



EM/RC57/5

ش م/ل 5/57

آب/أغسطس 2010

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة السابعة والخمسون

البند 4 (ج) من جدول الأعمال

ورقة تقنية

الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011 - 2015

يوصل وباء فيروس العوز المناعي البشري توسُّعه. وقد تراوحت الأعداد التقديرية لحالات العدوى الجديدة التي وقعت سنوياً، في الإقليم، خلال العقد المنصرم ما بين خمسين ومئة ألف حالة، وواكب ذلك زيادةً كبيرة في الجهود المبذولة للحدّ من انتشار الوباء بصورة أكبر، والتوسُّع توسعاً كبيراً في سُبُل الوصول إلى المعالجة المنقذة للحياة بمضادات الفيروسات القهقريّة. وعلى الرغم من ذلك، فلا تزال هناك ثغرات كبيرة في المعارف الخاصة بالديناميات المحلية للوباء، وفي البرامج التي تتعاطى مع مَنْ لديهم قابلية أكبر لخطر التعرُّض للإصابة بالوباء. وهذه الثغرات هي السبب الرئيسي وراء استمرار سراية مرض الإيدز وفيروسه. وتتناول هذه الاستراتيجية الحاجة إلى إعادة التوجيه المبني على معرفة أفضل بوباء الإيدز في الإقليم، والدروس المستفادة من نجاحات وإخفاقات البرامج الوطنية في مكافحتها له في الفترة الماضية، علاوةً على الحاجة إلى تقوية أواصر الالتزام والتصديّ للتحديات الملحة بصورة أكثر فعالية.

واللجنة الإقليمية مدعوة للتكرُّم بالاطلاع على مشروع القرار المرفق والنظر فيه.

المحتوى

الصفحة

أ	الموجز
1	1. المقدمة
2	2. تحليل الوضع
2	1.2 السياق العالمي
2	2.2 الوضع الإقليمي
3	3.2 الاستجابة الحالية والتحديات
6	3. الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز 2011 – 2015
12	4. الخلاصة
13	5. توصيات للبلدان الأعضاء
18	المراجع

الموجز

الغرض من الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس العوز المناعي البشري 2011-2015 هو الدعوة إلى سرعة تحرك البلدان الأعضاء نحو تحفيز مساهمة القطاع الصحي بغرض تحقيق الإتاحة الشاملة لسُبل الوقاية من الفيروس، ومعالجة حالات الإصابة به، ورعايتها ودعمها، انتهاءً بتحقيق المرامي الإنمائية للألفية. وتأخذ الاستراتيجية في الاعتبار ما وضعته الجمعية العمومية للأمم المتحدة في عامي 2001 و2006 من التزامات، وكذلك التوجُّهات الاستراتيجية الخاصة بتحقيق ما وضعته كلٌّ من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، بخصوص تحقيق الإتاحة الشاملة لسُبل الوقاية من الفيروس، والمعالجة منه، ورعاية ودعم الحالات المصابة به. وترتكز الاستراتيجية الحالية على الاستراتيجية الإقليمية الخاصة بتعزيز مجابهة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه وللعدوى المنقولة جنسياً 2006-2010، كما أنها تقوم بدور تكميلي للاستراتيجية الإقليمية للوقاية من العدوى ومكافحتها 2009-2015، والتي لا يدخل الإيدز وفيروسه في نطاقها. أما الاستراتيجية موضوع هذه الورقة فتتعامل مع الحاجة إلى إعادة التوجيه، بناء على المعرفة الأفضل لوباء الإيدز في الإقليم، وعلى الدروس المستفادة من نجاحات وإخفاقات البرامج الوطنية في مكافحتها لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه في الفترة الماضية، علاوةً على الحاجة إلى تقوية أواصر الالتزام والتعاطي مع التحديات الملحة بصورة أكثر فعالية.

ومنذ اكتشاف العدوى الأولى لفيروس العوز المناعي البشري في أوائل الثمانينات، لم يتوقف الوباء عن الانتشار. فخلال العقد المنصرم، تراوحت الأعداد التقديرية للحالات الجديدة من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري سنوياً ما بين خمسين ومئة ألف حالة. وعلى الرغم من ثبات انخفاض معدلات انتشار الإصابة بالفيروس بين البالغين، حيث بلغت حوالي 0.2٪، إلا أن البيّنات التي تراكمت تشير إلى أن الوباء يسارع بإحكام قبضته على المجموعات الفرعية من السكان المعرضين بصورة متزايدة للمخاطر المترافقة مع تعاطي المخدرات حقناً، أو السلوكيات الجنسية المحفوفة بالخطر. وعلى الرغم مما تقدّم، فإن غالبية البلدان لا تزال تعاني من وجود ثغرات كبيرة في المعارف الخاصة بالديناميات المحلية لوباء الإيدز وفيروسه. وقد ازدادت بصورة ملموسة، الجهود الدؤوبة المبذولة لمنع المزيد من انتشار الوباء، والتوسُّع في إتاحة المعالجة المنقذة للحياة باستخدام مضادات الفيروسات القهقرية، مما أسفر عن زيادة قدرها سبعون بالمئة في عدد المتلقين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية في ما بين العامين 2007 و2009. ولقد نجح عدد قليل من البلدان مثل باكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والمغرب في تحقيق تغطية جيدة بالتقدير لمن هم في حاجة إلى الخدمات الوقائية، غير أن المعدلات لا تزال منخفضة، بل تكاد معدومة، بالنسبة لتغطية البرامج للمعرضين لاختطار أكبر، وهو ما يمثّل السبب الرئيسي وراء استمرار سراية فيروس العوز المناعي البشري.

وتعمل الاستراتيجية الإقليمية أولاً وقبل كل شيء على تعزيز التوسُّع في التغطية بالمداخلات الفعّالة للقطاع الصحي وتحسين جودتها، وهي المداخلات التي تؤلّف بالفعل جزءاً من الاستراتيجيات الإقليمية الراهنة. كما أنها تركز بشدة على: تقوية النظم الصحية القائمة حتى تتمكن من تلبية احتياجات برامج مكافحة الإيدز، وعلى توجيه التدخلات نحو المجموعات السكانية التي يحتمل أن تقع بينها النسبة الكبيرة من سراية الفيروس، وعلى تحسين نظم المعلومات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري من خلال تعزيز ترصُّد الفيروس، وضمان شموليته وجودة المعطيات، وإجراء البحوث. وإضافةً إلى ما سبق، تشتمل الاستراتيجية أيضاً على أحدث الأساليب الخاصة بتعزيز سُبل الوصول إلى الوقاية من العدوى بالفيروس، ورعاية ومعالجة المصابين به، ومنها الإدخال المنهجي لمبادرة مقدّم

الخدمة بإجراء اختبار الكشف عن الفيروس وتقديم التوعية حوله، ثم التوسُّع في هذه المبادرة، وتقديم مضمومة الخدمات الوقائية لمتعاطي المخدَّرات عن طريق الحقن، وللبغايا واللواطيين. أما أهم الفوائد المتوقَّعة من الاستراتيجية الإقليمية فتتمثَّل في: (أ) الحصول على معلومات أفضل حول الديناميات المحلية لوباء الإيدز وفيروسه من أجل تيسير اتِّخاذ القرارات الاستراتيجية، و(ب) التغطية المتزايدة بالخدمات الوقائية من الإيدز وفيروسه بالنسبة إلى المُختَطِّرين لالتقاط العدوى به أو سرايته إليهم، و(ج) التغطية المتزايدة بخدمات رعاية الحالات المصابة بالفيروس ومعالجتها بين المتعاشين مع العدوى به، و(د) تعزيز قدرة النُظُم الصحية على توفير تغطية جيدة مضمونة الاستمرار بخدمات فيروس الإيدز وسائر الخدمات ذات العلاقة.

1. المقدمة

لم يتوقف فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) عن الانتشار والانتساع، منذ اكتشاف أولى حالات العدوى به في إقليم شرق المتوسط في أوائل الثمانينات. فخلال العقد المنصرم، تراوحت الأعداد التقديرية للحالات الجديدة من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري سنوياً ما بين خمسين ومئة ألف حالة. وعلى الرغم من بقاء معدلات انتشار الفيروس بين البالغين منخفضة لم تُكْدُ تتجاوز 0.2%، إلا أن البيانات التي تراكمت تدلّ على أن الوباء يسارع بإحكام قبضته حول المجموعات الفرعية من السكان التي هي على خطر عظيم، لكونهم يتعاطون المخدرات حقناً، أو يسلكون السلوكيات الجنسية المحفوفة بالخطر. وفي عام 2008، بلغت الأرقام التقديرية لحالات الوفاة التي عُزيت إلى الإصابة بفيروس الإيدز 28 400 وفاة، كان من بينها 4400 وفاة لأطفال دون الخامسة عشرة من العمر. كما ازدادت بصورة كبيرة الجهود المبذولة للحدّ من انتشار الوباء، وللعمل على التوسّع في إتاحة المعالجة المنقذة للحياة بمضادات الفيروسات القهقريّة، ونجحت بعض البلدان في تحقيق تغطية جديدة بالتقدير، لمن هم في حاجة إلى الخدمات العلاجية، ولو أن غالبية البلدان لا تزال تعاني من ثغرات كبيرة في المعارف المتصلة بالديناميات المحلية لوباء فيروس الإيدز وتلك المتعلقة بالبرامج التي تتعامل مع أولئك الذين هم على خطر عظيم. وهذه الثغرات هي السبب الرئيسي وراء استمرار سراية الفيروس، علاوة على أن برامج مكافحة الفيروس في البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل، والتي حظيت في الأعوام السابقة بدعم سخّي من المانحين، تحاول جاهدة مجابهة التحديات المتمثلة في تقديم تدخلات جيدة، والتغطية بها وضمان استمراريتها، لاسيّما وأن ذلك غالباً ما يتم من خلال النظم الصحية القائمة التي تعاني من الضعف والقصور.

ويتمثّل الغرض من الاستراتيجية الإقليمية مجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز 2011-2015، في الدعوة إلى تحرك عاجل للبلدان الأعضاء نحو تحفيز مساهمة القطاع الصحي من أجل تحقيق الإتاحة الشاملة لسبل الوقاية من الفيروس، ومعالجة حالات الإصابة به، ورعايتها ودعمها، انتهاءً بتحقيق المرامي الإنمائية للألفية (1)، ولاسيّما المرمى الرابع الذي يسعى إلى تقليص وفيات الطفولة بحلول عام 2015، وذلك من خلال الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل؛ والرمى الخامس الذي يقضي بخفض معدلات وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بحلول عام 2015، وذلك من خلال بذل الجهود المكثفة لكشف الحوامل المحتاجات إلى الرعاية والمعالجة من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، وتوفير المعالجة بمضادات الفيروسات القهقريّة لهن؛ والرمى السادس الذي يدعو الدول إلى تقليص انتشار الأمراض ولاسيّما مرض الإيدز بين الفئات السكانية المهمّشة التي لا تتاح لها سوى فرص ضئيلة للحصول على الخدمات.

وتأخذ الاستراتيجية في الاعتبار ما وضعته الجمعية العامة للأمم المتحدة من التزامات في عام 2001 (2) وفي عام 2006 (3)، والتوجّهات الاستراتيجية الخاصة بتنفيذ ما وضعته كل من منظمة الصحة العالمية (4) وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه (5) بخصوص تحقيق الإتاحة الشاملة لوسائل الوقاية من الفيروس، ومعالجة ورعاية ودعم الحالات المصابة به. وترتكز الاستراتيجية الحالية على الاستراتيجية الإقليمية الخاصة بتعزيز استجابة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه وللعدوى المنقولة جنسياً 2006-2010 (6)، كما أنها تقوم بدور تكميلي للاستراتيجية الإقليمية للوقاية من العدوى المنقولة جنسياً ومكافحتها 2009-2015، (7) والتي لا يدخل فيروس الإيدز في نطاقها. أما الاستراتيجية التي نحن بصددتها فتتعامل مع الحاجة إلى إعادة التوجيه بناء على المعرفة

الأفضل للسمات الوبائية في الإقليم، وعلى الدروس المستفادة من نجاحات وإخفاقات البرامج الوطنية في مكافحتها لفيروس الإيدز في الفترة الماضية، علاوةً إلى الحاجة إلى تقوية أواصر الالتزام والتعاطي مع التحديات الملحة بصورة أكثر فعالية.

2. تحليل الوضع

1.2 السياق العالمي

في عام 2008، كانت الأعداد التقديرية على الصعيد العالمي للمتعايشين مع فيروس الإيدز من البالغين والأطفال 33.4 مليون شخص، فضلاً عن 2.7 مليون عدوى جديدة، مع حدوث 2.0 مليون وفاة من جراء الإصابة بالإيدز (8). وفي العام نفسه، كان العدد التقديري للحالات الجديدة من العدوى بالفيروس منخفضاً بمقدار 30٪ عما كان عليه الأمر في مرحلة الذروة للوباء التي حدثت منذ اثني عشر عاماً مضت. وكانت هناك عدة نجاحات تحققت في مجال الاستجابة للفيروس خلال السنوات القليلة الماضية، كان منها زيادة التغطية بمعالجة الحالات المصابة بالفيروس من 7٪ في 2003 إلى 42٪ عام 2008، ودلائل على انحسار وقوعات العدوى بالفيروس في بعض الأقاليم (8). غير أنه في الوقت الحالي يصاب على المستوى العالمي خمسة أشخاص بفيروس الإيدز مقابل كل شخصين تتاح لهما فرصة المعالجة.

2.2 الوضع الإقليمي

يواصل وباء فيروس الإيدز انتشاره في إقليم شرق المتوسط، وذلك طبقاً لتقديرات عام 2008. ففي هذا العام بلغ العدد التقديري للحالات التي أصيبت بعدوى الإيدز في الإقليم 60 600 شخصاً، وحدثت 28 400 وفاة جراء الإيدز. أما إجمالي المتعايشين مع الفيروس في الإقليم بنهاية عام 2008 فبلغ تقديراً حوالي 461 000 (تقديرات غير منشورة للبرنامج المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، 2010). ويظل انتشار الفيروس بين عامة السكان منخفضاً بمعدل إقليمي يصل إلى 0.2٪، وهو ثاني أكثر المعدلات انخفاضاً في العالم بعد المناطق الشمالية من أمريكا، والمناطق الغربية والوسطى من أوروبا التي بلغت المعدلات في كل منها 0.1٪، ولو أن هنالك تفاوتات إقليمية ملموسة، ففي جيبوتي وأجزاء من الصومال والمناطق الجنوبية من السودان تؤكد انتشار فيروس الإيدز بين الجمهرة العامة من السكان بنسبة تعدت 1٪ بين الحوامل اللائي يُشُدْنَ الرعاية قبل الولادة (الجدول 1). وتُظهر التقديرات الخاصة بالمتعايشين مع مرض الإيدز والحالات الجديدة من الإصابة بفيروسه تفاوتات جوهرية خلال الخمسة الأعوام المنصرمة، ومردُّ ذلك إلى (أ) تحسُّن في المنهجية المستخدمة لتقدير الحالات وفقاً لما أوصت به المجموعة المرجعية للرصد والتقييم التابعة للبرنامج المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، و(ب) تحسُّن في المعطيات الوبائية الواردة من العديد من البلدان، ومنها باكستان والسودان. ولذلك يصعب وضع استنتاجات قوية من هذه المعطيات تتعلق باتجاهات الوباء. وقد قام، حديثاً، عدد من البلدان، بأخذ العينات الاحتمالية المجتمعية المرتكز والمؤسسية المرتكز، من أجل الحصول على معلومات حول انتشار الفيروس والسلوكيات المحفوفة بالخطر بين المجموعات السكانية الأشد اختطاراً مثل متعاطي المخدرات حقناً، والمساجين، والبغايا واللواطيين (الجدول 1).

وبناء على استعراض إقليمي للمعطيات المتوافرة حول الوباء قام به البنك الدولي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، والمكتب الإقليمي للمنظمة، فإن هناك العديد من الأنماط الوبائية التي تساهم في

انتشار فيروس الإيدز في الإقليم (9). فوفقاً للنمط الأول، ينتشر الوباء، بين البلدان بصورة أساسية عن طريق متعاطي المخدرات حقناً، والمقارفين للسلوكيات الشديدة الاختطار من اللواطيين، والبغايا، وما يتبع ذلك من انتقال متواصل لقرنائهم في الممارسات الجنسية المشروعة. ولقد تأكد حدوث أوبئة بين متعاطي المخدرات حقناً في كل من أفغانستان، وباكستان، والبحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية الليبية. أما المعطيات الواردة من تونس ولبنان ومصر والسودان فتشير إلى أن الوباء يظهر بين اللواطيين. وقد تم التبليغ عن نسبة عالية من انتشار فيروس الإيدز بين البغايا في كل من جيبوتي والصومال.

أما النمط الثاني الذي يوجد بمستويات متباينة في بلدان الإقليم، فيتميز بإصابة عدد من المواطنين بعدوى فيروس الإيدز أثناء سفرهم خارج البلاد، ومن ثم ينتقل الفيروس منهم إلى قرنائهم عند عودتهم إلى بلادهم. وغالبية هذه العدوى تتصل بممارسة الجنس ومعاورة المخدرات حقناً خارج البلاد. وهذا النمط من انتقال الفيروس يتسبب في توزع العدوى بصورة عشوائية بين الجماهير العامة من السكان، ولا يؤدي، عادةً، إلى انتقال لاحق بعيداً عن دائرة القرناء المباشرين في الجنس.

وأخيراً، فإن هناك ثلاثة بلدان في الجزء الأفريقي من الإقليم تعاني من وجود وباء متعمم بالفيروس فيها، وهي جيبوتي، والسودان (المناطق الجنوبية)، والصومال (بعض المناطق بها). أما معطيات المسوحات المصلية المخفية التي أجريت بين الحوامل في المناطق الجنوبية من السودان، فتوحي بأن هناك سراية كبيرة للفيروس بين عامة السكان في بعض المناطق. وفي هذه البلدان الثلاثة أيضاً، يقع انتقال الفيروس في المجموعات الرئيسية الشديدة الاختطار، ولاسيما البغايا وربما اللواطيين، ولا ريب أن هذا يؤثر بصورة كبيرة على نسبة الحالات الجديدة من العدوى بالفيروس.

وختاماً، فهناك بيانات متزايدة على اختراق فيروس الإيدز لشبكات متعاطي المخدرات حقناً وشبكات مقارفي السلوكيات الجنسية المخطرة، ولو أن هذه المعطيات تحتاج إلى تأكيد من خلال تكرار المسوحات أو تحسين جودة ما يجري منها. غير أن المعطيات كافية لتنبه جميع بلدان الإقليم من أجل زيادة اليقظة لديناميات الوباء، مع التركيز على المجموعات السكانية الأشد اختطاراً، وتأثرها مع المجموعات التي تدعى المجموعات الجسرية (القرناء الجنسيين للمجموعات السكانية الأشد تعرضاً للخطر)، والروابط المحتملة بينها وبين عامة السكان.

أما بالنسبة لتحقيق الهدف الأول من المرمى الإنمائي السادس للألفية، والذي يقضى بحصر انتشار فيروس الإيدز وانحساره، فقد أظهرت أحدث المعطيات الوبائية أنه لم يتم حتى الآن احتواء انتشار الوباء في الإقليم، وأنه مع عدم وجود برامج فعالة للوقاية، يُتوقع أن يتزايد انتشار الفيروس بين المجموعات الشديدة الاختطار وداخل الشبكات الجنسية الخاصة بهم.

3.2 الاستجابة الحالية والتحديات

إن الاستراتيجية الإقليمية لتقوية مجابهة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه وللعدوى المنقولة جنسياً 2006-2010 تركز على ثلاثة مكونات، وهي: (1) تعزيز الالتزام السياسي، وحشد المزيد من الموارد من أجل الاستجابة لفيروس الإيدز، (2) إيجاد بيئات حول وضع الوباء واتجاهاته، و(3) التوسع في إنشاء المضمومات الأساسية الخاصة بخدمات الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به ومعالجتهم. ولقد تفاوتت درجات تنفيذ البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز للاستراتيجيات الموصى بها تبعاً لعدد من العوامل، من بينها الالتزام السياسي على أعلى المستويات، والرغبة

والمقدرة في التعامل مع القضايا الحساسة ثقافياً وسياسياً بأسلوب واقعي، وسائر الأولويات الوطنية (مثل حالات الطوارئ والصراعات)، وتوافر الموارد.

الترصد الوبائي

أُحرز تقدّم ملموس في العديد من البلدان من ناحية تفهّم الوضع المحلي للوباء، وعلى وجه الخصوص بالنسبة للمجموعات السكانية التي يمتثل أن تكون أكثر عرضة لخطر العدوى بفيروس الإيدز. ولقد تزايد عدد البلدان التي تقوم بإجراء مسوحات حول انتشار الفيروس وحول السلوكيات المُختطّرة بين السجناء، ومتعاطي المخدرات حقناً، واللواطيين والبغايا. كما قامت البلدان بتحسين نوعية ما تجريه من مسوحات من خلال استخدام منهجيات أخذ العينات الاحتمالية في بعض المناطق. وتُظهر هذه الإنجازات أنه حتى عندما تكون الظروف الثقافية صعبة يتعاضد فيها مدى التمييز والوصمة التي يتعرّض لها المصابون، فمن الممكن إجراء المسوحات المجتمعية إذا كانت هناك ضمانات للسرية، واحترام لحقوق الإنسان، وإتاحة الخدمات لمن يحتاجونها. وعلى الرغم مما تقدّم، فإن غالبية البلدان لم تتخذ بعد الخطوات الضرورية لتقييم حجم المجموعات السكانية المُختطّرة، ومن ثمّ لا يمكنها التنبؤ بعبء الحالات الجديدة من العدوى بينهم، وبالتالي يصعب عليها التخطيط لتغطية فعالة لبرامج الوقاية. ولا يزال العديد من البلدان يعتمد اعتماداً كبيراً على التبليغ اللا فاعل، وعلى اختبارات تشخيص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في المجموعات الكبيرة من المُختطّرين اختطّاراً منخفضاً، وهو أمر لا يساعد على تحديد أين، وفي أيّ مجموعة، وكيف حدثت السّراية، كما لا يساهم مساهمةً فعّالة في الكشف عن حالات الإصابة بالفيروس.

رعاية حالات الإصابة بفيروس الإيدز ومعالجتها

قامت جميع البلدان ببذل جهود دؤوبة من أجل زيادة إتاحة المعالجة المتقدّمة للحياة بمضادات الفيروسات القهقرية. فعلى مدى العامين 2008 و2009، ارتفع عدد المتعاشين مع الفيروس المتلقين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية إلى 70٪ بين نهاية عام 2007 ونهاية عام 2009، من حوالي 7850 إلى 13 370، وقد ضاعف العديد من البلدان عدد المتعاشين مع الفيروس المتلقين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية (الجدول 2). وارتفع العدد الذي أبلغ للمكتب الإقليمي والخاص بالحوامل المصابات بعدوى الإيدز والمتلقيات للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، إلى ثلاثة أضعاف خلال نفس المدة. وتقوم جميع البلدان بتقديم مضادات الفيروسات القهقرية مجاناً إلى المتعاشين مع مرض الإيدز والمصابين بفيروسه، المعروفين للنظام الصحي. وعلى الرغم من هذه الجهود الهائلة، فإن هناك فجوة بين الاحتياجات المقدّرة وبين التغطية الحالية في الإقليم تصل إلى 90٪ وهي أكبر فجوة على الصعيد العالمي. وتتمثّل أهم العقبات التي تحول دون تحقيق تغطية أوسع، في تحديد المتعاشين مع المرض وفيروسه لإدخالهم في خدمات الرعاية والمعالجة والوقاية، كما أن الاعتماد على ما يقدمه المانحون من أموال من أجل المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية يمثّل بدوره تهديداً لضمان استمرارية الإنجازات الحالية في عدد من البلدان ذات الدخل الأكثر انخفاضاً.

اختبار الكشف عن الفيروس وتقديم المشورة

إن تحرّي وجود الفيروس لمعرفة وضع الشخص من حيث إصابته بفيروس الإيدز لا يمثّل الخيار الملائم لمعظم المُختطّرين للإصابة به في الإقليم. أما العوامل التي تساهم في مثل هذا الوضع فتتمثّل أولاً في محدودية الوصول إلى

مراكز الفحص عن الفيروس التي تتوخى السرية في تعاملاتها، يضاف إلى ذلك قصور الوعي بالمخاطر، والخوف من إلحاق التمييز والوصمة بالمصاب، في عائلته ومجتمعه ومدرسته ومكان عمله مع ما في ذلك من انتهاك لحقوق الإنسان. وتتطلب السياسة الشائعة للفحص الإلزامي تخصيص استثمارات ضخمة لفحص المجموعات غير المُخَطَّرة بشدة، مع أنها تعجز عن الوصول إلى المجموعات الشديدة الاختطار ما لم يكن ذلك متاحاً عن طريق بعض المؤسسات كالسُّجون أو مراكز الرعاية الصحية. وتوضَّح المعطيات الإقليمية الخاصة باختبارات الكشف عن الإصابة بالفيروس، فشل مثل هذه السياسات في التعرف على أعداد كبيرة من المصابين بالفيروس (10). فلا بُدَّ من نُقْلة في السياسة الصحية تمكِّن من استِمالة المُخَطَّرين بشدة لإجراء الفحص الطوعي والمشورة المحفوفة بالكتمان، مع توفير سُبُل اتِّصال بالمراكز الخاصة بالوقاية والرعاية والدعم، وذلك وفقاً لما أوصت به منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة مرض الإيدز وفيروسه، فبذلك يمكن توقُّع تغطية أكبر للمتعايشين مع فيروس الإيدز تشمل الفحص والمشورة والوقاية والرعاية. ويتحمَّل القطاع الصحي مسؤولية تقليص الوصمة المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري بين العاملين الصحيين، وضمان امتلاكهم للمعارف الخاصة بالعلامات السريرية والأعراض المرتبطة بالإصابة بالفيروس للشروع في تشخيص الإصابة به في مرحلة مبكرة، وتعزيز خدمات الاختبارات والمشورة الطوعية والسرية التي يبدأ بها كل من الزبون ومقدم الرعاية.

توقِّي انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل

على الرغم من أن جميع بلدان الإقليم تقدم بعض الخدمات الخاصة بالوقاية من انتقال الفيروس من الأم المتعايشة مع فيروس الإيدز إلى طفلها، إلا أن هذه الخدمات تبقى مبعثرة ومحدودة في العديد من المواقع. ولذا فإن العدد التقديري ونسبة الحوامل المعاشات للفيروس اللائي يحتجن إلى الأدوية المضادة للفيروسات القهقريّة في الإقليم هما الأقل على المستوى العالمي. وفي عام 2008، وصل العدد التقديري للحوامل المتعايشات مع فيروس الإيدز واللائي هنَّ في حاجة إلى المعالجة بمضادات الفيروسات القهقريّة إلى 18 000 حالة، وكان عدد من يتلقين هذه المعالجة منهن بالفعل أقل من 500 حالة أي حوالي 1%. وبعيداً عن التوافر الجغرافي لخدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل داخل البلاد، توجد عدة عوامل تفسر انخفاض التغطية بخدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، من قبيل الوصمة، وضعف الوعي المجتمعي، وانخفاض ما يوليه أصحاب القرار السياسي لذلك من الأولوية في بعض البلدان التي تتسم بانخفاض نسبة حدوث الوباء، وعدم إدماج خدمات الوقاية في خدمات الصحة الإنجابية (وعلى سبيل المثال: عدم إدماج الخدمات التي يبدأها مقدم الرعاية باختبار الكشف عن الوباء وتقديم المشورة، في خدمات الرعاية السابقة على الولادة)، والمعدلات المنخفضة لانتقال الرعاية السابقة على الولادة، وضعف النظم الصحية، ونقص الموارد المالية المضمونة الاستمرار. كما أن هناك صعوبات أساسية تحول دون خفض معدلات انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل تتمثَّل في مدى شمولية الخدمات وجودتها، واستبقاء المتعايشين مع الفيروس في المعالجة، والتواصل بين خدمات الصحة الإنجابية وبين خدمات رعاية ومعالجة مرضى الإيدز.

الوصول إلى المجموعات السكانية الشديدة الاختطار

إن الوصول إلى المجموعات السكانية الشديدة الاختطار لعدوى الفيروس وتقديم الخدمات الوقائية لها هو الأمر الأكثر إلحاحاً، كما أنه أكثر التحديات التي تواجهها البرامج الوطنية. وهناك تقدُّم ملموس أحرزته بعض البلدان في مجال تعزيز خدمات إنقاص الضرر لمتعاطي المخدَّرات حقناً. وعلى الرغم من أن البيئات تُظهر أن متعاطي المخدَّرات

حقناً، واللواطيين، والباغيا والمساكين هم أكثر المجموعات عرضةً لاختطار العدوى بفيروس الإيدز، إلا أن مستوى الجهود المبذولة لتركيز البرامج الوقائية على هذه المجموعات لا يزال منخفضاً في غالبية البلدان (المجدول 3). وعلاوة على ذلك، فهناك حاجة إلى بذل مزيد من جهود الوقاية المُراعية للحساسيات الثقافية، والمراعية كذلك لاحتياجات كل جنس على حدة، من خلال المشورة التي تقدم لكل فردٍ لوحده أو المشورة التي تقدم للأزواج، ولاسيما بالنسبة لقرينات الرجال الذين يقارنون سلوكيات شديدة الاختطار.

التحديات المتعلقة بالنُظُم الصحية

إن البلدان التي تعاني من أعلى معدلات عبء فيروس الإيدز في الإقليم هي نفسها التي تعاني من أعظم التحديات التي تواجه نُظُمها الصحية. وتتمثل التحديات الأساسية التي تحول دون زيادة التغطية بالخدمات الجيدة للمصابين بفيروس الإيدز وسائر الخدمات الصحية، في ندرة العاملين الصحيين المدربين، وفي ضعف نُظُم الإدارة المالية ونُظُم إدارة الخدمات، وفي قصور ضمان الجودة في القطاعين الخاص والعام، وفي ضعف البنية التحتية المختبرية والقدرة المحدودة للنظم القائمة لإدارة المعلومات.

الالتزام السياسي ببرامج مكافحة الإيدز وتمويلها

أفلحت معظم البلدان المنخفضة الدخل خلال السنوات القليلة المنصرمة، في حشد التمويل الخارجي لبرامجها الخاصة بمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وكان معظم ذلك من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا أو من البنك الدولي أو كليهما. وعلى الرغم من أن توافر التمويل الخارجي السخي قد زاد من التزام القيادة الوطنية نحو الوقاية من فيروس الإيدز ومكافحته، إلا أن ذلك لم يترجم في جميع البلدان إلى تخصيص المزيد من الموارد المحلية لهذه البرامج. ويتزايد القلق من زيادة الاعتماد على التمويل الذي توفره الهبات لما يمثله ذلك من تهديد لضمان استمرارية إحراز الإنجازات في العديد من البلدان المنخفضة الدخل. وتحتاج الدول إلى ما يلي من أجل التحرك نحو ضمان استمرارية مجابهة فيروس الإيدز: (1) اكتساب المزيد من الكفاءة من خلال إيلاء الأولوية للمداخلات التي يتوقع أن يكون لها أثر أكبر (المجموعات الشديدة الاختطار)، (2) تخصيص الموارد المحلية، (3) اغتنام الفرص للدخول في النظم الحالية من أجل تقديم خدمات الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به ومعالجتهم.

3. الاستراتيجية الإقليمية لمُجابهة القطاع الصحي لفيروس الإيدز في الحقبة 2011-

2015

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تقديم إطار لتوجيه الجهود الحثيثة من أجل تحقيق مساهمة كفوءة من قِبَل القطاع الصحي في الاستراتيجيات والخطط الوطنية المشتركة بين القطاعات والمعنية بمكافحة فيروس الإيدز. وتركز هذه الاستراتيجية على الأولويات الاستراتيجية في السياق الوبائي في الإقليم. كما أنها سوف تساعد البلدان على وضع أو تحديث الاستراتيجيات المتعددة القطاعات لمكافحة الإيدز وفيروسه، وإدماج مرض الإيدز والعدوى بفيروسه في الخطط الشاملة للقطاع الصحي مع إعداد خطط ميدانية سنوية للتدخلات والخدمات المعنية بفيروس الإيدز، والتي يقوم بتنفيذها للقطاع الصحي. وسوف تساهم هذه الاستراتيجية في آخر الأمر بتحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به ومعالجتهم، إضافةً إلى بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وعلى وجه الخصوص المرمى الرابع والخامس والسادس. كما ستركز هذه الاستراتيجية على تحقيق المرمى والأغراض التالية:

المرمى

تقليص سِرَاية فيروس العوز المناعي البشري وتحسين صحة المتعايشين معه.

الأغراض

1. توليد المعلومات التي يعوّل عليها حول وباء الإيدز ومجابهته للتمكين من اتّخاذ القرارات الاستراتيجية.
2. زيادة إتاحة خدمات رعاية ومعالجة المتعايشين مع فيروس الإيدز.
3. زيادة إتاحة الخدمات الوقائية للمعرّضين لاختطار العدوى بفيروس الإيدز وسِرَايته.
4. المساهمة في تقوية النظم الصحية.

الأهداف

- حصول 50٪ أو أكثر من المصابين بعدوى متقدّمة من المرض من البالغين والأطفال في الإقليم على المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية.
- إدخال 90٪ أو أكثر ممن يُعرف أنهم متعايشون مع الإيدز إلى خدمات الرعاية والمعالجة في الإقليم.
- الوصول المنتظم لبرنامج الإبر والمحاقن إلى 20٪ أو أكثر ممن يتعاطون المخدرات حقناً بانتظام (مرة واحدة في الشهر أو أكثر).
- تغطية 20٪ أو أكثر من العدد التقديري لمتعاطي الأفيونات حقناً بالمعالجة الاستعاضية بمركبات أفيونية المفعول.
- تغطية 20٪ أو أكثر من العدد التقديري للواطيين ومُحتَرَفِي البغاء بمضمومة الوقاية من الإيدز والعدوى بفيروسه عن طريق الجنس (متضمّنة المعلومات، والعوازل الذكورية، والفحوصات والمشورة، ومعالجة العدوى المنقولة جنسياً).

المبادئ التوجيهية

ترتكز الاستراتيجية على أطر العمل المعنية بالأخلاقيات والحقوق الإنسانية المتفق عليها على الصعيد الدولي، والتي تنصُّ على حق جميع الناس في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بما في ذلك الصحة الجنسية، والإنجابية، والنفسية، والمبنيّة على قاعدة من القيم والممارسات الوقائية الدينية والثقافية. كما تعزّز الاستراتيجية أسلوب الصحة العمومية، والتدخلات المسندة بالبيّنات والحساسيات الجندريّة، وتركّز على إشراك جميع القطاعات إشراكاً واسعاً، بما في ذلك القطاعين الخاص والعام، والمجتمع المدني، بُعْية التوسُّع، إلى أقصى مدى ممكن، في إتاحة الوقاية والرعاية إتاحة فعّالة.

عناصر الاستراتيجية

تتكون الاستراتيجية من العناصر الرئيسية الخمسة التالية والتي تقتضي بدورها عدداً من الأولويات الاستراتيجية الإقليمية التالية:

1. تقوية نظم المعلومات الصحية في ما يتعلق بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه وفي ما يتعلق بالبحوث الميدانية.
2. تعزيز الإرادة السياسية، والمشاركة الواسعة النطاق، وزيادة التمويل من أجل مجابهة وطنية منسقة ومضمونة الاستمرار لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه.
3. تقديم خدمات رفيعة الجودة للوقاية من فيروس الإيدز ورعاية حالاته ومعالجتها، والحث على الاستفادة من هذه الخدمات.
4. تقوية قدرة النظم الصحية على الإدماج الفعال لخدمات مجابهة فيروس الإيدز.
5. تعزيز السياسة الداعمة والبيئة القانونية من أجل تيسير استجابة القطاع الصحي.

والمطلوب حث البلدان على اقتباس هذه الاستراتيجية بما يلائم السياقات الخاصة بها، وهي على سبيل المثال المجموعات المتأثرة بالفيروس، وخصائص النظم الصحية، والعوامل الثقافية. مع تشجيع البلدان على استخدام المكونات الخمسة والأولويات الاستراتيجية المحددة لكل عنصر، على أنها قاعدة للتخطيط لمجابهة القطاع الصحي الوطني للفيروس. وسوف تجد البلدان نفسها في مراحل متباينة من تنفيذ هذه الأولويات الاستراتيجية. وفي البلدان التي تكون بعض هذه الأولويات والتدخلات قد أرسيت فيها بالفعل، يتعين على هذه البلدان أن تتحرك بدون تأخير في اتجاه حشد الموارد وبناء القدرات التقنية والإدارية من أجل تنفيذ سائر التدخلات ذات الأولوية.

العنصر الأول: تقوية نظم المعلومات الصحية في ما يتعلق بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه وفي ما يتعلق بالبحوث الميدانية

من الأهمية بمكان عند اتخاذ القرارات الوطنية أن تتوفر المعلومات الموثوقة حول توزع العدوى بفيروس الإيدز واتجاهاته، وحول السلوكيات المحفوفة بالخطر بين السكان، وأن تتوفر المعلومات كذلك عن مدى التغطية بتدخلات الوقاية من الإصابة ورعاية الحالات ومعالجتها. كما يجب أن تسمح المعطيات الواردة من الترسّصات الوبائية ورصد البرامج، بتوزيع المعطيات وفقاً للجنس والعمر وغيرهما من المتغيرات ذات العلاقة، وذلك من أجل تمكين مديري البرامج من إعداد التدخلات وفقاً للمتطلبات الخاصة بكل جنس، والاحتياجات الخاصة بكل فئة عمرية.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- تحديد العناصر الجوهرية لنظام ترصد فيروس الإيدز وهي: التبليغ الشامل الذي يتسم بالسرية عن حالات الإصابة بالفيروس؛ التقديرات الكمية والمسوحات السلوكية والبيولوجية بين السكان الرئيسيين المُخَطَرين بشدة تحليل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال اختبار كشف الفيروس في الدم المتبرّع به، والمتردّدات

على مرافق رعاية الحمل وغيرهم من المجموعات السكانية المنخفضة الاختطار؛ وأخيراً رصد وترصد مقاومة الفيروس للأدوية (II)، وإجراء ترصد للمتردّات على خدمات رعاية الحمل (في البلدان التي تتجاوز فيها مستويات انتشار الفيروس 1٪ بين عموم السكان).

- تقوية رصد ما تنفذه البرامج ومدى فعاليتها. فمن الواجب أن يكون الرصد الأساسي والتقييم لمساهمة القطاع الصحي في المجابهة المتعدّدة القطاعات، جزءاً لا يتجزأ من الرصد والتقييم الإجمالي للمجابهة الوطنية لفيروس الإيدز. أما رصد أداء البرنامج فيتطلّب مؤشّرات محدّدة بوضوح مراعية لمفهوم الجندّر حول مدى توافر الخدمات وجودتها، وحول تغطية السكان المحتاجين إليها وأثرها في عوامل الاختطار والحصائل الصحية.
- تقديم بيانات حول مدى جودة الأساليب والتدخلات المختلفة، وجدواها، وفعاليتها من خلال إجراء البحوث الميدانية التي تَمَسُّ الحاجة إليها من أجل سدّ الثغرات في المعلومات الاستراتيجية التي لا يمكن الحصول عليها من خلال الترسّد أو رصد البرامج بالطريقة الروتينية. وتَمَسُّ الحاجة على وجه الخصوص، إلى معلومات حول أكثر التدخلات جدوى وفعالية في الإقليم للتغلب على الوصمة وللوصول إلى السكان المُختَطَرين بشدة والذين غالباً ما يتعرّضون للتهميش والوصمة والتمييز.

العنصر الثاني: تعزيز الإرادة السياسية، والمشاركة الواسعة النطاق وزيادة التمويل من أجل مجابهة وطنية منسّقة ومضمونة الاستمرار لمرض الإيدز والعدوى بفيروسه

يتمثّل المكون الثاني في ضمان استمرارية الالتزام السياسي والجمهور به، والمشاركة الواسعة للشركاء على الصعيدين الوطني والدولي، وزيادة ما تقدّمه الحكومات الوطنية من تمويل مع التزامات من المانحين الدوليين، وكل ذلك على درجة كبيرة من الأهمية إذا ما أريد تحقيق الإتاحة الشاملة للخدمات الجيدة لمجابهة الفيروس.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- إعداد خطط وطنية استراتيجية وميدانية مبنية على معرفة صحيحة بالوضع المحلي للوباء، وتحليل للمجابهة الراهنة، وللتدخلات المُسنّدة بالبيّنات في الصحة العمومية.
- زيادة المشاركة إلى أقصى الحدود من قِبَل أصحاب المصلحة المعنيّين بالتخطيط الاستراتيجي وتعزيز المحاسبة عن النتائج لجميع الشركاء.
- استخدام الخطط الاستراتيجية كقاعدة لحشد الموارد المحلية والدولية.
- المساهمة في العمل على تناغم الجهود المبذولة وتوآؤمها وتأزرها بين الشركاء الوطنيين والدوليين في نطاق المجابهة المشتركة بين القطاعات.
- انتهاج أسلوب يشمل جميع القطاعات الصحية من أجل التخطيط لمجابهة القطاعات الصحية للفيروس، وتنفيذ هذه المجابهة ورصدها وتقييمها.
- إشراك المجتمع المدني ودعمه.

العنصر الثالث: تقديم خدمات رفيعة الجودة للوقاية من فيروس الإيدز ورعاية حالاته ومعالجتها، والحث على الاستفادة من هذه الخدمات

يتمثل العنصر الثالث في توفير إتاحة شاملة لوسائل الوقاية من فيروس الإيدز لمن يحتاج إليها ورعايتهم ومعالجتهم ودعمهم، وتمثل مسؤولية القطاع الصحي في ضمان توافر الخدمات الصحية وجودتها وإتاحتها ومقبوليتها وحسن استخدامها.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- ضمان سلامة الدم وسلامة الإجراءات الطبية.
- زيادة إتاحة خدمات اختبار الكشف عن الفيروس والمشورة واستخدامهما كمدخل للوقاية من الفيروس ورعاية المصابين به.
- التركيز على التوسُّع في التغطية بالتدخلات المعروفة بفعاليتها في وقاية السكان المُخْتَطَرين بشدة، وقرنائهم الجنسيين.
- إدماج المعلومات والتثقيف حول الوقاية من فيروس الإيدز ضمن ما يقدم من خدمات خاصة بالصحة الإنجابية، وصحة الأمومة والطفولة، والخدمات التي تتعامل مع أنواع العدوى المنقولة جنسياً.
- إدماج خدمات الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل في خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمومة والطفولة.
- إعداد نماذج لإيتاء الخدمات والتوسُّع فيها في سلسلة متواصلة من خدمات الرعاية والمعالجة.
- تطبيق نُظْم معيارية لعلاج المرضى ورصدهم.
- تكتيف الكشف عن حالات الإصابة بالسل، ووقاية المتعاشين مع فيروس الإيدز ومعالجتهم.
- تحديد ممارسات عملية معيارية لجميع التدخلات المتوافرة لمقدمي الخدمات، في مجالات الوقاية والرعاية والمعالجة.

العنصر الرابع: تقوية قدرة النُظُم الصحية على الإدماج الفعّال لخدمات مجابهة فيروس الإيدز

يعتمد ما تحزره البرامج الصحية من تقدم، بما فيها البرامج المعنية بفيروس الإيدز، اعتماداً كبيراً على تقوية النظم الصحية¹. فمن شأن التعاطي مع ما تعانيه النظم الصحية القائمة من ضعف، أن ييسر إدماج التدخلات الهادفة إلى مكافحة فيروس الإيدز، بُعْية زيادة التغطية بالخدمات المعنية بهذا الفيروس وضمان استمرارية جودتها. ويُعنى بتقوية النُظُم الصحية أنها "تحسين القدرة في بعض مكوناتها الحاسمة الأهمية لتحقيق تحسين مستمر وعادل في جميع الخدمات الصحية ونتائجه (1)، مما يوجب على البرامج الوطنية لمكافحة مرض الإيدز وشركائها أن تساهم مساهمة نشطة بالجهود التي تقودها البلدان، والجهود التي تُبذل على الصعيد العالمي، من أجل تحسين النظم الصحية في جميع المجالات الرئيسية، ومنها المجال السياسي، والموارد البشرية، والتمويل، والإدارة، وتقديم الخدمات، ونُظُم المعلومات. كما يتعيّن على البلدان المنخفضة الدخل أن تسعى لاغتنام الفرص من أجل حشد الموارد العالمية (مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا) بُعْية تعزيز البنية الصحية التحتية والقوى العاملة الصحية.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- تقوية القوى العاملة الصحية.
- تقوية البنية التحتية الصحية.
- تقوية نُظُم استيراد البضائع وإدارة التوريدات.
- تقوية نُظُم ضمان جودة الخدمات المقدّمة من قِبَل القطاعين العام والخاص.
- وضع سياسات وآليات لإشراك المنظمات غير الحكومية في تقديم الخدمات الخاصة بفيروس الإيدز.

العنصر الخامس: تعزيز السياسة الداعمة والبيئة القانونية من أجل تيسير المجابهة من قِبَل القطاع الصحي

ينبغي أن تحدّد السياسات الوطنية بوضوح إطار المجابهة. ويحتاج من يتولون قيادة القطاع الصحي أن يعززوا الشراكات مع أصحاب المصالح الذين لا علاقة لهم بالقطاع الصحي، وكذلك مع المجتمع المدني، ومع المتعايشين مع فيروس الإيدز من أجل الدعوة إلى سياسات داعمة. وقبل ذلك كله، ينبغي أن تقوم السياسات، بضمان احترام الحقوق الإنسانية للمتعايشين مع الإيدز ولأولئك الذين هم على خطر عظيم من انتقال الفيروس بصفة عامة، واحترام حقهم في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، بصفة خاصة.

¹ تتألف النُظُم الصحية من مجموعة من العاملين والمؤسسات، والموارد مننّمة معاً وفقاً لسياسات موضوعة، من أجل تحسين صحة المجموعات السكانية التي تخدمها، وفي الوقت نفسه، تلبية توقعات المواطنين المشروعة وتحسين سُبُل حمايتهم من أعباء الاعتلالات الصحية، وذلك من خلال مجموعة متنوعة من الأنشطة المكرسة لتحقيق هدف أساسي ألا وهو تحسين الصحة.

الأولويات الاستراتيجية الإقليمية

- تقليص اللّمز والوصم من قِبَل العاملين الصحيّين، ووضع مدوّنة لأخلاق الممارسة تضمن معاملة المتعاشين مع فيروس الإيدز والأفراد المنتمين إلى المجموعات التي تعاني من الوصمة، معاملةً لائقة تحفظ لهم كرامتهم، وتوفير لهم كامل الاحترام والرعاية.
- المساهمة في خفض تقليص اللّمز والوصم في المجتمعات.
- تأمين الحماية من التعرّض للوصمة لمن تكشف الفحوصات عن إيجابيتهم للفيروس.
- توفير الخدمات الصحية الضرورية لجميع من يحتاجونها بغضّ النظر عن حالتهم الصحية من حيث عدّواهم بالفيروس، أو وضعهم من ناحية الجنس، أو العرق، أو السلوكيات المحفوفة بالخطر، أو أية عوامل أخرى.
- ضمان الطوعيّة والخصوصية في إجراء فحوصات كشف الفيروس.
- حماية المتعاشين مع فيروس الإيدز والمجموعات السكانية الرئيسية المعرّضة بصورة عالية لخطر العدوى من الاضطهاد أو التوقيف أثناء التماسهم الخدمات الصحية.
- ضمان يُسر التكلفة المحتملة للسّلح الخاصة بالوقاية من فيروس الإيدز، وأدويته، وسُبُل تشخيصه.

4. الخلاصة

يُواصل فيروس الإيدز التسبب في حدوث معدّلات عالية من المراضة والوفيات والإقصاء الاجتماعي. ولقد ألزمت الأمم المتحدة نفسها بتحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الوقاية من الفيروس ورعاية حالاته ومعالجتها ودعمها، مع إيقاف انتشار الفيروس والعمل على انحساره (المرمى السادس). وتدعو هذه الورقة إلى التسريع باستجابة القطاع الصحي كجزء من الاستراتيجيات الوطنية المتعدّدة القطاعات لمحاربة الفيروس.

والهدف من الاستراتيجية الإقليمية هو أن تعمل كأداة للدعوة إلى إعادة توجيه تدخلات وخدمات القطاع الصحي وترتيبها من حيث أولوياتها من أجل الوصول بصورة أفضل إلى المعرضين لخطر الإصابة بالعدوى أو المعاشين لفيروس الإيدز، وتوجيه جميع البلدان حول كل ما يخص التدخلات الفعالة المُسندة بالبيّنات. ومن أهم الفوائد المتوقعة لهذه الاستراتيجية ما يلي: (أ) تحسين المعلومات حول الديناميات المحلية لوباء الإيدز للتمكين من اتخاذ القرارات الاستراتيجية. (ب) زيادة التغطية بخدمات الوقاية من الفيروس بين المعرضين لخطر العدوى بالفيروس أو انتقاله إليهم، (ج) زيادة التغطية بخدمات رعاية ومعالجة الحالات المصابة بالفيروس بين المتعاشين معه، (د) تعزيز قدرات النظم الصحية من أجل تعزيز الخدمات الجيدة المعنيّة بالفيروس والتغطية بها وضمان استمراريتها مع غيرها من الخدمات.

وسوف تقوم منظمة الصحة العالمية بمواصلة الدعوة إلى الالتزام السياسي، ودعم الجهود المبذولة لحشد الموارد، وتقوية أواصر التعاون مع الشركاء المعنيّين، وتعزيز السياسات التي أوصت بها المنظمة، وتقديم التوجيه

الاستراتيجي والتقني، مع دعم البلدان عند الطلب من أجل تلبية احتياجاتها التقنية والعملية وتعزيز توليد وتَشَاطُر المعارف والمعلومات حول فيروس الإيدز.

5. التوصيات للبلدان الأعضاء

1. سد الثغرات الراهنة في المعارف المتعلقة بالوضع المحلي للوباء باستخدام المنهجيات الترسُّدية الملائمة لفيروس الإيدز.
2. استعراض الاستراتيجيات الوطنية المعنية بالوقاية من الفيروس ومكافحته، ومراجعة هذه الاستراتيجيات بحيث يتم ترتيب المداخلات حسب الأولوية وفقاً للسياق الوبائي المحلي.
3. إعداد خطط ميدانية تشتمل على التكلفة حول مجابهة القطاع الصحي للفيروس، وذلك وفقاً لأطر الاستراتيجية الوطنية، وتخصيص نسبة معقولة من النفقات الصحية لتنفيذ هذه الخطط.
4. بناء القدرات في كل من الحكومات ومنظمات المجتمع المدني من أجل الاستخدام الأمثل لإمكانياتها في المساهمة في استجابة القطاع الصحي بصورة استكمالية.
5. تعزيز السلوك البحثي من أجل تقديم بَيِّنَات تساعد في رسم السياسات ووضع الأساليب التي تسمح بإتاحة الخدمات للمجموعات السكانية الرئيسية المُخْتَطَرَة بشدة.

الجدول رقم 1: معدّل الانتشار بين المجموعات السكانية المنخفضة الاختطار والشديدة الاختطار وفقاً للمسوحات أو للتحري الروتيني 2005-2009

البلد	مُراجعات مرافق الرعاية حوالي الولادة	المتبرعون بالدم	المرضى بالسل	المرضى بالأمراض المنقولة جنسياً	متعاطو المخدرات حقناً	محترفات البغاء	محترفو البغاء	السجناء
	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز
الأردن	-	0.0 (2008) ^١	0.0 (2009) ^٢ (س)	0.0 (2009) ^٣	-	-	-	0.0 (2009) ^٤
أفغانستان	-	>0.1 ^(٥)	0.2 ^(٦)	-	18.2-1 (2009) ^(٧)	0 (2009) ^(٨)	غ م	1.57-0.57 (2009) ^(٩)
الإمارات العربية المتحدة	0.0 (2008) ^(١٠) (س)	0.0 (2008) ^(١١)	0.0 (2008) ^(١٢) (س)	-	-	-	-	0.0 (2008) ^(١٣) (س)
باكستان	-	-	3.6 (2008) ^{١٤}	-	30-12 (2008) ^{١٥}	0.25-0 (2007) ^{١٦}	1.8 (MSM) ^{١٧} 27-0 (2008) ^{١٨} ج (hijra) (2008) ^{١٩} رج (2008) ^{٢٠} 3-0	
البحرين	-	-	-	-	-	-	-	-
تونس	غ م	0.004 (2009) ^(٢١) (س)	0.08 (2008) ^(٢٢) (س)	0.0 (2008) ^(٢٣) (س)	3.1 (2009) ^(٢٤)	0.4 (2009) ^(٢٥)	4.9 (2009) ^(٢٦)	غ م
الجمهورية العربية الليبية	0.3-0.07 (2004) ^(٢٧)	-	-	-	0.54 (2003) (S) ^(٢٨) (Tagura centre) ^(٢٩)	-	-	18 (2004) ^(٣٠) (national survey) ^(٣١)
جمهورية إيران الإسلامية	0.0 (2008) ^(٣٢) (س)	0.0 (2008) ^(٣٣)	-	1.2 (2008) ^(٣٤)	13.3 (2007) ^(٣٥)	-	-	2.8 (2008) ^(٣٦)
الجمهورية العربية السورية	غ م ^(٣٧)	غ م ^(٣٨)	0.02 ^(٣٩)	غ م ^(٤٠)	0.30 ^(٤١)	0.10 ^(٤٢)	10-0.5 ^(٤٣)	0.010 ^(٤٤)
جيبوتي	1.7 (2008) ^(٤٥)	0.6 (2008) ^(٤٦)	11.8 (2008) ^(٤٧)	-	-	20.3 (2008) ^(٤٨)	-	-
السودان (الشمال)	0.19 (2007) ^(٤٩)	1.25 (2007) ^(٥٠)	1.66 (2005) ^(٥١)	1.47 (2005) ^(٥٢)	غ م	-	9.3 (2005) ^(٥٣)	8.6 (2006) ^(٥٤)
السودان (الجنوب)	3.4 (2007) ^(٥٥)	-	13.4 (2008) ^(٥٦) (س)	-	-	-	-	-
الصومال	1.7 (2007) North-west zone) ^(٥٧) (zone) ^(٥٨)	-	4.5 (2004) 3) ^(٥٩) (zones) ^(٦٠)	3.6 (2007) ^(٦١) (Hergisa) ^(٦٢)	-	-	-	-
العراق	0.0 (2009) ^(٦٣)	0.0 (2008) ^(٦٤)	0.02 (2009) ^(٦٥) (س)	0.0 (2008) ^(٦٦) (س)	-	-	-	0.0 (2008) ^(٦٧) (س)
عُمان	-	0.02 (2007) ^(٦٨)	5.9 (2007) ^(٦٩) (س)	0.5 (2007) ^(٧٠)	0.43 (2007) ^(٧١)	-	-	0.44 (2007) ^(٧٢) (س)

البلد	مُراجعات مرافق الرعاية حوالى الولادة	المتبرعون بالدم	المرضى بالسسل	المرضى بالأمراض المنقولة جنسياً	متعاطو المخدرات حقناً	محترفات البغاء	محترفو البغاء	السجناء
	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز	(%) + لفيروس الإيدز
فلسطين	0.0 (2008) (س)	0.0 (2008) (س)	0.0 (2008) (س)	-	-	-	-	-
قطر	-	-	-	-	-	-	-	-
الكويت	-	-	-	-	-	-	-	-
لبنان	-	-	0.05 (2008) (س)	-	0 (2007)	0.0 (2007)	3.6 (2007)	0.16 (2007)
مصر	-	0.0 (2008)	0.2 (2008) - >0.001 (2009) (س)	0.0 (2008) (س)	0.6 (2006)	0.8 (2006)	6.2 (2006)	0.22 (2008) >0.001 (2009) (س)
المغرب	0.2 (2008)	0.02 (2008)	0.4 (2009)	0.3 (2009)	-	2.4 (2009)	-	0.4 (2009)
المملكة العربية السعودية	0.0 (2007)	0.67-0 (2007)	0.3-0 (2007)	0.2.8 (2007)	1.6-0 (2007)	-	-	-
اليمن	0.2 (2007)	0.02 (2008) (س)	0.6 (2007)	3.7 (2008) (س)	-	1.3 (2008) (Aden)	-	2.1 (2009) (س)

المصدر: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، قاعدة المعطيات الإقليمية لفيروس الإيدز:

(س) معطيات تم الحصول عليها من التحري الروتيني

(ج) يغايا

(رج) لواطيون

(أ) بوتزيسفيتش أ - استعراض إقليمي للنظم الوطنية لترصد فيروس الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً، 2009 (لم ينشر بعد)

(ب) معلومات مبلغة من قبل مديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، الاجتماع التاسع عشر لمديري البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز، بيروت، 13-15 آذار/مارس 2010

(ج) التبليغ الربعي المنتظم لحالات الإصابة بالإيدز وفيروسه، الذي يرد إلى المكتب الإقليمي من قبل البلدان

(د) التقارير والعروض حول الأنشطة الترصدية التي تقدم إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط من قبل البلدان

غ م - أبلغ عن عدم توافره

- لم تبلغ أية معطيات إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

الجدول 2: توافر تدخلات مختارة ذات أولوية/أو التغطية بها في بلدان إقليم شرق المتوسط خلال العامين 2008 - 2009

النسبة المتوية لتحتري الدم المنقول بحثاً عن الإصابة بفيروس الإيدز	عدد الحوامل المتعايشات مع المرض والمتلقيات للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية توخياً لعدم انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل	النسبة المتوية للمرافق الصحية التي ينفذ مخزونها من مضادات الفيروسات القهقرية	نسبة زيادة عدد عدد المتعايشين مع المرض الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية بين العامين 2007 و 2009	عدد المتعايشين مع المرض الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية 2009	عدد المتعايشين مع المرض الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية 2007	البلد
100	2	0	45	77	53	الأردن
39	0	غ م	غ م	19	0	أفغانستان
100	غ م	0	غ م	121	غ م	الإمارات العربية المتحدة
87	5	0	137	1 296	550	باكستان
100	غ م	100	غ م	40	غ م	البحرين
100	2	0	غ م	412	غ م	تونس
100	غ م	100	20	1 200	1 000	الجمهورية العربية الليبية
100	52	0	43	1 181	825	جمهورية إيران الإسلامية
100	4	0	33	100	75	الجمهورية العربية السورية
غ م	غ م	92	27	893	705	جيبوتي
100	30	33	123	1 996	895	السودان (الشمال)
غ م	غ م	0	غ م	1 829	303	السودان (الجنوب)
100	6	67	230	696	211	الصومال
100	غ م	0	غ م	6	0	العراق
100	4	0	58	412	260	سلطنة عُمان
غ م	غ م	غ م	27-	8	11	فلسطين
غ م	غ م	غ م	غ م	72	غ م	قطر
100	3	غ م	23	132	107	الكويت
غ م	غ م	100	47	362	246	لبنان
100	15	0	72	359	209	مصر
غ م	56	0	59	2 614	1 648	المغرب
100	44	0	31	865	662	المملكة العربية السعودية
غ م	3	0	150	268	107	اليمن

غ م: معطيات لم تتوافر للمكتب الإقليمي

المصدر: معطيات تم الحصول عليها عن طريق البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز من خلال مسحين اثنين: المسح الأول خاص برصد الإتاحة العالمية للمعالجة 2008، والمسح الثاني الذي كان استعراضاً لتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية حول تعزيز مجابهة القطاع الصحي لمرض الإيدز وفيروسه في إقليم شرق المتوسط (2006-2010)، كانون الثاني/يناير 2010.

الجدول 3: توافر تدخلات ذات أولوية خاصة بالمواطنين المعرّضين لاختطار متزايد للإصابة أو التغطية بها في بلدان إقليم شرق المتوسط في العامين 2008 و 2009

اللواطيون			البيغايا			متعاطو المخدرات بالحقن			البلد
اختبار الكشف عن الفيروس وإعطاء المشورة	العداوى المنقولة جنسياً	العوازل الذكورية	اختبار الكشف عن الفيروس وإعطاء المشورة	العداوى المنقولة جنسياً	العوازل الذكورية	اختبار الكشف عن الفيروس وإعطاء المشورة	المعالجة الاستعاضية بالأفيونات	برنامج توفير الإبر والحاقن	
									الأردن
									أفغانستان
									الإمارات العربية المتحدة
									باكستان
									البحرين
									تونس
									الجمهورية العربية الليبية
									جمهورية إيران الإسلامية
									الجمهورية العربية السورية
									جيبوتي
									السودان (الشمال)
									السودان (الجنوب)
									الصومال
									العراق
									سلطنة عُمان
									فلسطين
									قطر
									الكويت
									لبنان
									مصر
									المغرب
									المملكة العربية السعودية
									اليمن

خدمات غير متوافرة
تغطية منخفضة (برامج ارتيادية على نطاق محدود)
تغطية متوسطة (مدينة أو مدينتين كبيرتين)
تغطية واسعة النطاق (ثلاث مدن أو أكثر)

المصدر: التبليغ حول الإتاحة الشاملة للمعالجة، الطلبات الموجهة إلى الصندوق العالمي للتمويل، والتقارير حول الأداء.

المراجع

1. United Nations Resolution A/55/L.2. *United Nations Millennium Declaration*. New York, United Nations, 2000.
2. *Declaration of Commitment*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 2001.
3. 60/262. Political Declaration on HIV/AIDS. Resolution adopted by the General Assembly. United Nations, 2006.
4. *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, Geneva, World Health Organization, 2009.
5. *Joint action for results. UNAIDS outcome framework 2009–2011*. Geneva, UNAIDS, 2009.
6. *Regional strategy for strengthening health sector response to HIV/AIDS 2006–2010*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006 (WHO-EM/STD/089/E).
7. *Regional strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2009–2015*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008 (WHO-EM/RC55/6).
8. *2009 AIDS epidemic update*. Geneva, UNAIDS, World Health Organization, 2009. (UNAIDS/09.36E/JC1700E)
9. Abu-Raddad L et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: evidence on levels, distribution and trends. Time for strategic action*. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology Synthesis Project. Washington DC, World Bank/UNAIDS/WHO, 2010.
10. Hermez J et al. A review of HIV testing and counseling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region. *AIDS* (Accepted for publication in 2010).
11. Bennett D et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13: Supplement 2: 1–13.