشورة عن حالة المalaria في أفريقيا حتى نهاية 2007 إلا إذا نص على غير ذلك.

وقد أنشأت كل بلادن أفريقيا أجهزة تنسيق RBM ووضعت خطط استراتيجية للمalaria (MSP) بحلول سنة 2004 كانت 4 بلادن فقط قد حققت هدف تكريس 15% من ميزانياتها الحكومية لقطاع الصحة مع متوسط إقليمي قدره 8.8% وقد ظهرت مبادرات عديدة لزيادة التمويل لمكافحة malaria، تشمل الصندوق العالمي وبرامج البنك الدولي ومبادرة الرؤساء بشأن malaria وبنك التنمية الإسلامي. وإلى الآن التزم الصندوق العالمي بـ 1.7% بليون دولار لمكافحة malaria في أفريقيا وحوالي 645 مليون دولار من مصادر مختلفة تم إنفاقها على حملة مكافحة malaria في أفريقيا.

لزيادة حرية الوصول إلى خدمات مكافحة malaria في أفريقيا، عملت 74% من البلدان على إلغاء الضرائب على المواد المضادة للمalaria وقام 64% من هذه البلدان بإلغاء ضرائب أو إدخال تخفيضات كبيرة على ناموسيات malaria بينما الغى نحو نصف هذه البلدان كل التعريفات الجمركية على الناموسيات والمواد لمكافحة الحشرات. وفي سنة 2006 - 2007 تم توزيع 33 مليون ناموسية من خلال حملات

في 22 بلداً. والآن يمتلك نحو 25% من البيوت على الأقل ناموسية واحدة من أي نوع بينما يمتلك 12% واحدة فقط. بحلول 2007 حققت 7 بلدان أكثر من 40% امتلاك على الأقل ناموسية واحدة.

وفي المتوسط ينام 8% من الأطفال تحت سن الخامسة تحت ناموسية. بيد أن استعمال هذه الناموسية بواسطة أطفال تحت سن الخامسة قد زاد بنسبة 40% في رواندا جامبيا وغينيا وساوتومي وبرينسيبي وغينيا الاستوائية. غير أن استعمال هذه الناموسيات بواسطة النساء الحوامل أقل من ذلك وهو في حدود 5%.

وفي كل البلدان الـ 35 حيث أوصي باستعمال IPT قد اعتمدت سياسات لذلك. ولكن 20 بلداً فقط تتفذ هذه التوصية على مستوى البلد. وأن التغطية من IPT أقل من 10%. بيد أن بعض البلدان مثل زامبيا 61%， ملاوي 45%， جامبيا 33%.

اعتمدت كل البلدان ما عدا بلدين علاجات مركبة ACTs كعلاج من الصف الأول للملاريا بينما نفذت 25 بلداً هذه السياسة. وفي كل الإقليم تلقى 34% من الأطفال المصابين بالحمى علاج مضاد للملاريا. بيد أنه في جامبيا (52%) تنزانيا (51%) غانا (48%) سيراليون (45%) تلقوا علاجاً مضاداً للملاريا خلال 24 ساعة. معظم هذه العلاجات بالكلوروكوين الذي لم يعد فعالاً. كما أن استخدام ACT منخفض جداً: في 14 بلداً بناءً على بيانات سنة 2005 – 2007. وقد كانت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تلقوا علاجاً ضد الحمى ACT كان 2% فقط.

بنهاية سنة 2007 ضمنت 25 بلداً من الـ 42 بلد المصابة بداء الملاريا في الإقليم علاج IRS في بعض المقاطعات. وفي سنة 2006 – 2007 – موسم الملاريا تم رش 5 مليون وحدة/هيكل في المناطق المستهدفة لحماية 21 مليون شخص 83%.

وقد ظهرت مبادرات جديدة لزيادة فرص الحصول على أدوات مضادات الملاريا. وتم إنشاء مرفق الأدوية الرخيصة الثمن (AMF) لتخفيف أسعار ACT وإلغاء نظام العلاج الواحد لتفادي ظهور المقاومة تم إنشاء الشراكة العالمية RBM في سنة 1998، وبالتالي استطاعت كل بلدان الإقليم الأفريقي إنشاء شراكات على المستوى القطري وكذلك تم إنشاء شبكات الشراكة RBM على الصعيد شبه الإقليمي التي تجمع كل الشركاء الرئيسيين في المنطقة شبه الإقليمية لتعزيز الدعم لمكافحة الملاريا في بلدانهم.

منذ سنة 2000، تم الاحتفال بيوم 25 أبريل بحسبانه يوم الملاريا في أفريقيا، وقد احتفل بهذا اليوم في كل المنطقة شبه الإقليمية وعلى الصعيد الوطنية. كما أن الاحتفاء بهذا اليوم قد وضع الملاريا على قمة جدول أعمال أفريقيا في كثير من البلدان. كما اعتبر هذا اليوم أي 25 أبريل يوم الملاريا في العالم ابتداء من 2007.

استخدمت البيانات الصادرة سنة 2005–2007 المجموعة من دراسات استقصائية من 25 بيتاً في هذا التقرير، وتملك كل البلدان في المنطقة الإقليمية HMIS رغم أن تفسير اتجاه حالات الملاريا والوفيات الناشئة عنها صعب نظراً لعدم اكمال البيانات والتقارير، والتقارير غير المعيارية والاعتماد بصفة رئيسية على التشخيص الأكلنيكي. بيد أنه وفي بعض البلدان المختارة التي زادت من تدخلاتها والتي لها أيضاً بيانات مكتملة ومستمرة مثل إريتريا، كينيا، رواندا، ساوتومي وبرينسيبي، جنوب أفريقيا، سوازيلاند وزنجبار في جمهورية تنزانيا المتحدة. كان هناك تخفيضات واضحة في حالات الملاريا والوفيات الناشئة عنها على مستوى المرافق الصحية.

تتقدم معظم بلدان الإقليم نحو تحقيق الوصول الكامل لخدمات الوقاية من الملاريا والسيطرة على المرض بين كل الأشخاص المعرضين له. وقد تمت مناقشة موضوع القضاء على الملاريا في عدد من دورات الاتحاد الأفريقي ولكن ما زال هنالك الكثير ينبغي عمله قبل أن يكون أي بلد جاهزاً للقضاء تماماً على الملاريا.

حققت بعض الدول الأعضاء بعض التقدم نحو تحقيق الأهداف التي حدتها أبوجا سنة 2001 و RBM وأهداف أفيه التنموية. ولقد ساهم الالتزام السياسي المتزايد واعتماد سياسات أفضل وكذلك تزايد التمويل لمكافحة الملاريا من الحكومات ووكالات التنمية ومبادرات التمويل بصورة كبيرة في تحقيق هذه المنجزات. بيد أنه لم يحقق أي بلد واحد كل الأهداف.

- خلفية: 1

**1-1 - أهداف مكافحة الملاريا**

**إعلان أبوجا سنة 2000**

**بحلول 2005:**

- ينبغي أن يحصل 60% على الأقل من الأشخاص الذين يعانون من الملاريا، وأن يستخدم العلاج الصحيح والمقدور عليه والمناسب خلال 24 ساعة من ظهور الأعراض.
- ينبغي أن يستقىد 60% من الأشخاص المعرضين للملاريا خاصة النساء الحوامل والأطفال تحت سن الخامسة من التدابير الوقائية المناسبة الشخصية وعلى مستوى المجتمع مثل الناموسيات.
- ينبغي أن تحصل 60% من النساء الحوامل المعرضات للملاريا خاصة اللاتي في حملهن الأول على IPT
- ينبغي أن يكون لـ 60% من البلدان التي ينتشر فيها وباء الملاريا القدرة على الاكتشاف المبكر للمرض والاستجابة بصورة سريعة لانتشار الملاريا.

**بحلول 2010:**

تحفيض الوفيات الناشئة عن الملاريا إلى النصف بحلول سنة 2010.

**شراكة RBM وقرار الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية سنة 2005**

**بحلول سنة 2010:**

- ينبغي حماية 80% من السكان المعرضين للملاريا بنظام مكافحة فعال مثل IRS و الناموسيات

- ينبغي تشخيص 80% من مرضى الملاريا ومعالجتهم بأدوية فعالة مضادة للملاريا مثل مركبات الـ "أرتيميزينين" (ACTs) خلال يوم واحد من ظهور الأعراض.
- ينبغي إعطاء 80% من النساء الحوامل علاجاً وقائياً مستمراً في المناطق التي يكثر فيها انتقال المرض.
- تخفيض عبء الملاريا بنسبة 50% مقارنة بمستويات سنة 2000.

### حلول 2015:

- تخفيض مرض الملاريا والوفيات الناشئة عنه بنسبة 75% مقارنة بسنة 2005.
- تحقيق أهداف أفيبة التنمية بالنسبة للملاريا.
- تغطية عالمية منصفة مع تدخلات فعالة

### أهداف أفيبة التنمية:

- الهدف 8: أن يكون قد تحقق بحلول سنة 2015، وأن يتم عكس اتجاه الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية.
- المؤشر 21:** منع حدوث الملاريا والوفيات المرتبطة بها
- المؤشر 22:** نسبة عالية من السكان في المناطق ذات الانتشار الواسع للملاريا يستعملون وسائل وقاية فعالة. وكذلك تدابير علاجية ناجعة

### 1-2- القمة الخاص بشأن الإيدز والسل والملاريا:<sup>1</sup>

عقد رؤساء دول وحكومات الاتحاد الأفريقي في مايو 2006 مؤتمر قمة خاص بشأن الإيدز والسل والملاريا لاستعراض حالة تنفيذ الإعلانات وأطر العمل التي اتخذها مؤتمر قمة أبوجا سنة 2000، بشأن وقف الملاريا وقمة أبوجا سنة 2001، بشأن

<sup>1</sup> القمة الخاصة للاتحاد الأفريقي بشأن أمراض الإيدز والسل والملاريا أبوجا ، نيجيريا من 2-4 مايو 2006

مرض الإيدز والسل، خلال تلك القمة اعتمد رؤساء الدول والحكومات "نداء أبوجا لتسريع العمل نحو الوصول العام لخدمات الإيدز والسل والمalaria".<sup>2</sup>

يتضمن النداء تصميمًا شاملًا وجماعيًّا لإيجاد العلاج الناجع لهذه الأمراض على أساس آليات تنفيذ فعالة ومعالجة مجالات البرامج التالية:

1-القيادة على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية

2-تبعد الموارد

3-حماية حقوق الإنسان

4-تخفيض حدة الفقر والصحة والتنمية

5-تعزيز النظم الصحية

6-الوقاية والعلاج والعناية والدعم

7-الحصول على أدوية وتقنيات رخيصة الثمن

8-البحث والتطوير

9-التنفيذ على المستوى الوطني

10- الشراكات

11- الرصد والتقييم وتقديم التقارير.

### 1-3- تحرك أفريقيا من السيطرة على الملاريا إلى القضاء عليها:

تأخذ حملة القضاء على الملاريا في أفريقيا في الاعتبار الاختلاف في كمية الوباء ومدى انتشار الملاريا في مختلف الأقاليم من القارة. وتحدد تركيز السيطرة على الملاريا والقضاء عليها من خلال برامج متدرجة للقضاء عليها من كل إقليم فرعي في داخل الإقليم الأفريقي. فالبلدان ذات الوباء الكبير من الملاريا سوف تستهدف السيطرة على المرض وبذلك تخفض من حالات الملاريا بحسب أنها مشكلة صحة

---

<sup>2</sup>نداء أبوجا من أجل تسريع الوصول العام لخدمات الإيدز والسل والمalaria في أفريقيا

عامة. من خلال تكثيف الجهود (SIFI) مع الهدف بعيد المدى للقضاء نهائياً على الملاريا. بينما يكون الهدف المباشر في البلدان ذات العبء المنخفض من الملاريا هو القضاء عليها. وتهدف البلدان التي نجحت في القضاء على الملاريا وكذلك البلدان الخالية من الملاريا إلى المحافظة على حالة بلدانهم خالية من الملاريا.

### **الحملة الأفريقية للقضاء على الملاريا:**

إن الهدف الرئيسي لاستراتيجية أفريقيا للقضاء على الملاريا هو تخفيض عبء الملاريا مع وجود الهدف النهائي وهو القضاء عليها من خلال حق الوصول إلى أدوية مدعومة والحق في الوقاية والعلاج والمساهمة في التنمية الاقتصادية الاجتماعية لشعوب أفريقيا وإحراز تقدم في تحقيق أهداف أفيية التنمية بحلول سنة 2015 وتحقيق استراتيجيات الملاريا لمنظمة الصحة العالمية. ومن خلال خطوات متدرجة ومتزايدة تستطيع بلدان أفريقيا أن تهدف إلى القضاء على الملاريا ووقف انتشارها محلياً. وينبغي أن يكون التخطيط خاصاً ومحصضاً لكل بلد حتى يمكن إنجاز ذلك في الوقت المحدد للوصول إلى درجة القضاء النهائي على الملاريا والاتجاه العام هو التحرك من السيطرة على الملاريا إلى القضاء عليها من خلال برمجة متدرجة.

### **(أ) مناطق الانتشار الكثيف (يشار لها كالمجموعة 1):**

تنتشر الملاريا في معظم البلدان الأفريقية بصورة كثيفة مع مستويات كبيرة من المرض والوفيات. ورغم أن تقرير أبوجا عن نداء أبوجا قد دلل على وجود تقدم ملموس إلا أن الحالة الراهنة من التغطية بالتدخلات المضادة للملاريا من غير المرجح أن تسفر عن شيء كبير بحلول سنة 2010، وبالنسبة للبلدان غير المذكورة أدناه (بقية أفريقيا) فهي تعتبر مناطق ذات انتشار كثيف للملاريا. رغم أن بعض البلدان قد تكون خالية من الملاريا في داخل حدودها. ولهذه البلدان ينبغي أن يكون الاتجاه من حملة أفريقيا للقضاء على الملاريا أن يكون لها تغطية شاملة وعامة

للوقاية والعلاج من الملاريا بغية تخفيف عبء الملاريا إلى المستوى الذي لا تمثل فيه بعد ذلك مصدر فلق للصحة العامة. وينبغي أن تكون التدخلات من الرش بمبيدات في داخل البيوت (IRS) واستخدام الأدوات المعالجة بالمبيدات الحشرية (ITM) والعلاج الوقائي المستمر (IPT) بما في ذلك تدابير الوقاية المتصلة بذلك والتشخيص والمعالجة (علاجات مركبة) للملاريا مع توفير حق الوصول العام لهذه الأدوية. كذلك استمرار التمويل لتنفيذ التدخلات ضد الملاريا وتكثيف التعبئة الاجتماعية وإشراك المجتمعات المحلية من أجل الحصول على هذه الأدوات واستعمالها. وهذا أمر ضروري للحصول على الأثر الفعال. بالإضافة إلى الإشراف المستمر ونظم الإعلام الصحي المناسب والتعاون الوثيق في داخل البلد. وفيما بين البلدان عبر الحدود، بغية منع انتشار المرض. وحالما تكتمل هذه المرحلة والتي تعتمد مدتها على جهد كل بلد وإنجازاته على حدة تستهدف مجموعة البلدان بعد ذلك التحرك نحو مرحلة القضاء على الملاريا.

#### **(ب) مناطق الانتشار المنخفض (يشار إليها كالمجموعة 2):**

إن حدة انتشار مرض الملاريا وحوثها في بلدان مثل الجزائر، بوتسوانا، ناميبيا، جنوب أفريقيا، سوازيلاند، جزر القمر، والرأس الأخضر وساوتومي وبرينسيبي، منخفض نسبيا. ويحدث في أجزاء من هذه البلدان. وقد حدث تحسن كبير في التدابير المضادة للملاريا وكذلك التأثيرات الهامة على الوقاية من الملاريا ومنعها وكذلك جهود المكافحة. وبالنسبة لهذه البلدان فإن الهدف المباشر من استراتيجية أفريقيا للملاريا هو التحرك من السيطرة على الملاريا إلى القضاء عليها. كامتداد منطقي للحاجة للسيطرة على الملاريا التي حققتها هذه البلدان. وينبغي أن يكون نهج هذه البلدان تنفيذ برامج مضادة للملاريا تهدف مباشرة للقضاء عليها. وتهدف هذه البرامج إلى مزج الجهود المكثفة للسيطرة على المرض محلياً من خلال إدارة مراقبة جيدة والعمل بصورة نشطة على اكتشاف الحالات وطرق العلاج ونظم الإشراف المستمر

والسيطرة التامة بتعاون تام داخل البلد والمجتمع لاكتشاف أي حالات واردة من وراء الحدود. ومن خلال هذه المرحلة المتدرجة سوف تهدف هذه البلدان وبالتالي إلى المحافظة على خلو هذه البلدان من الملاريا.

#### **ج) وقف حالة انتشار المرض (يشار إليها كالمجموعة 3):**

في البلدان مثل مصر، ليبيا، تونسيا، سيسيل، حيث تم وقف انتشار المرض الذي أُعلن عنه مؤخراً. سوف تكون استراتيجية الملاريا هي الوقاية من إعادة دخول الملاريا، ثم يأتي القضاء عليها نهائياً.

#### **1-4- هدف التقرير ومنهجه:**

في مؤتمر قمة أبوجا سنة 2006 طلب رؤساء الدول والحكومات بصورة محددة تقارير دورية عن حالة التنفيذ وفقاً لمجالات البرنامج المتصلة بالملاريا في الجزء 1-2 أعلاه الأهداف الواردة في إعلانات أبوجا والخطة الاستراتيجية لـ RBM وأهداف الأفية التنمية. لقد تم تجميع التقارير من التقارير المنشورة وغير المنشورة التي تمت مراجعتها وتلخيصها لكي تعطي صورة شاملة عن الوضع في الإقليم. وحيثما كان ممكنا يتم عرض البيانات على شكل جداول وأشكال وخرط حتى يمكن المقارنة بين كل بلدان الإقليم، وحيث أن بعض البيانات قد استخرجت من دراسات استقصائية فلم يكن ممكنا الحصول على معلومات حديثة عن كل البلدان حيث أن الاهتمام كان منصبا على بيانات 2005-2007 ما عدا تحليل الاتجاهات في البلدان ذات المعلومات بعد سنة 2000.

**تحليل الوضع:****2-1- القيادة على المستويات الإقليمية والوطنية والقارية:**

منذ سنة 2000 أنشأت كل بلدان الإقليم أجهزة (RBM) ووضعت خطط استراتيجية للمalaria (MSP) وفقا للاستراتيجية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية. ومؤخراً طورت 18 بلداً الجيل الثاني من MSP أو أنها في سبيلها إلى إكماله وقد كانت هذه الـ MSP مفيدة للإرشاد والتسيير وإشراك الآخرين كشركاء في مكافحة المalaria وكذلك في تعبئة الموارد من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والمalaria والسل.

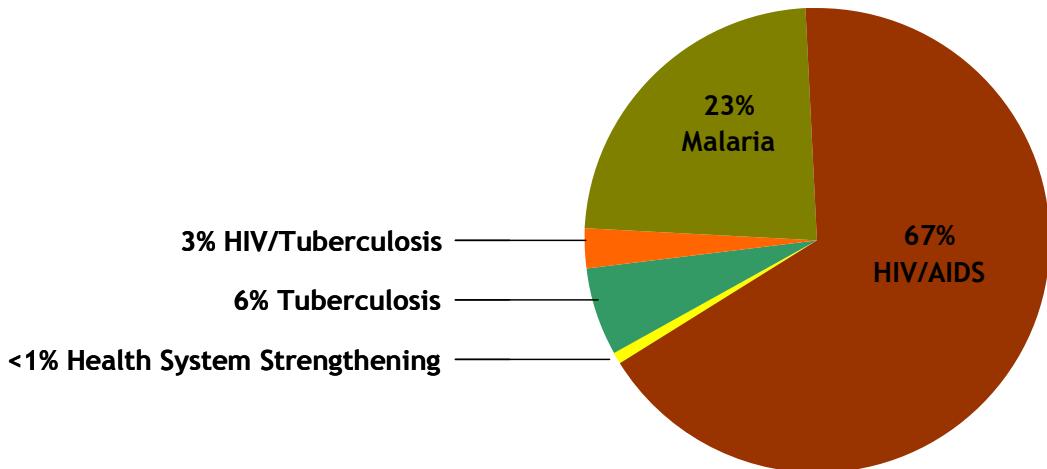
**تعبئة الموارد:**

ألزمت البلدان نفسها بزيادة الصرف الحكومي على الصحة. وبنهاية سنة 2004، كانت الحكومات التي كرست 15% على الأقل من مصروفاتها الحكومية على قطاع الصحة هي بوركينافاسو 15.3% ليبيريا 21% ملاوي 28.8% ورواندا 16.5%. وكان المتوسط الإقليمي هو 8.8%. بينما المتوسط العالمي هو 14.8% كما يتضح ذلك من الجدول 2.

منذ 2001، اتخذت مبادرات عديدة لزيادة التمويل لمكافحة malaria لتكميل الصرف الحكومي على الصحة. وكذلك تمت ترتيبات ثنائية ومتحدة الأطراف في بلدان معينة. وكانت المبادرة الرئيسية لتمويل مكافحة malaria من الصندوق العالمي لمحاربة الإيدز والسل والمalaria ومن برامج البنك الدولي ومبادرة الرؤساء للمalaria ومن بنك التنمية الإسلامي. كما كانت مساهمات مؤسسة "بيل" وماليندا جيتس" رئيسية في البحوث المتصلة بالmalaria التي تهدف لتطوير وتحسين أدوات مكافحة malaria.

التزم الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والمalaria في الجولة 1-7 بـ 23% من موارد المنح للمalaria. وقد ساهم الصندوق إلى الآن بـ 1,7 بليون دولار لمكافحة malaria في أفريقيا تم صرف 55 منها إلى الآن كما يتضح ذلك في الجدول 3.

**الشكل 1: تخصيص الموارد في الصندوق العالمي بالنسبة لكل مرض**



إن مبادرة رئيس الولايات المتحدة، وهو مشروع من حكومة الولايات المتحدة قد خصصت نحو 1.2 بليون دولار لمكافحة malaria لـ 15 بلداً تكثر فيها إصابات malaria.

كما خصص البنك الدولي 500 مليون دولار للمرحلة الأولى إلى أكتوبر 2007. كما أطلق البنك الإسلامي مبادرة لمحاربة malaria بنحو 20 مليون دولار في ثلاثة بلدان في 2007.

ومن المقدر أن تكون قد صرفت في 2007 نحو 645 مليون دولار على مكافحة malaria في أفريقيا كما يتضح ذلك من الجدول.

الجدول 1: تحليل المخصصات المالية المتاحة لمكافحة الملاريا في أفريقيا في .2007

Agency	Amount	% of total
UNITAID	16,126,378	2%
Global Fund	284, 247,775	30%
National Government	183,752,784	20%
PMI/USAID	154,306,523	17%
World Bank	99,079,739	11%
Other	191,853,866	20%
<b>TOTAL</b>	<b>645,119,290</b>	

تلقى البلدان الأفريقية دعماً فنياً من منظمة الصحة العالمية وشركاء RBM وكذلك منح تتصل بالدعم التفاوضي ودعم التنفيذ.

**الجدول 2 : المصروفات الحكومية على الصحة إلى 2004**

Country	Total expenditure on health as % of GDP	General government expenditure on health as % of total expenditure on health	General government expenditure on health as % of total government	External resources for health as % of total expenditure on health	Per capita government expenditure on health at international dollar rate
Algeria	3.6	72.5	8.4	0	121
Angola	1.9	79.4	4.4	9.1	30
Benin	4.9	51.2	9.8	10.2	21
Botswana	6.4	62.9	10.5	2.5	317
Burkina Faso	6.1	54.8	15.3	26.8	42
Burundi	3.2	26.2	2.3	17.6	4
Cameroon	5.2	28	10.5	5.3	23
Cape Verde	5.2	75.8	12.3	20.7	171
Central African Republic	4.1	36.8	10.9	47.7	20
Chad	4.2	36.9	9.5	7	15
Comoros	2.8	56.9	8	18.3	14
Congo	2.5	49.2	4.4	3.6	15
Cote d'Ivoire	3.8	23.8	4.6	5	15
Democratic Republic of the Congo	4	28.1	7.3	19.1	4
Equatorial Guinea	1.6	77.1	7	3.8	172
Eritrea	4.5	39.2	4.2	59.6	11
Ethiopia	5.3	51.5	9.4	35.2	11
Gabon	4.5	68.8	13.9	1.3	182
Gambia	6.8	27.1	5.9	23	24
Ghana	6.7	42.2	8.4	29.9	40
Guinea	5.3	13.2	4.5	9.5	13
Guinea-Bissau	4.8	27.3	3.5	31.6	8
Kenya	4.1	42.7	8.2	18.3	37
Lesotho	6.5	84.2	13.4	8.7	117
Liberia	5.6	63.9	20.1	37.8	14
Madagascar	3	59.1	8.7	45.5	17
Malawi	12.9	74.7	28.8	59.4	43
Mali	6.6	49.2	12.8	13.8	27
Mauritania	2.9	69.4	5.3	20.2	30
Mauritius	4.3	54.7	9.8	1.4	282
Mozambique	4	68.4	9.1	55.9	29
Namibia	6.8	69	13.5	16.9	281
Niger	4.2	52.5	10.3	21.3	14
Nigeria	4.6	30.4	3.5	5.6	16
Rwanda	7.5	56.8	16.5	37.1	72
Sao Tome and Principe	11.5	86.2	13.1	53.3	122
Senegal	5.9	40.3	9.8	12.8	29
Seychelles	6.1	75.3	10.2	2.4	478
Sierra Leone	3.3	59	7.8	35.4	20
South Africa	8.6	40.4	10.8	0.5	302
Swaziland	6.3	63.8	11.2	9.5	234
Togo	5.5	20.7	6.9	8.9	13
Uganda	7.6	32.7	10	25.2	44
United Republic of Tanzania	4	43.6	8.5	27.1	12
Zambia	6.3	54.7	12.8	36.3	34
Zimbabwe	7.5	46.1	8.9	13.1	64
AFRO	6	43.9	8.8	9.2	47
Global	8.7	55.9	14.3	0.3	434

**الجدول 3: حالة تنفيذ التمويل العالمي لمكافحة الملاريا إلى 31 مارس 2008**

Country	Round	2-Year Funding (USD)	5-Year Funding (USD)	Funds Disbursed (USD)	2-year % disbursed	5-year % disbursed
Angola	3	35,029,872	35,029,872	31,273,309	89%	89%
	7	32,512,650	78,470,624	-	-	-
Benin	1	2,973,150	2,973,150	2,955,032	99%	99%
	3	2,145,813	2,145,813	2,027,272	94%	94%
Burkina Faso	7	14,652,196	24,490,417	-	-	-
	2	7,499,988	7,499,988	7,119,071	95%	95%
Burundi	7	19,093,226	41,432,214	-	-	-
	2	40,487,004	40,487,004	19,449,502	48%	48%
Cameroon	3	31,781,187	31,781,187	19,636,091	62%	62%
	5	15,862,047	26,993,635	3,249,624	20%	12%
Central African Republic	4	16,663,897	16,663,897	10,377,530	62%	62%
Comoros	2	2,485,878	2,485,878	2,119,383	85%	85%
Cote d'Ivoire	6	10,987,490	21,066,500	4,325,690	39%	21%
Democratic Republic of Congo	3	53,936,609	53,936,609	47,450,938	88%	88%
Equatorial Guinea	5	12,906,111	25,999,072	7,283,488	56%	28%
Eritrea	2	7,911,425	7,911,425	5,883,769	74%	74%
	6	5,943,130	13,374,247	1,011,501	17%	8%
Ethiopia	2	73,875,211	73,875,211	70,599,857	96%	96%
	5	59,113,829	140,687,413	54,870,206	93%	39%
Gabon	4	9,348,388	9,348,388	8,616,322	92%	92%
	5	4,443,168	20,025,684	3,531,771	79%	18%
Gambia	3	13,861,866	13,861,866	10,389,134	75%	75%
	6	9,145,120	20,234,923	4,594,102	50%	23%
Ghana	2	8,849,491	8,849,491	8,729,474	99%	99%
	4	38,887,781	38,887,781	34,802,301	89%	89%
Guinea	2	6,893,509	6,893,509	5,125,461	74%	74%
	6	17,339,248	26,978,776	861,693	5%	3%
Guinea-Bissau	4	3,613,397	3,613,397	1,878,727	52%	52%
	6	3,438,484	12,816,656	267,735	8%	2%
Kenya	2	27,700,377	27,700,377	4,640,447	17%	17%
	4	81,749,756	186,096,553	57,138,768	70%	31%
Liberia	3	12,140,921	12,140,921	12,140,921	100%	100%
	7	12,695,907	37,380,198	-	-	-
Madagascar	1	2,000,063	2,000,063	2,000,063	100%	100%
	3	10,035,054	10,035,054	8,476,620	84%	84%
	4	41,140,706	41,140,706	38,920,730	95%	95%
	7	26,095,449	69,199,450	-	-	-
Malawi	2	37,631,810	37,631,810	17,957,714	48%	48%
	7	34,839,182	62,000,902	-	-	-
Mozambique	2	28,149,603	28,149,603	18,672,445	66%	66%
	6	25,591,825	36,747,308	5,794,450	23%	16%
Multi-country Africa(RMCC)	2	21,432,343	21,432,343	18,330,996	86%	86%

ASSEMBLY/AU/5 (XI)

Page 16

Country	Round	2-Year Funding (USD)	5-Year Funding (USD)	Funds Disbursed (USD)	2-year % disbursed	5-year % disbursed
Namibia	5	6,501,141	21,232,348	5,336,245	82%	25%
	2	6,235,950	6,235,950	5,055,109	81%	81%
	6	8,538,063	14,438,658	5,589,556	65%	39%
Nigeria	2	20,994,149	20,994,149	20,241,784	96%	96%
	4	74,542,287	74,542,287	35,523,950	48%	48%
	3	39,023,049	39,023,049	17,676,232	45%	45%
Rwanda	5	39,649,362	39,649,362	28,140,771	71%	71%
	4	3,484,859	3,484,859	2,453,215	70%	70%
Sao Tome and Principe	7	4,234,962	8,698,492	-	-	-
	1	4,285,714	4,285,714	1,526,770	36%	36%
Senegal	4	28,778,260	28,778,260	21,725,500	75%	75%
	7	30,302,135	68,029,925	-	-	-
	4	8,886,123	14,855,611	6,956,097	78%	47%
Sierra Leone	7	10,011,250	26,108,640	-	-	-
	2	1,820,500	1,820,500	1,137,515	62%	62%
Tanzania	1	79,825,087	79,825,087	18,260,733	23%	23%
	4	76,086,764	76,086,764	54,201,787	71%	71%
	7	20,707,304	52,545,829	-	-	-
	3	5,885,906	5,885,906	4,220,865	72%	72%
Togo	4	10,694,981	10,694,981	5,541,215	52%	52%
	6	6,976,629	10,770,258	3,616,885	52%	34%
	2	23,211,300	23,211,300	21,054,781	91%	91%
Uganda	4	66,432,148	158,047,079	59,071,374	89%	37%
	7	51,422,198	125,571,990	-	-	-
	1	39,273,800	39,273,800	24,145,873	61%	61%
Zambia	4	43,495,326	43,495,326	22,460,576	52%	52%
	7	18,003,233	37,502,022	-	-	-
	1	1,153,080	1,153,080	1,153,080	100%	100%
Zanzibar (Tanzania)	4	8,438,788	8,438,788	5,270,954	62%	62%
	1	8,559,911	8,559,911	8,250,984	96%	96%
Zimbabwe	5	20,121,670	28,491,009	6,798,371	34%	24%
	<b>TOTAL</b>	<b>1,690,460,090</b>	<b>2,462,200,849</b>	<b>937,912,359</b>	<b>55%</b>	<b>38%</b>

Source: GFATM – <http://www.theglobalfund.org> (accessed on 8 April 2008)

#### 2-4- الوقاية والعلاج والرعاية والدعم:

في أعقاب أبوجا سنة 2000 كثفت بلدان عديدة من جهودها للوقاية من الملاريا والسيطرة على المرض مثل IRS, IPT و ITN.

#### 2-1- الناموسيات المعالجة ضد الحشرات (ITNs):

لزيادة التدخلات لمكافحة الملاريا عملت 74% من البلدان على رفع الضرائب عن كل المواد المضادة للملاريا، 74% منها قد ألغيت الضرائب أو عملت على تخفيض كل ما يتصل بناموسيات مكافحة الملاريا بينما عمل نصف هذه البلدان على رفع وإلغاء التعريفات الجمركية والضرائب على الناموسيات وعلى المبيدات الحشرية.

ومنذ 2002، وضعت عديد من البلدان أولويات لتكثيف العمل على استخدام الناموسيات وخصوصاً بالنسبة للأطفال الصغار والنساء الحوامل مع إعطائهما هذه الناموسيات مجاناً أو بسعر مدحوم بصورة كبيرة.

وفي 2006-2007، تم توزيع 33 مليون ناموسية في 22 بلداً. وبصفة خاصة العمل على زيادة حملات التحصين وت تقديم خدمات الأمومة والطفولة وقد أسفر ذلك عن زيادة كبيرة بالناموسيات إلى نحو 50% من هذه البلدان. غير أن استخدام الناموسيات على مستوى المنازل هو أقل من امتلاك هذه الناموسيات نظراً لعدم المعرفة بفائدة الاستخدام المستمر لهذه الناموسيات. كما أن التوزيع المجاني لهذه الناموسيات من خلل EPI و ANC لا زال منخفضاً.

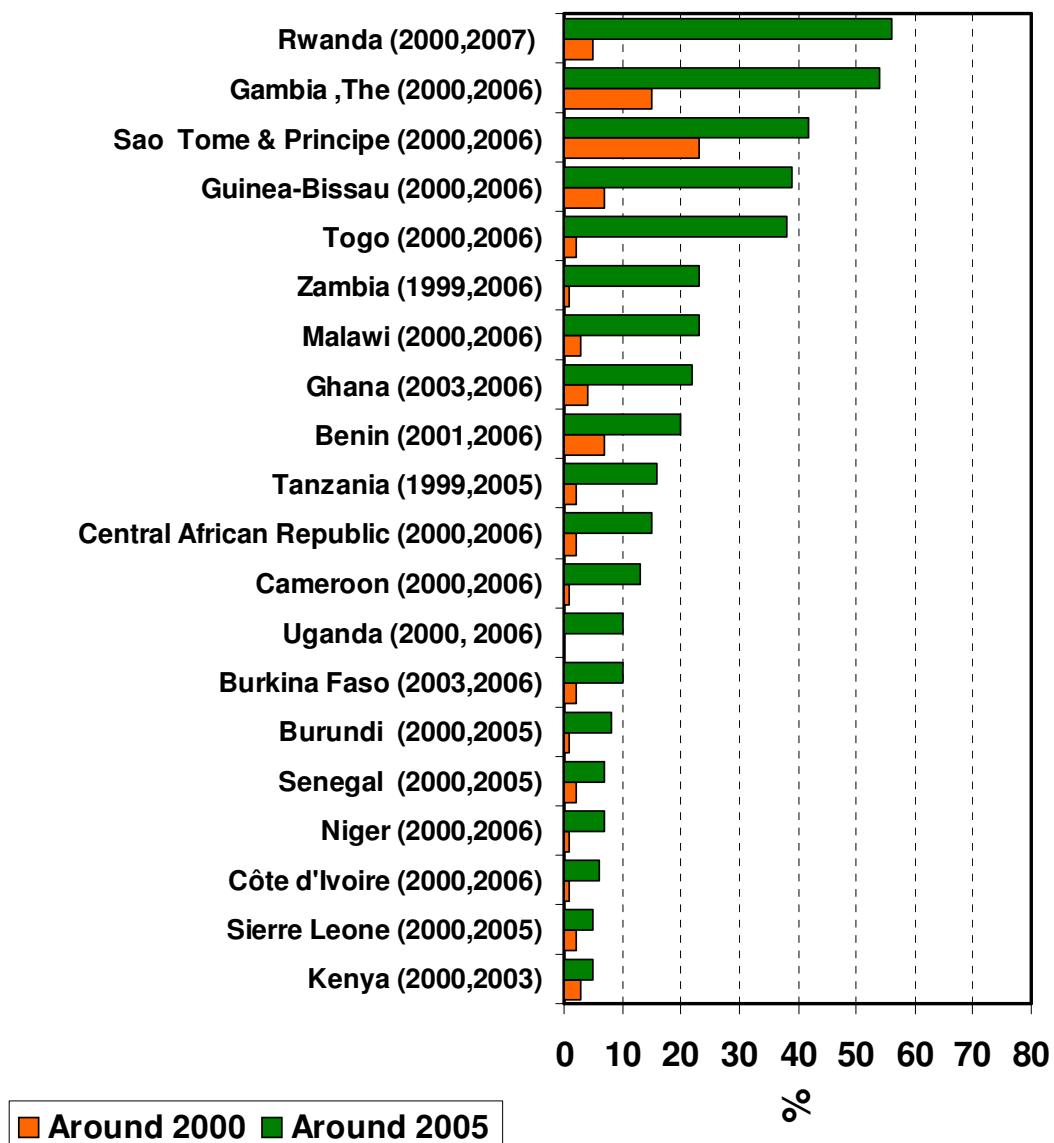
على مستوى الإقليم، تملك 25% من البيوت ناموسية واحدة على الأقل من أي نوع. بيد أن بعض البلدان مثل غينيا بيساو 79% الكونغو 76% النيجر 69%， وهذه

التغطية عالية بالناموسيات. وفيما يختص بالناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية تملك 12% من البيوت ناموسية واحدة على الأقل. وبنهاية سنة 2006 كان معدل التغطية في بعض البلدان بالناموسيات عاليًا مثل رواندا 50% جامبيا 50% غينيا بيساو 44% النيجر 43% وتوجو 40%.

وفي المتوسط ينام 8% من الأطفال تحت سن الخامسة تحت الناموسيات المعالجة، وتوضح الإحصائيات المتاحة من البلدان الأفريقية، أن استخدام الناموسيات بالنسبة للأطفال أقل من سن الخامسة قد تزايدت إلى ثلاثة أضعاف في 19 بلداً من سنة 2000. كما يوضح ذلك الشكل 2. فقد ارتفعت نسبة استخدام الناموسية بالنسبة للأطفال تحت سن الخامسة في سنوات 2006-2007 نسبة 40% في رواندا وجامبيا وغينيا بيساو وساوتومي وبرينسيبي كما يوضح ذلك الشكل 1. ولكن على الرغم من هذه الإنجازات فلا زال استخدام الناموسيات أقل من اللازم لتحقيق الأهداف الإقليمية والعالمية.

إن استخدام الناموسيات للنساء الحوامل أمر ضروري للوقاية من الملاريا. ويقدر على نطاق الإقليم أن نسبة 5% فقط من النساء الحوامل ينمن تحت الناموسيات. وقد حفقت بعض البلدان التي قدمت معلومات حديثة (2003-2007) مستوى أعلى من التغطية مثل بنين 20% رواندا 60%，إريتريا 50%，كينيا 37%，وملاوي 15%..

الشكل 2: اتجاهات استخدام الناموسيات للأطفال دون سن الخامسة في 19 بلد



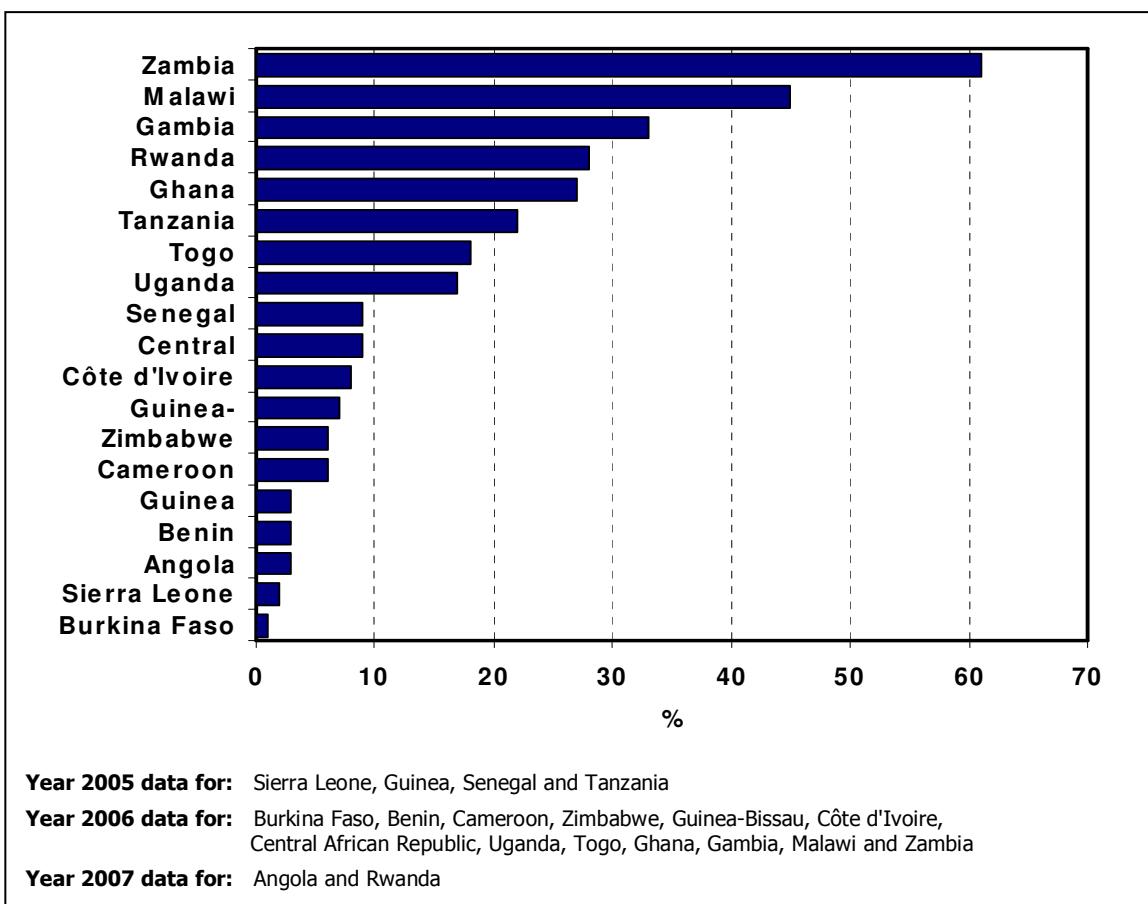
#### 2-4-2- المعالجة الوقائية للمalaria للنساء الحوامل:

إن العلاج الوقائي للنساء الحوامل باستخدام جرعتين على الأقل من SP هو طريقة سلية وآمنة لحماية كل من الأم وطفلها غير المولود من المalaria. وبنهاية 2007،

وفي كل البلدان الـ 35 التي قدمت تقارير حيث تمت التوصية بـ IPT قد اعتمدت سياسات نحو ذلك ، ولكن 20% فقط قد نفذتها على مستوى كل القطر. والبلدان الأخرى نفذتها على مستوى محدود. وقد ظلت التغطية بـ IPT منخفضة وتوضح البيانات الحديثة الصادرة من هذه البلدان أن التغطية كانت أقل بنسبة 10%. غير أن بعض البلدان مثل زامبيا 61%， ملاوي 45%， جامبيا 33% أي تغطية أعلى من IPT، لأنها اعتمدت بصورة رئيسية هذه السياسة للاستخدام مبكراً.

كما يوضح ذلك الشكل 2. إن زيادة استخدام IPT في البلدان التي ينتشر فيها وباء الملاريا يرتبط بصورة وثيقة بالالتغطية من الإرشاد والنصائح قبل الولادة برامج ANC ما دامت فكرة إعطاء جرعتين من برنامج ANC تعطى في المرحلة الثانية والثالثة من الحمل وعلى نطاق الإقليم كان ثلثا النساء الحوامل يتلقين استشارات بواسطة عمال صحة مدربين خلال فترة الحمل مرة واحدة على الأقل. بيد أن عدداً قليلاً منهم يتلقين ANC لأربع مرات، كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية . بينما يضيع الوقت على كثير منهم لتلقي الجرعتين فمثلاً في أوغندا (2001) حيث تلقت أكثر من 92% من النساء الحوامل استشارة واحدة على الأقل بموجب برنامج ANC تلقت 42% من النساء الحوامل أكثر 4 مرات في كينيا (2003) أي أنها كانت بنسبة 88% على التوالي.

الشكل 3 - نطية IPT في بلدان مختاراة سنة 2005-2007



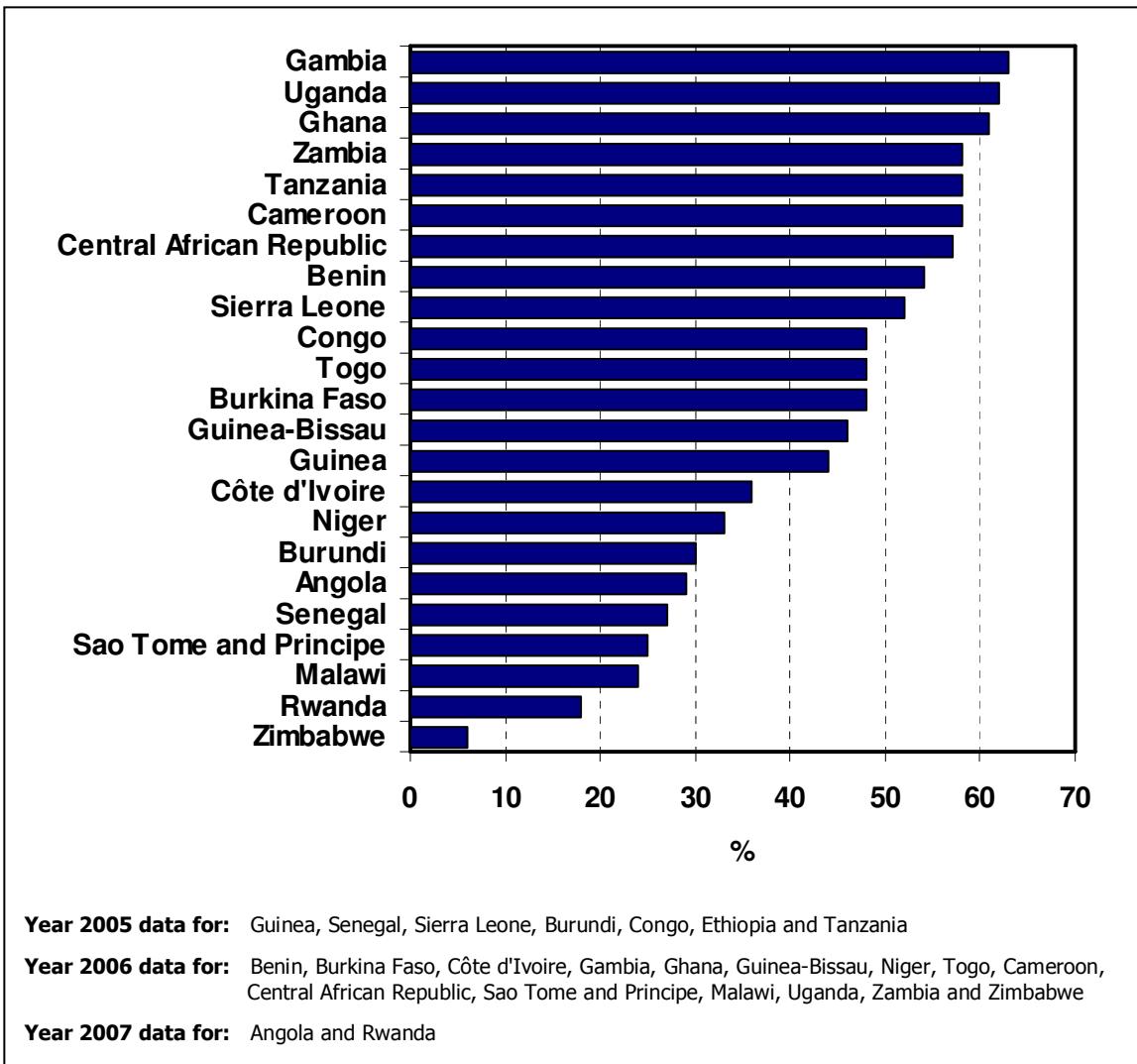
### 3-4-2- التغطية العلاجية:

منذ سنة 1998، أنشأت معظم بلدان الإقليم الفرعى موقع لرصد فعالية الدواء، وبناء على هذه النتائج، قامت كل البلدان ما عدا سوازيلاند والجزائر بإعادة النظر في سياساتها العلاجية ضد الملاريا واعتمدت ACTs كعلاج من الدرجة الأولى ضد الملاريا. وبنهاية 2007 كانت 25 بلدا تتفذ سياسة علاج ACT بين ينفذ 20 منهم هذه السياسة على مستوى كل البلد. ولقد مكن توفر التمويل من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا وغير ذلك من أنواع التمويل الأخرى هذه البلدان من تنفيذ السياسات العلاجية الجديدة. إن سياسة التغيير من العلاج بالكلوروكوين إلى ACT قد أوضحت تباطؤ تنفيذ الإدارة المحلية للملاريا HMM، وبحلول نهاية 2007 لم يكن أي من هذه البلدان قد استخدام سياسة ACT داخلياً لمكافحة الملاريا إلا في مشاريع نموذجية قليلة.

وعلى نطاق الإقليم يتلقى 34% من الأطفال الذين يعانون من الحمى أي علاج مضاد للملاريا وفي البلدان التي قدمت بيانات لسنة 2005-2006 تراوح نتائج الأدوية المضادة للملاريا من 5% إلى 62% كما يوضح الشكل 2. وخلال القيام بهذه الدراسات الاستقصائية كان من المقدر أن يتلقى 52% من الأطفال في جامبيا 51% في تنزانيا و 48% في غانا، و 45% في سيراليون، أي علاج مضاد للملاريا خلال 24 ساعة. ورغم أن بعض البلدان قد تكون حققت هدف أبوجا إلا أن معظم المعالجات كانت تتم بالكلوروكوين وأدوية أخرى غير فعالة.

وفي البلدان الـ14 التي قدمت بيانات حديثة والتي اعتمدت سياسة ACT فإن نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من الحمى والذين تم علاجهم بـACT كانت 2% فقط. وكانت العقبة الرئيسية للتوجه في استخدام ACT في هذه البلدان هي التمويل. حيث أن هذه الأدوية أكثر ثمناً، بالإضافة إلى سوء شبكات الإمدادات.

الشكل 4: نسبة حصول الأطفال الذين يعانون من الحمى لأي أدوية مضادة للملاريا في سنة 2007 – 2005.



#### 4-4-2 رش المنازل بالمبيدات (IRS):

منذ سنة 2005، كان هنالك اهتمام متعدد ببرامج رش المنازل بالمبيدات على نطاق واسع، بحسبانها عنصراً هاماً في مكافحة الملاريا. وقد أدخلت كثيير من البلدان برامج الرش (IRS) في استراتيجيات مكافحة الملاريا. بينما توسيع بلدان أخرى في البرامج الراهنة.

بنهاية سنة 2007 كان 25 بلداً من البلدان – 42 الموبوءة بالملاريا قد أدخلت برامج الرش IRS في استراتيجياتها الوطنية لمكافحة الملاريا. كما يوضح ذلك الشكل 4. ومن هذه البلدان يستعمل 17 بلداً بصورة روتينية الرش IRS كجزء من برامجها لمكافحة الملاريا. ويقوم 6 منها بتجربة الرش في مقاطعات قليلة بينما يفكر بلدان في تجربة الرش في مناطق نموذجية بغية التوسيع فيه لاحقاً.

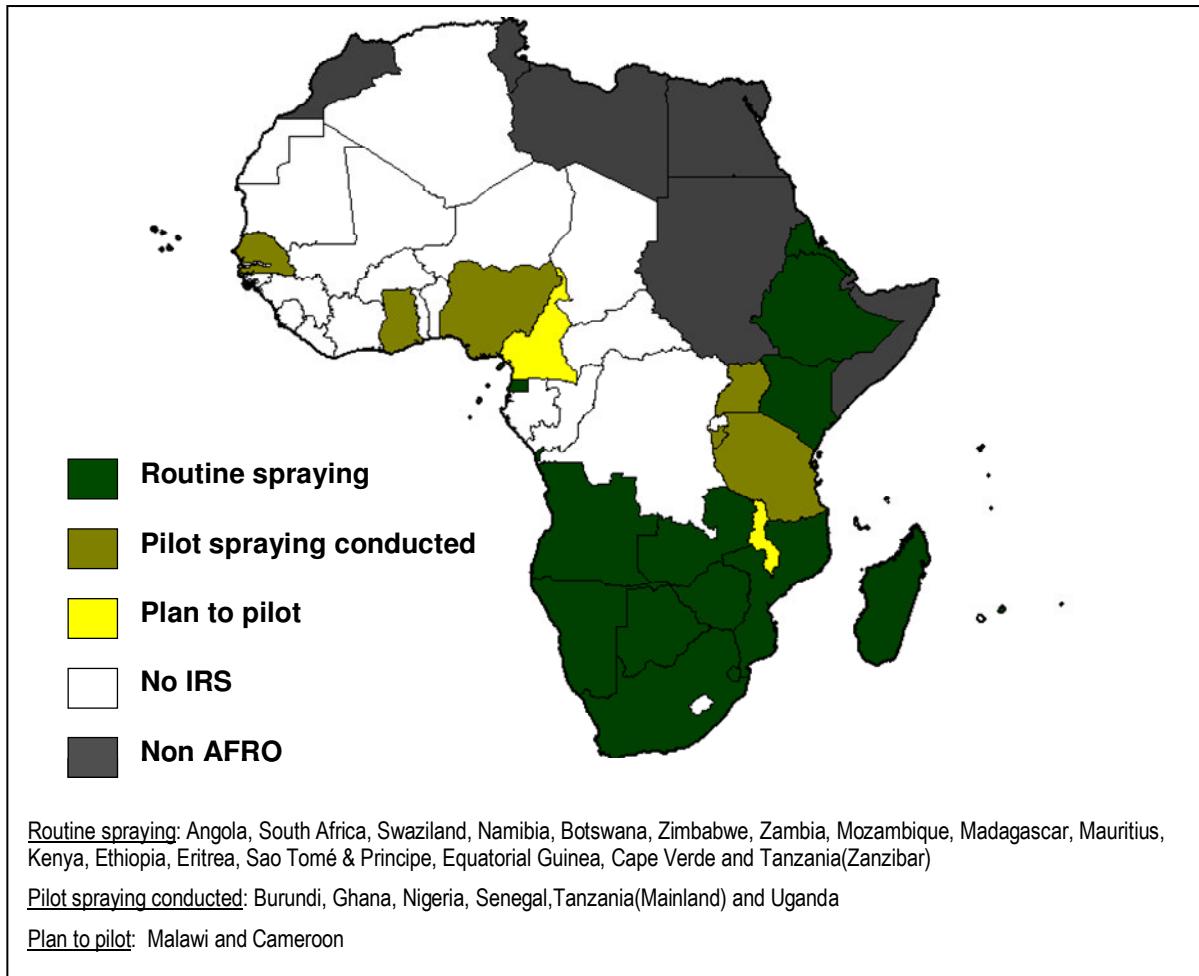
وتطبق سياسة الرش IRS في بلدان مثل بوتسوانا، الرأس الأخضر، إريتريا، إثيوبيا، كينيا، مدغشقر، موريشيوس، ناميبيا، جنوب أفريقيا، سوازيلاند وزيمبابوي، بصورة روتينية لمنع انتشار ومكافحة وباء الملاريا. وفي غينيا الاستوائية، موزمبيق، ساو تومي وبرينسيبي، تنزانيا (جزيرة زنجبار) وزامبيا، تستخدم سياسة الرش بصورة رئيسية في مناطق انتشار الملاريا. وباستثناء غينيا الاستوائية وبعض الأماكن في إثيوبيا تستخدم (LSDI) وفي زنجبار يجري القيام بحملات الرش IRS مرة كل سنة. وفي غانا، قامت إحدى شركات التعدين بإدخال نظام الرش IRS لحماية المنطقة التي يعيش فيها موظفوها.

في سنة 2006 - 2007، تم رش 5 مليون وحدة/هيكل باستخدام مجموعات مختلفة من المبيدات الحشرية. وقد كان متوسط التغطية بالرش في المناطق المستهدفة 83%. يتراوح ما بين 16% في كينيا، إلى 98% في مدغشقر. وبذلك تمت حماية نحو 21

مليون شخص كما يبين ذلك الجدول (2). وقد تم إثبات وتوثيق انخفاض نسبة حالات الملاريا والوفيات في البلدان التي تستخدم الرش IRS في بوتسوانا وغينيا الاستوائية وإريتريا ومدغشقر. (في الأماكن الذي استهدفت بالرش) وفي موريشيوس وجنوب أفريقيا وسوازيلاند وتزانيا (زنجبار)، تحظى برامج الرش IRS بموارد فنية ومالية كافية بصفة عامة.

ورغم أن هناك اهتمام متعدد للتوسيع في سياسة الرش IRS حتى في الأماكن التي يكثر فيها انتشار الوباء في أفريقيا. إلا أن هناك تحديات عديدة ينبغي التغلب عليها قبل التوسيع بصورة كبيرة في هذه السياسة. ففي معظم البلدان التي اعتمدت سياسة الرش IRS لا توجد قدرات تقنية كبيرة لإدارة برامج الرش IRS بصورة فعالة وبكفاءة. ومن الواضح أن اعتماد سياسة الرش والتوسيع فيها IRS يحتاج إلى استثمارات كبيرة ومستمرة..

الشكل ٥: حالة الرش داخل البيوت في الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية سنة ٢٠٠٧.



**الجدول 3: ملخص عن حالة الرش IRS حسب كل بلد 2006-2007 مواسم**

**الملاриا**

Country	Total population (million)	Population at risk (million)	Population covered (million)	Average operational coverage (%)[1]
Angola	15.4	15.4	0.65	95
Botswana	1.7	0.7	0.43	73
Burundi	7	6.6	0.098	96.5
Cape Verde	0.23	0.23	--	--
Eritrea	3.6	2.4	0.2	93
Ethiopia	73	50	5.98	87.2
Equatorial Guinea	0.5	0.5	--	60
Ghana	21.5	21.5	0.23	--
Kenya	32	22	0.55	16
Madagascar	18	18	1.25	98
Mauritius[2]	1.2	--	--	--
Mozambique	19	19	5.7	91
Namibia	2	0.7	0.4	86
Sao Tomé & Principe	0.15	0.15	0.14	87
South Africa	45	4.5	4	83
Swaziland	1	0.5	0.4 (80% of at risk)	93
Tanzania/Mainland	33	32	--	--
Tanzania/Zanzibar	1.2	1.2	1.02	96
Uganda	26	24.7	0.49	96
Zambia	11	11	0.77(40% of at risk)	84
Zimbabwe	12	5.5	2.2 (68% of at risk)	82

## ٥-٢ الحصول على الأدوية والتكنولوجيا الرخيصة

يوصى بصفة عامة باستخدام ACT للحالات غير المعقدة ونتيجة لذلك اعتمدت كل بلدان الإقليم ما عدا بلدين هذه السياسة ولكن كما أشرنا سابقاً هناك دائماً فجوة بين اعتماد السياسة وتنفيذها. نظراً لغلاء أسعار الأدوية ولضعف نظم الإمداد والمشتريات إلخ.

كانت هناك زيادة منذ سنة 2003، في الإنتاج ومشتريات أدوية ACT بالإضافة إلى ذلك قدمت مبادرات تمويل من الصندوق العالمي والبنك الدولي و PMI وبرامج الأمم المتحدة في البلدان الأفريقية لتنفيذ سياسات ACT ونتيجة لذلك كانت هناك زيادة ملحوظة في الحصول على أدوية ACT على النطاق العالمي وبينما تم الحصول في 2003 على ثلاثة مليون وحدة ACT إلا أنه في سنة 2006 تم الحصول على 100 مليون جرعة على مستوى العالم.

تم إنشاء مرفق الأدوية المقدور عليها والرخيصة للمalaria (AMF) لتخفيض تكلفة أدوية ACT كما يضمن هذا المرفق العلاج أرتيميزين العلاج المنفرد. قد أبطل استعماله لتقليل مخاطر حدوث مقاومة للعلاج. وهناك 4 أنواع ACT في طريقها إلى الظهور قريباً.

وحتى يمكن الحصول على إمدادات مستمرة للأدوية ACT زادت المادة الخام من أرتيميزيا وهي المادة التي تصنع منها أدوية ACT وأن بلدان أفريقيا عديدة تشارك في زراعة الأرتيميزيا.

خلال السنوات الخمس الأخيرة ظهرت أنواع من الناموسيات معالجة بالمبادرات طرحت في الأسواق. ويؤدي استعمال هذه الناموسيات المعالجة إلى القضاء على الحاجة لإعادة معالجة الناموسيات. ذلك أن هذه الناموسيات الجديدة لا تحتاج إلى إعادة معالجة خلال عمر الناموسية مما يضمن لها الكفاءة والفعالية. وقد عملت المبادرات التمويلية المذكورة أعلاه على توفير الجزء الأكبر من هذه الناموسيات مع شراء الناموسيات الجديدة فقط وذلك في السنوات الثلاثة الأخيرة.

زاد الإنتاج العالمي منذ سنة 2004 إلى الصعب من إنتاج الناموسيات المعالجة من 30 مليون سنة 2004 إلى 63 مليون سنة 2006 (المصدر اليونسيف و RBM) وهذه الزيادة في الإنتاج يدعمها توفر الموارد وتطوير شبكات توزيع جديدة قد أدى إلى توفر هذه الناموسيات وتوزيعها على المحجاجين إليها. وتوزع معظم هذه الناموسيات مجاناً بينما بقية الناموسيات الجديدة مدرومة بصورة كبيرة مما يوفر فرصاً أكبر للحصول عليها بواسطة المحجاجين.

يبد أنه توجد تحديات عديدة بالنسبة للتبؤ بالاحتياجات وتوفير التدفق المستمر في المعلومات عن هذه السلع من المنتجين ومن شبكات الإمداد والمستهدفين. وما لم يتم علاج هذه العناصر تكون هنالك خطورة تتمثل في النقص من مواد ACT في المستقبل.

## 2- البحث والتطوير:

أنشأت MOH آليات لوضع وتنسيق برامج البحث ذات الأولوية. وهناك تعاون مستمر مع TDR ومبادرات البحث الأخرى مثل مبادرة لقاحات الملاريا بين MBI ومبادرة أدوية الملاريا (MMV) وهذه تدعيمها مؤسسة بيل وماليндاجيتس لتحسين وتطوير تكنولوجيات جديدة.

## 7-2- الشراكات واستقطاب الدعم:

تم إنشاء شراكة RBM في سنة 1998، وبالتالي أنشأت كل بلدان الإقليم شراكات على المستوى الوطني. وكذلك تم إنشاء شراكات شبه إقليمية تجمع كل الشركاء الرئيسيين في المنطقة شبه الإقليمية، لتوحيد الدعم لمكافحة الملاريا في البلدان المختلفة. SRN لإقليم شرق أفريقيا، WARN لإقليم جنوب أفريقيا، CARN لإقليم وسط أفريقيا، SARN للجنوب الأفريقي.

ومنذ 2000 يتم الاحتفال بيوم 25 أبريل بحسبه يوم الملاريا في أفريقيا. وقد تم الاحتفال بهذه المناسبة في كل أنحاء المنطقة الإقليمية الفرعية وكذلك على المستويات الوطنية في البلدان الأفريقية المختلفة. وقد زاد الاحتفال بيوم الملاريا في أفريقيا من الدعاية ليوم الملاريا ووضع الملاريا على رأس قائمة الأولويات في الكثير من البلدان. وفي سنة 2006، قررت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية الاحتفال بيوم الملاريا العالمي الذي هو في نفس اليوم الملاريا في أفريقيا.

وقد أولى رؤساء دول وحكومات الاتحاد الأفريقي في مؤتمر قمتهم الخاصة بالإيدز والسل والملاريا والذي دعمته منظمة الصحة العالمية وكذلك النداء بضرورة توفير الأدوية والعلاج عناية خاصة بهذه المنجزات. وقد مكن التعاون الوثيق بين منظمة الصحة العالمية وشركاء التمويل الرئيسيين والمبادرات الأخرى من توفير أموال إضافية للبلدان الأفريقية. بيد أن العائق الرئيسي هو ضعف القدرات الإدارية على المستويات القطرية لاستيعاب هذه الأموال ولاستفادة منها وفشل في طلب تمويل إضافي.

## ٢-٨- الرصد والتقييم وكتابة التقارير:

يحتاج NMCP إلى نظم دقيقة ذات فعالية للرصد والتقييم لمعرفة مدى التقدم الحقيقى في تحقيق الأهداف. وتملك كل البلدان في المنطقة شبه الإقليمية برامج HMIS وبعضها ينفذ IDSR ويملك DHS منتظمة. ودراسات استقصائية MICS أو MIS توفر المعلومات بشأن مختلف التدخلات على صعيد البيوت والمنازل. وتتم مناقشة البيانات الواردة من الدراسات الاستقصائية عن 25 بيت تم القيام بها في سنة 2005-2007 في أجزاء أخرى من هذا التقرير.

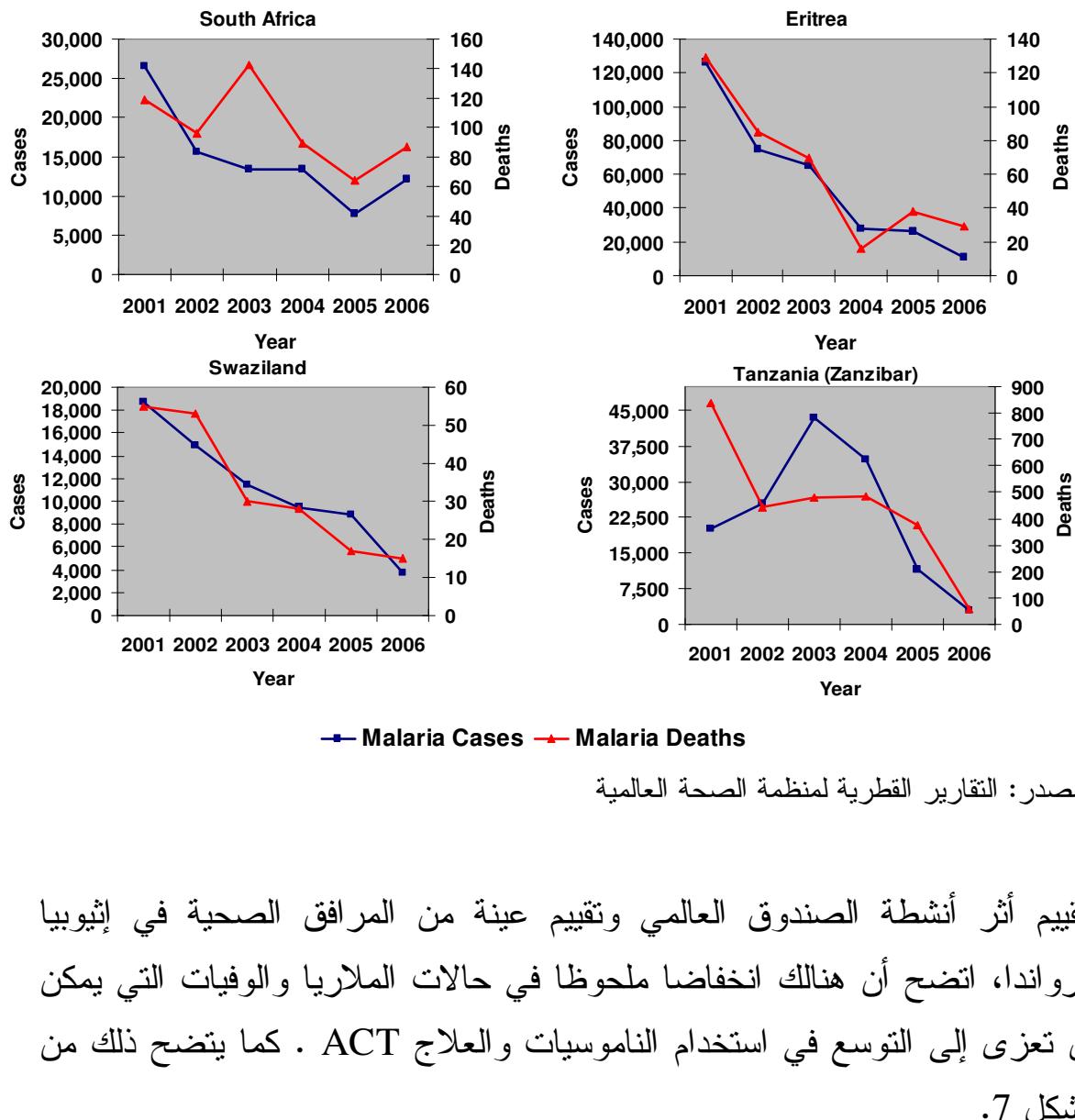
ورغم أن البيانات من HMIS و IDSR متوفرة على المستوى القطري إلا أن كتابة التقارير بشأنها لا يتم في الوقت المناسب. ومن الواضح أن هنالك حاجة لتحسين هذا الوضع من حيث الالتزام بالإطار الزمني وباكمال البيانات وكذلك استخدامها. مثلاً اكمال التقارير بشأن مرض الملاريا والوفيات الناتجة عنها لا زال يمثل تحدياً في أفريقيا. وتوضح التقارير المستلمة من البلدان في سنة 2005 اختلافات من حيث اكمال هذه التقارير من نسبة 40% إلى 99% بمتوسط 68%. وينبغيأخذ هذا المستوى من عدم الامتنال في الاعتبار عند تفسير النتائج (تقرير منظمة الصحة العالمية سنة 2006). مثلاً انخفض عدد البلدان التي أبلغت عن حالات ملاريا لمنظمة الصحة العالمية بصورة كبيرة إلا في السنوات التي تم فيها طلب البيانات من البلدان حتى يمكن تجميع تقارير دورية.

إن تفسير اتجاهات حدوث إصابات ملاريا ووفيات من جراءها باستخدام البيانات المتاحة أمر صعب نظراً لعدم اكمال التقارير وكتابة التقارير بغير الطرق المعيارية والاعتماد في معظم الأحيان عن التشخيص الإكلينيكي. بيد أنه وفي بلدان مختارة التي توسيع فيها التدخلات العلاجية والتي كتبت تقارير مكتملة ومستمرة مثل إريتريا، كينيا، أوغندا، ساوتومي وبرينسيبي، جنوب أفريقيا، سوازيلاند وجزيرة زنجبار في

تنزانيا. أوضحت هذه التقارير أن هناك انخفاضاً كبيراً في حالات الملاريا والوفيات على مستوى المرافق الصحية كما يوضح ذلك الشكل 6..

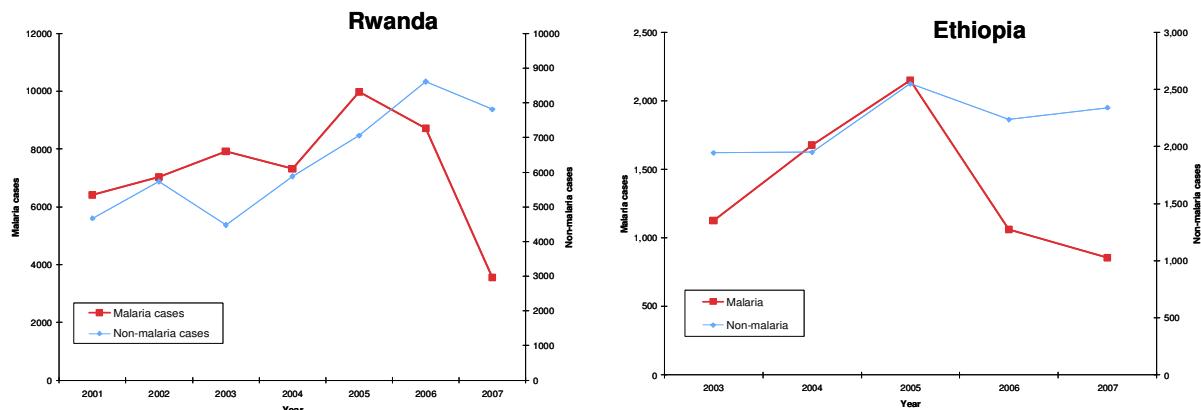
الشكل 6: أمثلة من البلدان التي انخفضت فيها حالات الملاريا على مستوى المرافق

الصحة سنة 2001



## الشكل 7: حالات الملاريا مقارنة بحالات أمراض أخرى غير الملاريا في مرافق

### صحية مختارة في رواندا وإثيوبيا



المصدر: منظمة الصحة العالمية، قصص نجاح الصندوق العالمي سنة 2007

### 2-9- التنفيذ على المستوى الوطني:

تقدم معظم بلدان الإقليم نحو النجاح في تحقيق الوصول العام إلى خدمات الوقاية من الملاريا والسيطرة عليها في كل البلدان المعرضة لهذا الوباء. وتتفذ كثير من البلدان صفقات شاملة من التدخلات العلاجية في نفس المنطقة الجغرافية لزيادة أثر المعالجة.

تمت مناقشة موضوع القضاء على الملاريا في عديد من دورات الاتحاد الأفريقي ولكن يتبقى الكثير قبل أن تكون البلدان جاهزة للقضاء على الملاريا.

تم اعتماد مبدأ "الوحدات الثلاثة" في عديد من البلدان. ورغم أن كل البلدان قد وضعت خطط استراتيجية حديثة للملاريا، وتملك آليات تنسيق قطرية إلا أن 5 بلدان فقط قد وضعت خطط شاملة للملاريا وتتكلفتها E, M و E.

**3- النتائج والتوصيات:****3-1- النتائج:**

حققت الدول الأعضاء تقدماً متوسطاً نحو تحقيق الأهداف الموضوعة في أبوجا 2000 و 2001، و RBM وألفية التنمية. وقد أبدت الدول التزاماً سياسياً متعاظماً واعتمدت سياسات أفضل وزادت معدلات التمويل للسيطرة على الملاريا من الحكومات ومن مؤسسات التنمية ومن مبادرات التنمية. بيد أن عدداً قليلاً من الحكومات قد حققت هدف تكريس 15% على الأقل من الصرف الحكومي لقطاع الصحة. وقد زادت تغطية تدخلات مكافحة الملاريا في بلدان عديدة. ورغم هذه الإنجازات التي تدعو إلى الثناء ينبغي عمل الكثير إذا ما أريد تحقيق هذه الأهداف. حالياً من المرجح أن يحقق عدد قليل جداً من البلدان أهداف أبوجا وأهداف ألفية التنمية وأهداف RBM ولعل العقبة الرئيسية نحو تحقيق هذه الأهداف تكمن في ضعف النظم الصحية التي تتسم بضعف الموارد البشرية وضعف الهياكل الأساسية وكذلك الفشل في تنفيذ صفة تدخلات شاملة في المنطقة الجغرافية نفسها لزيادة الأثر. كما تنبغي الإشارة إلى أن قليلاً من البلدان الأفريقية لا تعاني من انتشار الملاريا ولا يوجد هذا المرض بها. غير أن على هذه البلدان التزام جانب الحذر لأن الملاريا يمكن أن تدخل مجدداً لتمثّل عقبة.

**3-2 التوصيات:****تقديم التوصيات التالية:**

- 1- على البلدان زيادة التمويل لقطاع الصحة وخاصة لمكافحة الملاريا والوقاية منها.
- 2- تعزيز الشراكات على المستويات القطرية والاستخدام الأمثل للموارد وتفادي الآزادوجية.

3- ينبغي الاستثمار في النظم الصحية وتدعمها، ولا يمكن القضاء على الملاريا إلا بتدعم النظم الصحية.

4- توسيع فرص الحصول على أدوية ACT وعلى الناموسيات المعالجة وعلى تدخلات مكافحة الملاريا الأخرى من جانب كل البلدان التي تعاني من وباء الملاريا.

5- تدعيم البنية التحتية لشبكات الإمدادات والمشتريات وإدارتها لتعزيز فرص السيطرة على الملاريا والوقاية منها لتحسين الخدمات

6- ينبغي تعزيز نظم المراقبة والرصد والتقييم لمعرفة التقديم المحرز ومنع إعادة دخول الملاريا.

#### الاتحاد الأفريقي:

- التنفيذ الفعال لخطة مفوضية الاتحاد الأفريقي الإستراتيجية بشأن الإيدز وإطار العمل الاستراتيجي AWA 2005- 2007
- تعزيز التكامل الإقليمي والتعاون في مجالات مكافحة الأمراض.
- التأكيد من أن الإيدز والسل والمalaria مضمونة في إستراتيجية نيباد الصحية.
- التأكيد في تسريع مكافحة الملاريا والوقاية منها بهدف القضاء على الملاريا في أفريقيا بحلول 2010 باستعمال كل الاستراتيجيات المتاحة.
- التنسيق في شراكة عريضة مع المجتمع المدني والقطاع الخاص والتنفيذ الفعال لنداء أبوجا وتقديم تقارير سنوية لمؤتمر رؤساء دول وحكومات الاتحاد الأفريقي.

**يرجي في الجماعات الاقتصادية الإقليمية ومؤسسات الصحة الإقليمية الاضطلاع بما يلي:**

- تكثيف تنفيذ المبادرات الصحية القطرية والمشتركة فيما بين البلدان
- تنسيق الجهود فيما بين البلدان وتقديم الدعم للدول الأعضاء
- تعبئة الموارد لبرامج الإيدز والسل والمalaria في الأقاليم
- تقديم تقارير لمفوضية الاتحاد الأفريقي بشأن التقدم المحرز في تنفيذ نداء أبوجا
- تسريع العمل لمكافحة المalaria والوقاية منها والاستفادة في أفضل الممارسات في القارة بهدف القضاء على المalaria في أفريقيا باستخدام استراتيجيات المكافحة المتاحة بما في ذلك الرش داخل البيوت واستخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية واستخدام العلاج المركب ACT واستخدام.

**يرجي وكالات الأمم المتحدة والشركاء التنمية الاضطلاع بما يلي:**

- وضع إطار عمل شامل ودعم الشراكات والآليات المناسبة بصورة جيدة، خاصة القطاعين الخاص والعام والمجتمع المدني والمانحين الإقليميين والدوليين لتوفير فرص الحصول على الوقاية والعلاج والرعاية والدعم لأمراض الإيدز والسل والمalaria.

## References

1. WHO/AFRO (2007) *Overview of the Implementation of Indoor Residual Spraying of Insecticides for Malaria Control in the WHO African Region 2006 – 2007*
2. WHO/GMP (2007) *Global fund Success Stories in selected countries.*
3. UNICEF & RBM (2007) *Malaria & children progress in Intervention coverage.*
4. RBM (2007) *Malaria Landscape Report*
5. WHO (2007) *World Health Statistics 2007*
6. WHO/AFRO (2006) *Africa Malaria Report*
7. WHO (2005) *World Malaria Report 2005*
8. African Union (2006) *Progress Report on the implementation of the plans of action of the Abuja declarations on malaria (2000), HIV/AIDS and Tuberculosis (2001).*
9. African Union (2007) *Report of the third ordinary session of the African Union conference of Ministers of Health.*
- 10 Special Summit of African Union on HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria (ATM). Abuja, Nigeria. 2-4 May, 2006. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3
11. Abuja Call for Accelerated Action towards Universal Access to HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria services in Africa. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3

# ASSEMBLY/AU/5 (XI)

Page 39

## ANNEX I: CURRENT STATUS IN AND GAP ANALYSIS OF AFRICAN COUNTRIES VIS-À-VIS KEY MALARIA CONTROL INDICATORS AND TARGETS<sup>22</sup>

No.	Country/Intervention	Percentage of Households with at least one insecticide treated net		Percentage of febrile children receiving antimalarial medicines on the same or next day			Percentage of Pregnant Women receiving Intermittent Preventive Treatment		
		2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	2003-2006	Gap to 2010 Target (Abuja) (80% coverage)
1	Algeria	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Angola	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Benin	25%	-35%	-55%	25%	-35%	-55%	3%	-57%
4	Botswana	-	-	-	41%	-19%	-39%	-	-
5	Burkina Faso	23%	-37%	-57%	19%	-41%	-61%	1%	-59%
6	Burundi	8%	-52%	-72%	-	-	-	3%	-57%
7	Cameroon	20%	-40%	-60%	38%	-22%	-42%	6%	-54%
8	Central African Republic	17%	-43%	-63%	42%	-18%	-38%	9%	-51%
9	Chad	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Comoros	8%	-52%	-72%	-	-	-	-	-
11	Congo	-	-	-	22%	-38%	-58%	-	-
12	Congo, Dem. Rep. of the	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Côte d'Ivoire	6%	-54%	-74%	26%	-34%	54%	8%	-52%
14	Djibouti	18%	-42%	-62%	3%	-57%	-77%	-	-
15	Equatorial Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Eritrea	-	-	-	2%	-58%	-78%	-	-
17	Ethiopia	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%	-	-
18	Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Gambia, The	50%	-10%	-30%	52%	-8%	-28%	33%	-27%
20	Ghana	19%	-41%	-61%	48%	-12%	-32%	27%	-33%
21	Guinea	1%	-59%	-79%	14%	-46%	-66%	3%	-57%
22	Guinea-Bissau	44%	-16%	-36%	27%	-33%	-53%	7%	-53%
23	Kenya	6%	-54%	-74%	11%	-49%	-69%	4%	-56%
24	Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Liberia	6%	-54%	-74%	-	-	-	-	-
26	Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Malawi	36%	-24%	-44%	20%	-40%	-60%	45%	-15%
28	Mali	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Mauritania	1%	-59%	-79%	12%	-48%	-68%	-	-
30	Mozambique	-	-	-	8%	-52%	-72%	-	-
31	Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-
32	Niger	43%	-17%	-37%	25%	-35%	-55%	0%	-60%
33	Nigeria	2%	-58%	-78%	25%	-35%	-55%	1%	-59%
34	Rwanda	15%	-45%	-65%	3%	-57%	-77%	0%	-60%
35	Sao Tome and Principe	36%	-24%	-44%	17%	-43%	-63%	-	-
36	Senegal	20%	-40%	-60%	12%	-48%	-68%	9%	-51%
37	Sierra Leone	5%	-55%	-75%	45%	-15%	-35%	2%	-58%
38	Somalia	12%	-48%	-68%	3%	-57%	-77%	1%	-59%
39	South Africa	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Swaziland	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Tanzania, United Rep. of	23%	-37%	-57%	51%	-9%	-29%	22%	-38%
43	Togo	40%	-20%	-40%	38%	-22%	-42%	18%	-42%
44	Uganda	16%	-44%	-64%	29%	-31%	-51%	17%	-43%
45	Zambia	44%	-16%	-36%	37%	-23%	-43%	61%	1%
46	Zimbabwe	9%	-51%	-71%	3%	-57%	-77%	6%	-54%

**Annex 2 Key malaria indicators**

Countries														
	Proportion of households owning at least one ITN		Proportion of children under five years who slept under an ITN		Proportion of pregnant women sleeping under an ITN		Proportion of under fives with fever who received an antimalarial		Proportion of under fives with fever who received an antimalarial within 24 hours of onset of fever		Proportion of pregnant women who received at least two doses of IPT in the last pregnancy		Reported malaria (clinical or confirmed cases)	
	%	Year	%	Year	%	Year	%	Year	%	Year	%	Year	Number	Year
<b>AFRO</b>														
<b>Western</b>														
Algeria													293	2006
Benin	25	2006	20	2006	20	2006	54	2006	25	2006	3	2006	861,847	2006
Burkina Faso	23	2006	10	2006	3	2003	48	2006	41	2006	1	2006	2,060,867	2006
Cape Verde													70	2006
Côte d'Ivoire	6	2006	6	2006			36	2006	26	2006	8	2006	1,075,017	2006
Gambia	50	2006	49	2006			63	2006	52	2006	33	2006	266,188	2006
Ghana	19	2006	22	2006	3	2003	61	2006	48	2006	27	2006	3,511,452	2006
Guinea	1	2005	0	2005	0	2005	44	2005	14	2005	3	2005	834,835	2005
Guinea-Bissau	44	2006	39	2006			46	2006	27	2006	7	2006	148,720	2006
Liberia	6	2005	3	2005									1,105,272	2005
Mali			8	2003	19	2003			36	2003			1,022,592	2003
Mauritania	1	2003/4	2	2003/4			33	2003/4	12	2003/4			188,025	2003
Niger	43	2006	7	2006	7	2006	33	2006	25	2006	0	2006	622,127	2006
Nigeria	2	2003	1	2003	1	2003	34	2003	25	2003	1	2003	2,734,459	2003
Senegal	20	2005	7	2005	9	2005	27	2005	12	2005	9	2005	1,555,310	2005
Sierra Leone	5	2005	5	2005			52	2005	45	2005	2	2005	160,666	2005
Togo	40	2006	38	2006			48	2006	38	2006	18	2006	566,450	2006
<b>Central</b>														
Angola													2,283,097	2006
Burundi	8	2005	8	2005			30	2005	19	2005			1,334,944	2005
Cameroon	20	2006	13	2006	1	2004	58	2006	38	2006	6	2006	634,507	2006
Central African Republic	17	2006	15	2006			57	2006	42	2006	9	2006	114,403	2006
Chad			1	2000			32	2000					46,233	2000
Congo	8	2005	6	2005	4	2005	48	2005	22	2005			157,757	2005
DRC			1	2001			52	2001					5,008,956	2001
Equatorial Guinea			1	2000			49	2000						
Gabon													118,104	2006
Rwanda	50	2007	56	2007	60	2007	18	2007	11	2007	28	2007	1,418,762	2007
Sao Tome and Principe	36	2006	42	2006			25	2006	17	2006			7,293	2006
<b>Eastern &amp; Southern</b>														
Botswana		9	2007	7	2007	6	2007	10	2007	4	2007		23,514	2007
Comoros			9	2000			63	2000					54,830	2000
Eritrea		73	2004	48	2004	50	2004	4	2002	8	2004		20,203	2004
Ethiopia			2	2005	1	2005	3	2005	1	2005			3,759,960	2005
Kenya	50	2006	51	2006	37	2006	27	2003	11	2003	4	2003	7,958,704	2003

# ASSEMBLY/AU/5 (XI)

## Page 41

Lesotho												
Madagascar	0	2000		34	2003/4						1,003,766	2003/4
Malawi	23	2006	15	2004	24	2006	20	2006	45	2006	4,204,468	2006
Mauritius											16	2006
Mozambique					15	2003	8	2003			6,269,434	2003
Namibia					14	2000					293,224	2000
Seychelles												
South Africa											12,098	2006
Swaziland												
Tanzania	23	2004/5	16	2004/5	16	2004/5	58	2004/5	51	2004/5	22	2004/5
Uganda	16	2006	10	2006	10	2006	62	2006	29	2006	17	2006
Zambia	44	2006	23	2006	24	2006	58	2006	37	2006	61	2006
Zimbabwe	9	2005/6	3	2005/6	3	2005/6	5	2005/6	3	2005/6	6	2005/6
											1,535,877	2005/6

Sources: UNICEF Multiple Indicator Cluster Studies (MICS); Demographic and Health Surveys (DHS); Malaria Indicator Surveys; ITM

Other surveys at sub-national level

Note: (Blank) No Information available

—

2008

# **Status report on malaria prepared in framework of progress report on the implementation of the commitments of the May 2006 Abuja special summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (ATM)**

African Union

African Union

---

<http://archives.au.int/handle/123456789/442>

*Downloaded from African Union Common Repository*