

AFRICAN UNION



UNION AFRICAINE

الاتحاد الأفريقي

UNIÃO AFRICANA

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

Website: www.africa-union.org

مؤتمر الاتحاد الأفريقي

الدورة العادية 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 والملاريا وغيرها من الأمراض المعدية. وفي دورتهم الخاصة في أبوجا في مايو 2006 أعادوا تأكيد هذه التعهدات وألزموا أنفسهم وبلدانهم بتكثيف العمل نحو الوصول العام لخدمات أمراض نقص المناعة والسل والملاريا. 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 الملاريا في أفريقيا حتى نهاية 2007 إلا إذا نص على غير ذلك.

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

لزيادة حرية الوصول إلى خدمات مكافحة الملاريا في أفريقيا، عملت 74% من البلدان على إلغاء الضرائب على المواد المضادة للملاريا وقام 64% من هذه البلدان بإلغاء ضرائب أو إدخال تخفيضات كبيرة على ناموسيات الملاريا بينما ألغى 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 تنفذ 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 بالكوروكوين 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/هيكلم 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) لتخفيض 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 بحسابه 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 اكتمال البيانات والتقارير، والتقارير غير المعيارية والاعتماد بصفة رئيسية على التشخيص الأكلينيكي. 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 هنالك 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 حددتها أوجا سنة 2001 و RBM وأهداف ألفية التنمية. 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.

1- خلفية:

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 يستفيد 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:

تخفيض 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 الناموسيات و IRS

- 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.

بحلول 2015:

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

أهداف ألفية 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:¹

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

¹القمة 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 والملاريا"².

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

1- القيادة على المستويات الوطنية والإقليمية والقارية

2- تعبئة الموارد

3- حماية حقوق الإنسان

4- تخفيض حدة الفقر والصحة والتنمية

5- تعزيز النظم الصحية

6- الوقاية والعلاج والعناية والدعم

7- الحصول على أدوية وتكنولوجيات 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 العبء 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 العبء الكبير من الملاريا سوف تستهدف السيطرة على المرض وبذلك تخفض من حالات الملاريا بحسبانها مشكلة صحة

²نداء أبوجا من أجل تسريع الوصول العام لخدمات الإيدز والسل والملاريا في أفريقيا

عامة. من خلال تكثيف الجهود (SUFI) 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 ألفية 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 ومخصصاً 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

للموقاية والعلاج من الملاريا بغية تخفيض عبء الملاريا إلى المستوى الذي لا تمثل فيه بعد ذلك مصدر قلق للصحة العامة. وينبغي أن تتكون 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 وحدوثها 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 مرافق جيدة والعمل بصورة نشطة على اكتشاف الحالات وطرق العلاج ونظم الإشراف المستمر

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

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

في البلدان مثل مصر، ليبيا، تونس، سيشيل، حيث تم وقف انتشار المرض الذي أعلن 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 ألفية التنمية. لقد تم تجميع التقرير من التقارير المنشورة وغير المنشورة التي تمت مراجعتها وتلخيصها لكي تعطي صورة شاملة عن الوضع في الإقليم. وحيثما كان ممكناً 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 ممكناً الحصول على معلومات حديثة عن كل البلدان حيث أن الاهتمام كان منصباً 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 للملاريا (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 والتنسيق وإشراك الآخرين كشركاء في مكافحة الملاريا وكذلك في تعبئة الموارد من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والملاريا والسل.

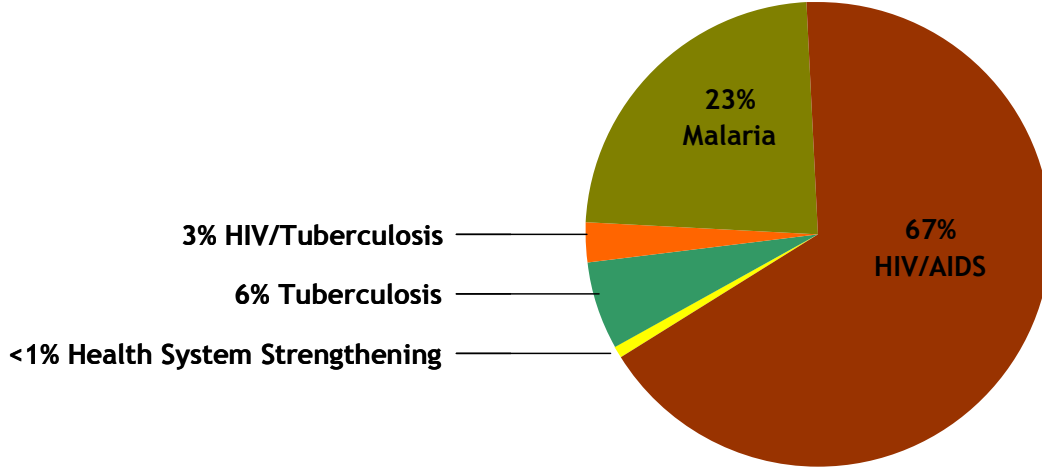
تعبئة الموارد:

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 الملاريا لتكملة الصرف الحكومي على الصحة. وكذلك تمت ترتيبات ثنائية ومتعددة الأطراف في بلدان معينة. وكانت المبادرة الرئيسية لتمويل مكافحة الملاريا من الصندوق العالمي لمحاربة الإيدز والسل والملاريا ومن برامج البنك الدولي ومبادرة الرؤساء للملاريا ومن بنك التنمية الإسلامي. كما كانت مساهمات مؤسسة "بيل" وماليندا جيتس" رئيسية في البحوث المتصلة بالملاريا التي تهدف لتطوير وتحسين أدوات مكافحة الملاريا.

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

الشكل 1: تخصيص الموارد في الصندوق العالمي بالنسبة لكل مرضى



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

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

ومن المقدر أن تكون قد صرفت في 2007 نحو 645 مليون دولار على مكافحة الملاريا 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%
TOTAL	645,119,290	

تلقت 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 للتمويل 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%
	7	14,652,196	24,490,417	-	-	-
Burkina Faso	2	7,499,988	7,499,988	7,119,071	95%	95%
	7	19,093,226	41,432,214	-	-	-
Burundi	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%
Rwanda	3	39,023,049	39,023,049	17,676,232	45%	45%
	5	39,649,362	39,649,362	28,140,771	71%	71%
Sao Tome and Principe	4	3,484,859	3,484,859	2,453,215	70%	70%
	7	4,234,962	8,698,492	-	-	-
Senegal	1	4,285,714	4,285,714	1,526,770	36%	36%
	4	28,778,260	28,778,260	21,725,500	75%	75%
	7	30,302,135	68,029,925	-	-	-
Sierra Leone	4	8,886,123	14,855,611	6,956,097	78%	47%
	7	10,011,250	26,108,640	-	-	-
Swaziland	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	-	-	-
Togo	3	5,885,906	5,885,906	4,220,865	72%	72%
	4	10,694,981	10,694,981	5,541,215	52%	52%
	6	6,976,629	10,770,258	3,616,885	52%	34%
Uganda	2	23,211,300	23,211,300	21,054,781	91%	91%
	4	66,432,148	158,047,079	59,071,374	89%	37%
	7	51,422,198	125,571,990	-	-	-
Zambia	1	39,273,800	39,273,800	24,145,873	61%	61%
	4	43,495,326	43,495,326	22,460,576	52%	52%
	7	18,003,233	37,502,022	-	-	-
Zanzibar (Tanzania)	1	1,153,080	1,153,080	1,153,080	100%	100%
	4	8,438,788	8,438,788	5,270,954	62%	62%
Zimbabwe	1	8,559,911	8,559,911	8,250,984	96%	96%
	5	20,121,670	28,491,009	6,798,371	34%	24%
TOTAL		1,690,460,090	2,462,200,849	937,912,359	55%	38%

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 IPT, ITN, و IRS.

2-4-1- الناموسيات المعالجة ضد الحشرات (ITNs):

لزيادة التدخلات لمكافحة الملاريا عملت 74% من البلدان على رفع الضرائب عن كل المواد المضادة للملاريا، 74% منها قد ألغت 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 وخصوصا بالنسبة للأطفال الصغار والنساء الحوامل مع إعطائها هذه الناموسيات مجانا أو بسعر مدعوم بصورة كبيرة.

وفي 2006-2007، تم توزيع 33 مليون ناموسية في 22 بلدا. وبصفة خاصة العمل على زيادة حملات التحصين وتقديم 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 خلال EPI و ANC لا زال منخفضاً.

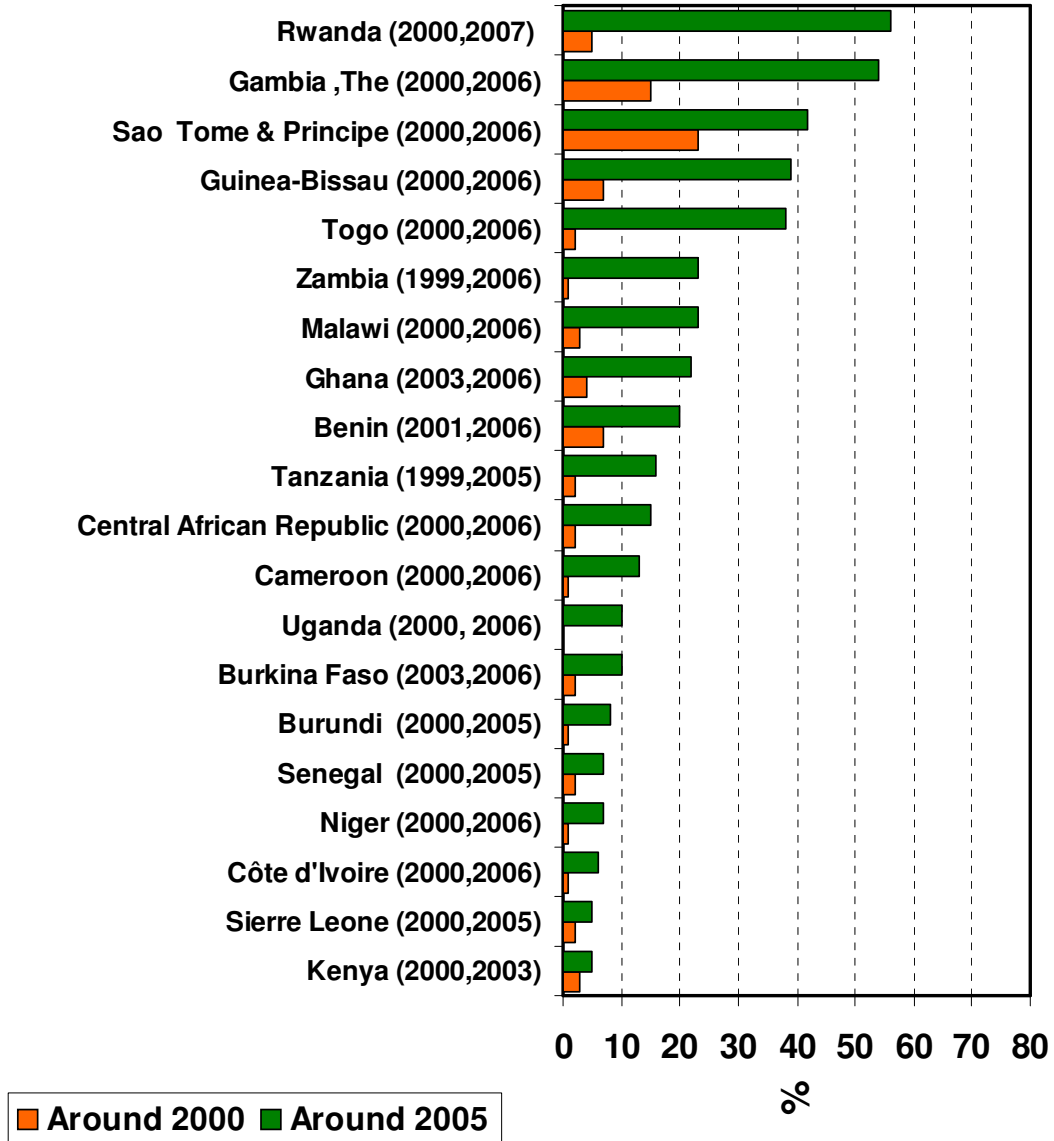
على مستوى الإقليم، تملك 25% من البيوت ناموسية واحدة على الأقل من أي نوع. بيد أن بعض البلدان مثل غينيا بيساو 79% الكونغو 76% النيجر 69%، وهذه

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 عالياً 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 حققت 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



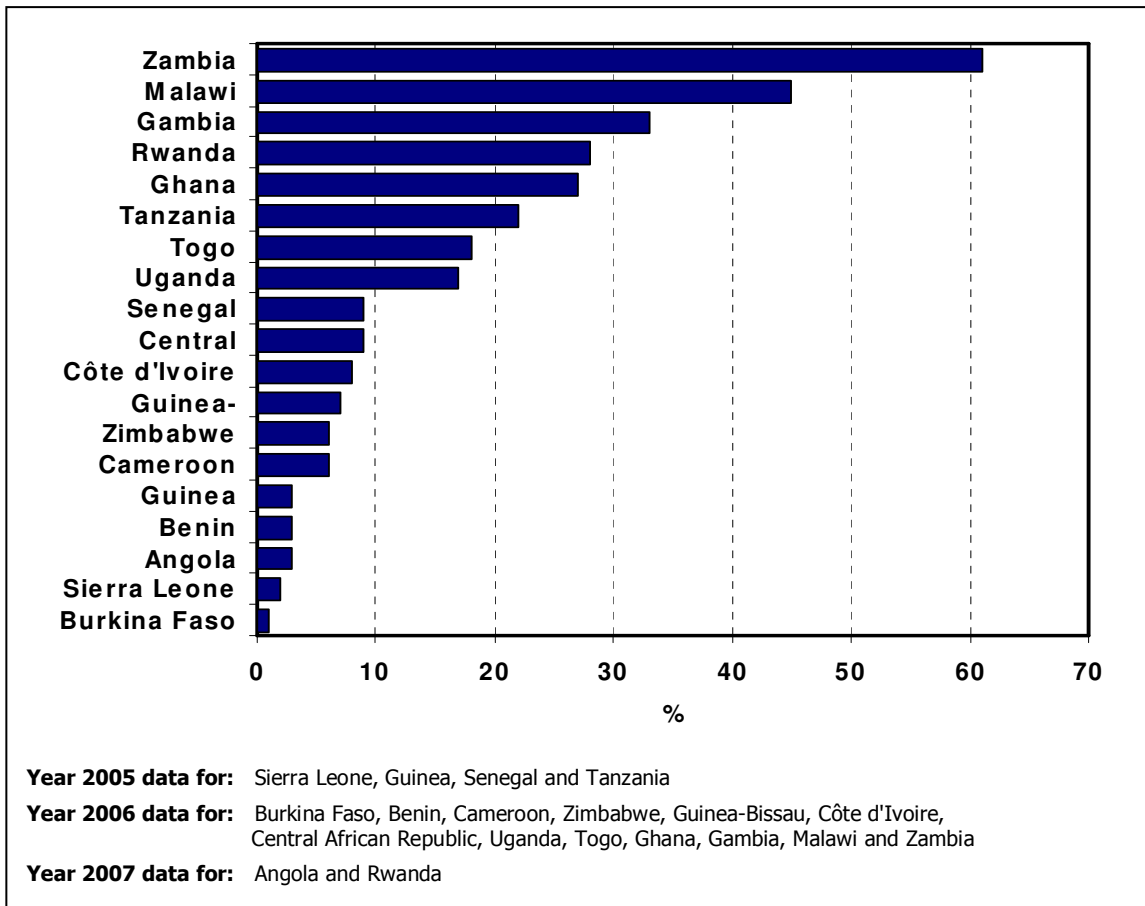
2-4-2- المعالجة الوقائية للملاريا للنساء الحوامل:

إن العلاج الوقائي للنساء الحوامل باستخدام جرعتين على الأقل من SP هو طريقة سليمة وأمنة لحماية كل من الأم وطفلها غير المولود من الملاريا. 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 بالتغطية من الإرشاد والنصح 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 عددا قليلا منهن يتلقين ANC لأربع مرات، كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية . بينما يضيع الوقت على كثير منهن لتلقي الجرعتين فمثلا 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% و 52% على التوالي.

الشكل 3- تغطية IPT في بلدان مختارة سنة 2005-2007.



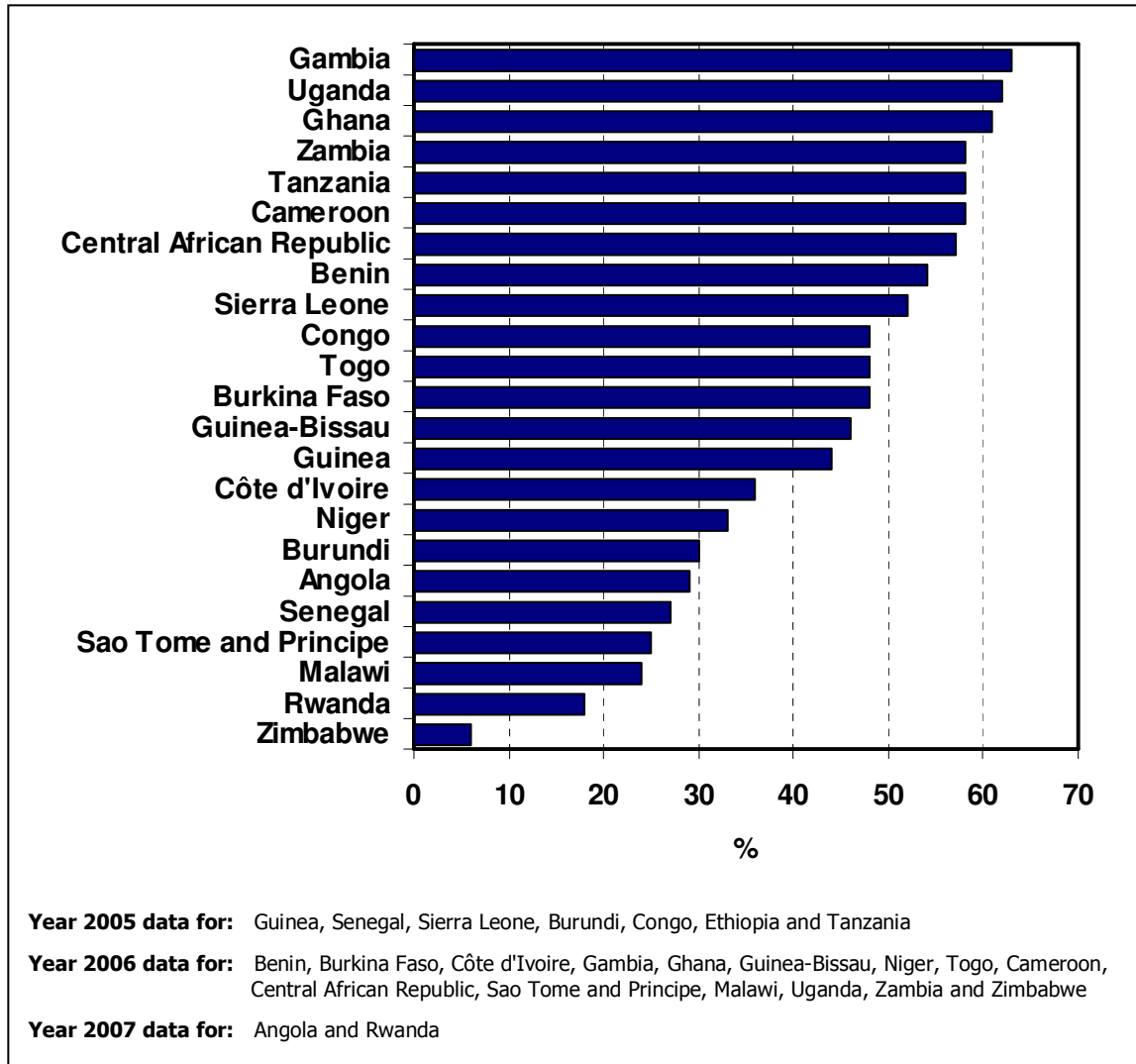
2-4-3- التغطية العلاجية:

منذ سنة 1998، أنشأت معظم بلدان الإقليم الفرعي مواقع 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 تنفذ 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 الـ ACT قد أوضحت تباطؤ تنفيذ الإدارة المحلية للملاريا HMM، وبحلول نهاية 2007 لم يكن أي من هذه البلدان قد استخدم سياسة ACT داخليا 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 تلقي الأدوية المضادى 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، و45% 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 للتوسع 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 2005 - 2007.



2-4-4- رش المنازل بالمبيدات (IRS):

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

بنهاية سنة 2007 كان 25 بلداً من البلدان الـ 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 التوسع فيه لاحقاً.

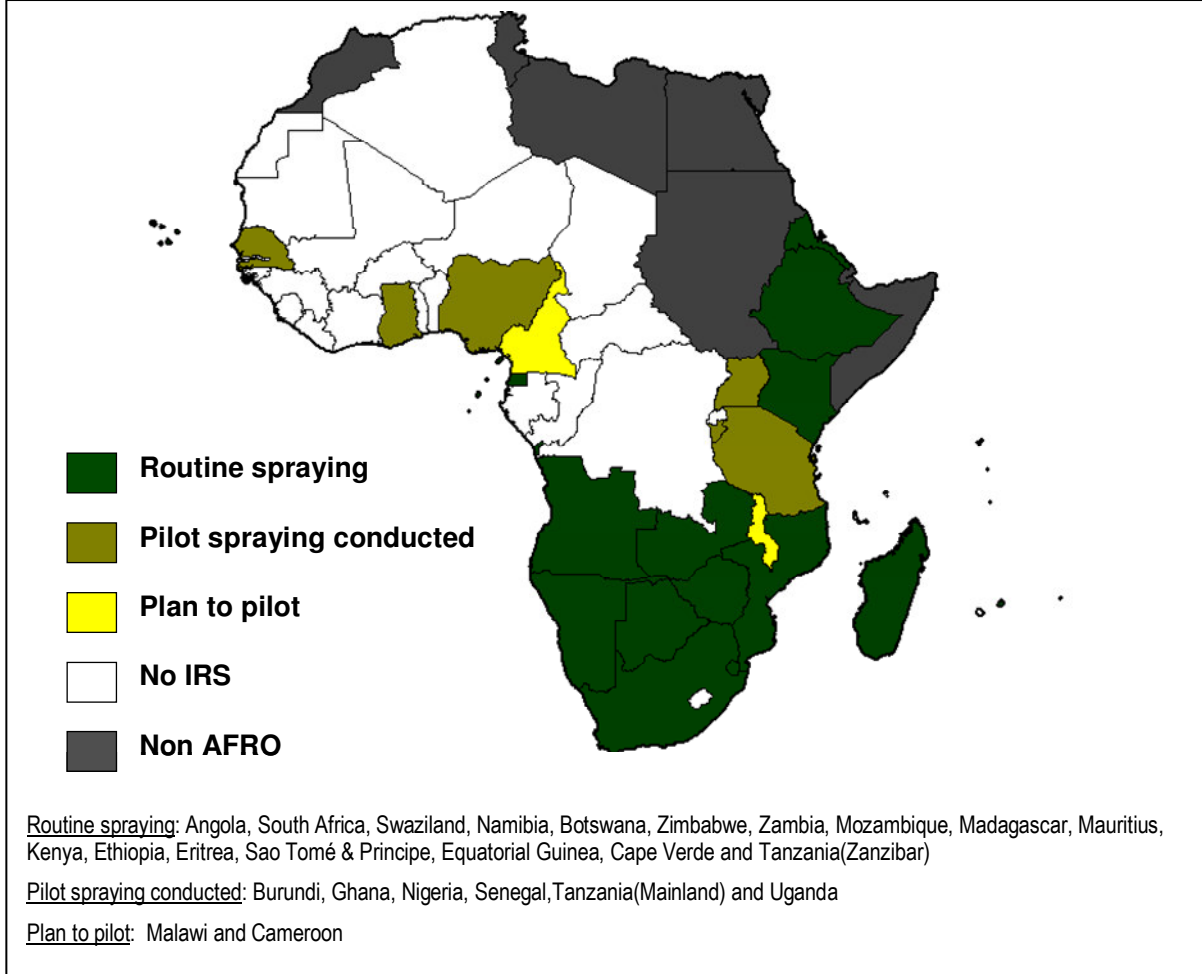
وتطبق سياسة الرش IRS في بلدان مثل بوتسوانا، الرأس الأخضر، إريتريا، إثيوبيا، كينيا، مدغشقر، موريشيس، نامبيا، جنوب أفريقيا، سوازيلاند وزيمبابوي، بصورة روتينية لمنع انتشار ومكافحة وباء الملاريا. وفي غينيا الاستوائية، موزمبيق، ساوتومي وبرينسيبي، تنزانيا (جزيرة زنجبار) وزامبيا، تستخدم سياسة الرش بصورة رئيسية 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 موريشيس وجنوب أفريقيا وسوازيلاند وتنزانيا (زنجبار)، تحظى برامج الرش IRS بموارد فنية ومالية كافية بصفة عامة.

ورغم أن هناك اهتمام متجدد للتوسع في سياسة الرش IRS حتى في الأماكن التي يكثر فيها انتشار الوباء في أفريقيا. إلا أن هناك تحديات عديدة ينبغي التغلب عليها قبل التوسع 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 والتوسع فيها IRS يحتاج إلى استثمارات كبيرة ومستمرة..

الشكل 5: حالة الرش داخل البيوت في الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية سنة 2007.



المصدر: من تقارير منظمة الصحة العالمية عن الإقليم الأفريقي سنة 2007 عن حالة الرش IRS لمكافحة الملاريا

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

المالريا

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 & Príncipe	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

2-5- 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 سابقا هناك دائما فجوة بين اعتماد السياسة وتنفيذها. نظراً لغلاء أسعار الأدوية ولضعف نظم الإمداد والمشتريات إلخ.

كانت هنالك 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 هنالك زيادة ملحوظة في الحصول على أدوية ACT على النطاق العالمي وبينما تم الحصول في 2003 على ثلاثة مليون وحدة ACT إلا انه في سنة 2006 تم الحصول على 100 مليون جرعة على مستوى العالم.

تم إنشاء مرفق الأدوية المقذور عليها والرخيصة للملاريا (AMF) لتخفيض تكلفة أدوية ACT كما يضمن هذا المرفق العلاج أرتيميزنين العلاج المنفرد. قد أبطل استعماله لتقليل مخاطر حدوث مقاومة للعلاج. وهنالك 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 أفريقية عديدة تشارك في زراعة الأرتيميزيا.

خلال السنوات الخمس الأخيرة ظهرت أنواع من الناموسيات معالجة بالمبيدات 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 الضعف من إنتاج الناموسيات المعالجة من 30 مليون سنة 2004 إلى 63 مليون سنة 2006 (المصدر اليونيسيف و RBM) وهذه الزيادة في الإنتاج يدعمها توفر الموارد وتطوير شبكات توزيع جديدة قد أدى إلى توفر هذه الناموسيات وتوزيعها على المحتاجين إليها. وتوزع معظم هذه الناموسيات مجاناً بينما بقية الناموسيات الجديدة مدعومة بصورة كبيرة مما يوفر فرصاً أكبر للحصول عليها بواسطة المحتاجين.

بيد أنه توجد تحديات عديدة بالنسبة للتنبؤ 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.

2-6- البحث والتطوير:.

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

2-7- 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 بحسابه 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 والفضل في طلب تمويل إضافي.

2-8- الرصد والتقييم وكتابة التقارير:.

يحتاج NMCP إلى نظم دقيقة ذات فعالية للرصد والتقييم لمعرفة مدى التقدم الحقيقي 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.

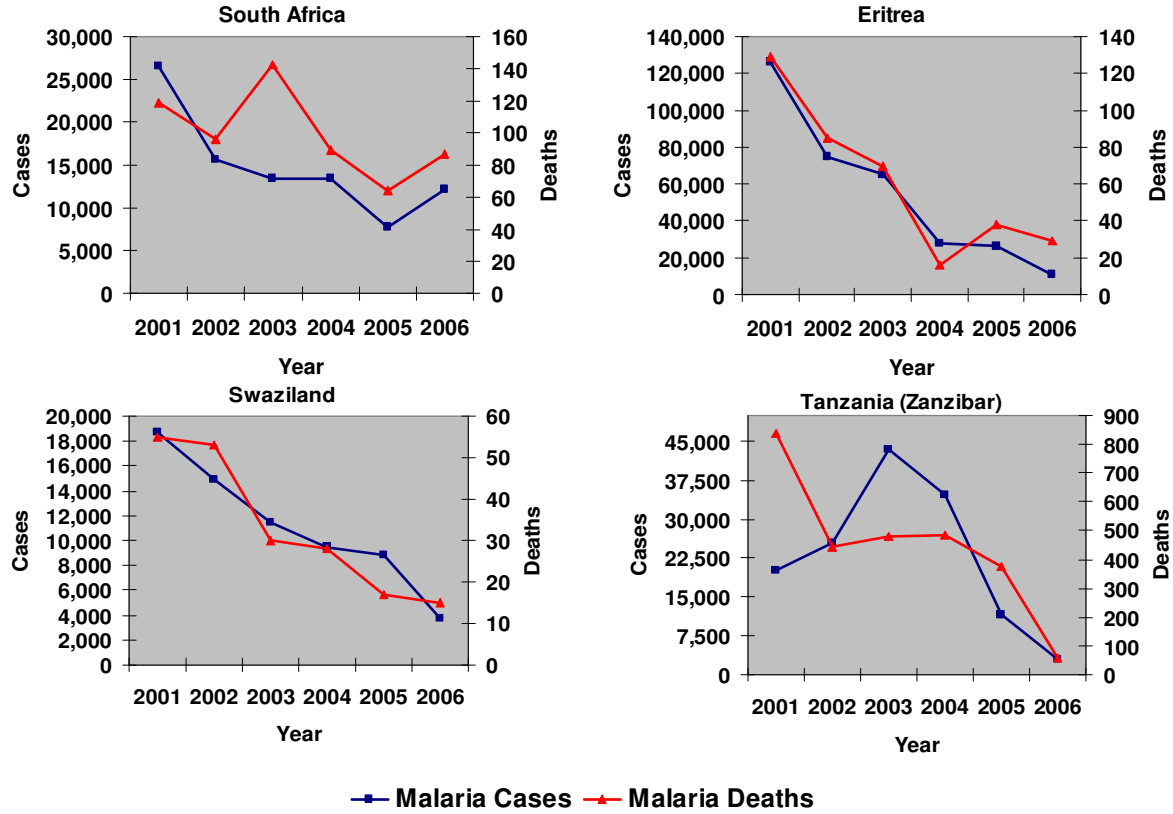
ورغم أن البيانات من HMIS و IDSR متوفرة على المستوى القطري إلا أن كتابه التقارير بشأنها لا يتم في الوقت المناسب. ومن الواضح أن هنالك حاجة لتحسين هذا الوضع من حيث الالتزام بالإطار الزمني وباكتمال البيانات وكذلك استخدامها. مثلاً اكتمال التقارير بشأن مرض الملاريا والوفيات الناتجة عنها لا زال يمثل تحدياً في أفريقيا. وتوضح التقارير المستلمة من البلدان في سنة 2005 اختلافات من حيث اكتمال هذه التقارير من نسبة 40% إلى 99% بمتوسط 68%. وينبغي أخذ هذا المستوى من عدم الاكتمال 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 جرائها باستخدام البيانات المتاحة أمر صعب نظراً لعدم اكتمال التقارير وكتابة التقارير بغير الطرق المعيارية والاعتماد في معظم الأحيان عن التشخيص الإكلينيكي. بيد أنه وفي بلدان مختارة التي توسعت فيها التدخلات العلاجية والتي كتبت تقارير مكتملة ومستمرة مثل إريتريا، كينيا، أوغندا، ساوتومي وبرينسيبي، جنوب أفريقيا، سوازيلاند وجزيرة زنجبار في

تتزانيا. أوضحت هذه التقارير أن هناك انخفاضا كبيرا 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

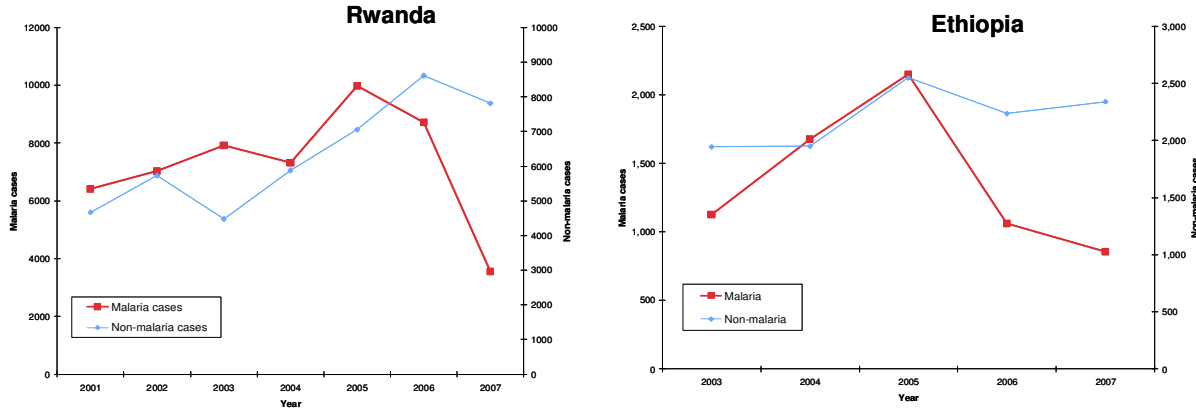


المصدر: التقارير القطرية لمنظمة الصحة العالمية

لتقييم أثر أنشطة الصندوق العالمي وتقييم عينة من المرافق الصحية في إثيوبيا ورواندا، اتضح أن هناك انخفاضاً ملحوظاً في حالات الملاريا والوفيات التي يمكن أن تعزى إلى التوسع في استخدام الناموسيات والعلاج ACT. كما يتضح ذلك من الشكل 7.

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:

تتقدم معظم بلدان الإقليم نحو النجاح في تحقيق الوصول العام إلى خدمات الوقاية من الملاريا والسيطرة عليها في كل البلدان المعرضة لهذا الوباء. وتنفذ 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 وتكلفتها M و E.

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

حققت الدول الأعضاء تقدماً متوسطاً نحو تحقيق الأهداف الموضوعية في أوجها 2000 و 2001، و RBM وألفية التنمية. وقد أبدت الدول التزاماً سياسياً متعاضداً 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. وحالياً من المرجح أن يحقق عدد قليل جداً من البلدان أهداف أوجها 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 صفقة تدخلات شاملة في المنطقة الجغرافية نفسها لزيادة الأثر. كما ينبغي 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 لتمثل 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 وتفاذي الازدواجية.

- 3- ينبغي الاستثمار في النظم الصحية وتدعيمها، ولا يمكن القضاء على الملاريا إلا بتدعيم 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 البنيات 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.
- التأكد من أن الإيدز والسل والملاريا مضمنة في إستراتيجية نيباد الصحية.
- التأكد 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.

يُرجى في الجماعات الاقتصادية الإقليمية ومنظمات الصحة الإقليمية الاضطلاع بما

يلي:

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

يُرجى وكالات الأمم المتحدة والشركاء التنمية الاضطلاع بما يلي:

- وضع أطر عمل شامل ودعم الشراكات والآليات المنسقة بصورة جيدة، خاصة القطاعين الخاص والعام والمجتمع المدني والمانحين الإقليميين والدوليين لتوفير فرص الحصول على الوقاية والعلاج والرعاية والدعم للأمراض الإيدز والسل والملاريا.

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*

**ANNEX I: CURRENT STATUS IN AND GAP ANALYSIS OF AFRICAN COUNTRIES VIS-À-VIS KEY
MALARIA CONTROL INDICATORS AND TARGETS²²**

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)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)
1	Algeria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Benin	25%	-35%	-55%	25%	-35%	-55%	3%	-57%	-77%
4	Botswana	-	-	-	41%	-19%	-39%	-	-	-
5	Burkina Faso	23%	-37%	-57%	19%	-41%	-61%	1%	-59%	-79%
6	Burundi	8%	-52%	-72%	-	-	-	3%	-57%	-77%
7	Cameroon	20%	-40%	-60%	38%	-22%	-42%	6%	-54%	-74%
8	Central African Republic	17%	-43%	-63%	42%	-18%	-38%	9%	-51%	-71%
9	Chad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Comoros	8%	-52%	-72%	-	-	-	-	-	-
11	Congo	-	-	-	22%	-38%	-58%	-	-	-
12	Congo, Dem. Rep. of the	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Cote d'Ivoire	6%	-54%	-74%	26%	-34%	-54%	8%	-52%	-72%
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%	-47%
20	Ghana	19%	-41%	-61%	48%	-12%	-32%	27%	-33%	-53%
21	Guinea	1%	-59%	-79%	14%	-46%	-66%	3%	-57%	-77%
22	Guinea-Bissau	44%	-16%	-36%	27%	-33%	-53%	7%	-53%	-73%
23	Kenya	6%	-54%	-74%	11%	-49%	-69%	4%	-56%	-76%
24	Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Liberia	6%	-54%	-74%	-	-	-	-	-	-
26	Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Malawi	36%	-24%	-44%	20%	-40%	-60%	45%	-15%	-35%
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%	-80%
33	Nigeria	2%	-58%	-78%	25%	-35%	-55%	1%	-59%	-79%
34	Rwanda	15%	-45%	-65%	3%	-57%	-77%	0%	-60%	-80%
35	Sao Tome and Principe	36%	-24%	-44%	17%	-43%	-63%	-	-	-
36	Senegal	20%	-40%	-60%	12%	-48%	-68%	9%	-51%	-71%
37	Sierra Leone	5%	-55%	-75%	45%	-15%	-35%	2%	-58%	-78%
38	Somalia	12%	-48%	-68%	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%
39	South Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Swaziland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Tanzania, United Rep. of	23%	-37%	-57%	51%	-9%	-29%	22%	-38%	-58%
43	Togo	40%	-20%	-40%	38%	-22%	-42%	18%	-42%	-62%
44	Uganda	16%	-44%	-64%	29%	-31%	-51%	17%	-43%	-63%
45	Zambia	44%	-16%	-36%	37%	-23%	-43%	61%	1%	-19%
46	Zimbabwe	9%	-51%	-71%	3%	-57%	-77%	6%	-54%	-74%

Countries	Annex 2 Key malaria indicators														
	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	
AFRO															
Western															
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	2003/4	
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	
Central															
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						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	
Eastern & Southern															
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	20
Malawi		23	2006	15	2004	24	2006	20	2006	45	2006		4,204,468	20
Mauritius													16	20
Mozambique						15	2003	8	2003				6,269,434	20
Namibia						14	2000						293,224	20
Seychelles														
South Africa													12,098	20
Swaziland		0	2000			26	2000						3,757	20
Tanzania	23	2004/5	16	2004/5	16	2004/5	58	2004/5	51	2004/5	22	2004/5	10,566,201	20
Uganda	16	2006	10	2006	10	2006	62	2006	29	2006	17	2006	573,963	20
Zambia	44	2006	23	2006	24	2006	58	2006	37	2006	61	2006	4,731,338	20
Zimbabwe	9	2005/6	3	2005/6	3	2005/6	5	2005/6	3	2005/6	6	2005/6	1,535,877	20

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